

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LOS PACIENTES CON VIH-SIDA
HOSPITALIZADOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2018 Y SU RELACIÓN CON LOS
ÍNDICES DE FELICIDAD



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

Estilos de vida saludables de los pacientes con VIH-SIDA hospitalizados en Hospital
Universitario San Vicente fundación durante el segundo semestre del año 2018 y su relación con
los índices de felicidad

Katherine Tamayo Londoño

Luisa Fernanda Restrepo Martínez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor:

Diego Tamayo



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

Agradecimientos

Agradecemos a la Institución Universitaria de Envigado y a sus docentes por acompañarnos y guiarnos en este proceso de formación profesional.

Resaltamos nuestro agradecimiento al Hospital Universitario San Vicente Fundación por permitirnos el ingreso a la institución para ejecutar esta investigación y suministrarnos los medios necesarios para realizar todas las acciones propuestas durante el desarrollo de esta investigación.

Agradecemos a nuestro Asesor, por su soporte, su buena voluntad y entrega, quien con su experiencia y energía orientó en el proceso de la presente investigación.

Existen muchas personas que han aportado a la elaboración de este proyecto de investigación y a nuestra construcción como psicólogas, nos encantaría agradecerles su apoyo, sus consejos, sus palabras de aliento y sobre todo su compañía.

Tabla de contenido

Abstract.....	7
Introducción.....	8
3. Objetivos.....	15
3.1. Objetivo General.....	15
3.2. Objetivos Específicos	15
4. Marco Referencial	16
4.1. Marco de antecedentes.....	16
4.2. Marco teórico	22
4.2.1.4. Tipos de estilos de vida saludables.....	24
4.2.2 La felicidad	26
4.2.3 El VIH o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA	30
4.3. Marco ético legal	31
5. Metodología.....	36
5.1. Tipo de estudio	36
5.2. Nivel de estudio	37
5.3. Diseño de estudio.....	37
5.4. Población	37
5.5. Técnicas de recolección de información.....	38
5.5.1. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003).....	38
5.5.2. Escala de felicidad de Alarcón.....	39
5.5.3 Análisis de fiabilidad	39
5.6. Procedimiento	48
6. Resultados.....	50
7. Discusión	59
8. Conclusiones.....	61
Referencias	65

Anexos	70
--------------	----

Lista de Tablas

Tabla 5.5.4. Operacionalización de variables sociodemográficas.

Tabla 5.5.5. Operacionalización de variables del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida.

Tabla 5.5.6. Creencias sobre estilos de vida saludables.

Tabla 5.5.7. Operacionalización de variables del cuestionario la Escala de Felicidad de Lima
 Tabla 6.1. Caracterización sociodemográfica de 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.3. Asociación entre estilos de Vida y variables sociodemográficas en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín

Tabla 6.4. Caracterización de los índices de felicidad en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.5. Asociación entre Factores de felicidad y sexo en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.6. Asociación entre Factores de felicidad y rangos de edad en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.7. Asociación entre Factores de felicidad y estrato socioeconómico en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.8. Asociación entre Factores de felicidad y nivel educativo en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.9. Correlación entre Estilos de Vida frente a los factores de felicidad que tienen los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Resumen

Este estudio pretende analizar los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA, internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, investigación que se realizó bajo un enfoque cuantitativo; para esta exposición se obtuvo una muestra de 20 personas seropositivas, en la recolección de los datos fueron utilizados dos instrumentos, El cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga que arrojó como resultado, que el 55% de la población puntúa en saludable y el 45% en muy saludable y La Escala de felicidad de Alarcón donde se encontró un nivel medio de felicidad, con un porcentaje mayor en los hombres que las mujeres. Basado en los datos anteriores se logró concluir que no hay asociación entre los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en esta población.

Palabras clave: Estilos de vida, felicidad, VIH/SIDA, calidad de vida.

Abstract

The objective of this study is to establish the relationship between healthy lifestyles and happiness rates in 20 HIV / AIDS patients hospitalized at the San Vicente University Hospital Foundation. The research that carried out a quantitative approach taking as central axis the application the two instruments, the questionnaire of practices and beliefs on lifestyles of Arrivillaga, what it throw as a result that 55% of the population scores in healthy and 45% is very healthy and the scale of happiness of Alarcon where a medium level of happiness we found with a higher percentage in men than in women. According in the previous data it was concluded that there is no a relation between healthy lifestyles and happiness indices in the population.

Introducción

El presente proyecto de grado está enfocado en el estudio de los estilos de vida saludables de los pacientes con VIH-SIDA hospitalizados en hospital universitario San Vicente Fundación y su relación con los índices de felicidad.

Partiremos de la aplicación de dos test (Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida y Escala de felicidad de Alarcón) y revisaremos los resultados, con el objetivo de analizar los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín.

El deseo de llevar una “Vida saludable” es uno de los temas de mayor presencia en el presente, debido a que la connotación de salud, cita a que la mente centre su atención en fenómenos sociales como la enfermedad, la condición física, los hábitos alimenticios, las formas de prevenir el deterioro físico, los cuidados para la salud del enfermo, entre muchos otros más.

La felicidad es un agente psicológico que interviene en la calidad de vida de un individuo y ésta a su vez se puede ver alterada por apropiados estilos de vida. Para un sujeto que se ve obligado a vivir con el virus, es necesario adquirir hábitos y estilos de vida saludable, derivando una relación bidireccional con los niveles de felicidad del individuo.

En la actualidad, existe el interrogante aproximado a la promoción de estilos de vida saludable y a su relación con la felicidad del paciente. Partiendo de esta base, razonamos que con esta investigación el hospital puede efectuar un protocolo de intervención psicológica que contribuya a la salud mental del paciente y que pueda lograr reducir su sintomatología.

1. Planteamiento del problema

La epidemia del VIH-SIDA, ha matado más de 39 millones de personas alrededor del mundo, aunque las cifras descienden con el transcurso de los años, y se ha mejorado la expectativa de vida de quienes la padecen con el tratamiento farmacológico (Programa

Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2017), no se puede dejar de lado y quitarle importancia a las múltiples afectaciones físicas y psicológicas que se desatan en el individuo por el padecimiento de la enfermedad, quien no solo tiene mayor riesgo de presentar problemas cardiovasculares, óseos, neoplasias entre otros, sino también de presentar síntomas de depresión e intento suicida, siendo estas últimas, las primeras experiencias emocionales que manifiesta la persona al momento de conocer su diagnóstico.

Lo anterior, da como resultado una necesidad imperante y un foco de atención para los profesionales de salud, quienes han visualizado, no solo la presencia de diversas patologías, sino también un cambio de estilo de vida que genera el deterioro de la misma.

Bajo las consideraciones anteriores y partiendo del conocimiento de mayor presencia de enfermedades oportunistas en las personas que padecen el virus y su abordaje desde el ámbito clínico, cobra importancia el estilo de vida que el paciente adquiere al momento de ser diagnosticado, conociéndose que la presencia de la enfermedad hace que el individuo adquiera hábitos inadecuados como la falta de ejercicio, irresponsabilidad sexual, falta de estrategias de afrontamiento, consumo de alcohol, tabaquismo, déficit en el manejo del tiempo libre, mala nutrición, entre otras, las cuales llevan a un declive en su calidad de vida que potencia, como se mencionó anteriormente, las afecciones físicas y emocionales que puede presentar (Martínez & Góngora, 2012).

Investigaciones de orden internacional y nacional, brindan un panorama que pone en relieve la importancia de hacer hincapié y volver la mirada sobre los estilos de vida saludables, entendidos estos, como aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que evidencian cierta consistencia en el tiempo y que se constituyen en factores de riesgo o protección para el individuo, dependiendo de su naturaleza (Giraldo, Toro, Macías, Valencia, & Palacio, 2010).

Los estilos de vida del paciente se modifican ante el conocimiento y los síntomas que se presentan por la enfermedad, partiendo desde la conciencia del paciente de que una modificación en su dieta y la disponibilidad de un equipo interdisciplinario desde las primeras etapas de la enfermedad pueden aportar en su tratamiento (Videla, Leiva, & Valenzuela, 2015).

La realización de actividad física, si bien se considera que esta, puede ser contraproducente para el sistema inmunológico de personas infectadas por VIH, no cabe duda que es una estrategia eficaz de rehabilitación que puede usarse para hacer frente a las deficiencias, discapacidades y minusvalías que van presentando los pacientes, sin embargo, la seguridad y los efectos entre adultos infectados por VIH no acaban de estar bien establecidos.

Existen hechos que sustentan la necesidad del empleo del tiempo libre de las personas que conviven con VIH, sin embargo, en esta población la calidad y el uso que se le puede dar a este espacio se ve afectado por las situaciones de la enfermedad, la cual requiere un seguimiento médico constante acompañado de consultas médicas y la presencia de síntomas derivados de la enfermedad (Martínez & Góngora, 2012).

Comportamientos como: el alto consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y las prácticas sexuales inseguras y desmesuradas son patrones recurrentes en esta población, lo que no solo afecta la calidad de vida de la persona, sino también la posibilidad de aumentar la prevalencia de dicha enfermedad (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2017).

Además de lo anteriormente mencionado, no hay que olvidar la esfera psicológica, con múltiples factores estresantes, desde la misma comunicación de la enfermedad hasta el sentimiento de culpabilidad, la falta de sentido de la vida, el miedo a la muerte, la marginación

social, la pérdida de la salud, del trabajo, de la independencia e incluso el fallecimiento de compañeros de tratamiento. El afrontamiento de estas situaciones puede conducir a estados de ansiedad y depresión asociados a un sentimiento de poca felicidad.

Veenhoven (2001) entiende la felicidad como un nivel de medida intrapsíquica, con la cual el sujeto valora de una forma positiva su calidad de vida. Desde la Psicología positiva se entiende la felicidad como un concepto relativo, partiendo de que se ubica como una capacidad que poseen las personas para identificar las fortalezas que aportan en su calidad de vida y que a su vez genera sensaciones de bienestar y complacencia en el sujeto.

Basado en lo anterior podemos decir entonces, que la felicidad es un factor psicológico que influye en la calidad de vida de una persona y esta a su vez se puede ver afectada por adecuados estilos de vida saludable. Falta investigar más sobre relación entre estilos de vida saludable y la felicidad en pacientes que viven con el virus del VIH, ya que la condición de vivir con el virus, necesita de hábitos y estilos de vida saludable, lo que a su vez plantea una relación bidireccional con los niveles de felicidad del individuo que vive esta condición. Partiendo de lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los estilos de vida saludables de los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación durante el segundo semestre del año 2018 en Medellín y su relación con sus índices de felicidad?

2. Justificación

La necesidad de llevar una “Vida saludable” es uno de los temas que mayor vigencia cobra en la actualidad, esto, se debe a que al hablar de salud, se convoca a que en la mente converjan fenómenos sociales como la enfermedad, la condición física, los hábitos alimenticios, las formas de prevenir el deterioro físico, los cuidados para la salud del enfermo, entre muchos otros más.

El VIH/SIDA es un virus que afecta el sistema inmunitario, provocando un deterioro continuo en el cuerpo y aumentando el riesgo de contraer enfermedades oportunistas. La forma más

común de transmisión de este virus es por contacto sexual, aunque también se puede transmitir por vía parenteral, lactancia o transfusión sanguínea.

Esta enfermedad según la OMS para el año 2017, afectó a 36.7 millones de personas en todo el mundo y hasta ese momento 35 millones de personas habían fallecido por su causa. Un total de 76.1 millones de personas, contrajeron la enfermedad desde el inicio de la epidemia y un millón de personas mueren al año por causa de enfermedades variadas durante el desarrollo del VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2018).

Este trabajo surge de la carencia principalmente a nivel Nacional de información, sobre la relación entre estilos de vida saludables y la felicidad, sobre todo en el plano nacional, pues se pudo observar que las investigaciones realizadas con respecto a este tema no presentaban un abordaje e interés suficiente por el estado psicológico del sujeto y su estilo de vida, sino por el virus desde un enfoque biológico.

El interés de este trabajo está basado en realizar un acercamiento a un grupo de pacientes que están diagnosticados con VIH/SIDA con el fin de identificar, la práctica de actividad física, el bienestar psicológico, sus hábitos de higiene, el equilibrio en la alimentación y la ocupación del tiempo, como estilos de vida saludable y de esta manera determinar si estos elementos influyen en el nivel de felicidad que tienen dichos pacientes.

La principal motivación para realizar esta investigación, es que actualmente la ciencia tiene puesta toda su atención en los síntomas fisiológicos, es decir, se centran en la adherencia al tratamiento antirretroviral, en las patologías secundarias y la prevención del contagio, dejando de lado la parte psíquica del ser, es decir; la afectación de su calidad de vida después del

diagnóstico, la relevancia que pueden tener los hábitos de vida saludables en el éxito del tratamiento y afectación o modificación de los niveles de felicidad.

Pero ¿Qué tan satisfechos están con su vida? ¿Por qué algunos no se adhieren a los estilos de vida saludables? Estas y otras preguntas no se responden haciendo estudios que aborden el sujeto desde la parte biológica con un tratamiento farmacológico. Las respuestas a estas interrogantes se darán de forma cuantitativa, de esta manera se logra aportar un antecedente relevante para las organizaciones, contribuyendo a los programas de salud integral, y a que los estudiantes puedan mostrar horizontes investigativos enfocados en estas líneas de exploración, finalmente como estudiantes e investigadores este estudio fortalecerá el desarrollo profesional generando mayor conocimiento tanto en las necesidades de salud mental como en el diagnóstico de la población objeto de estudio.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Analizar los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los estilos de vida saludables que tienen los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

- Describir los índices de felicidad que tienen los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.
- Establecer la asociación entre los estilos de vida saludable y los niveles de felicidad con las variables sociodemográficas
- Explorar la relación existente entre los estilos de vida saludables y los índices de felicidad de los pacientes con VIH/SIDA.

4. Marco Referencial

4.1. Marco de antecedentes

Antecedentes Nacionales.

Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, Bermúdez-Román y Posada-Zapata (2018) publicaron un estudio titulado “*Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH*” en el cual pretenden comprender la percepción de los adultos diagnosticados con VIH en la ciudad de Medellín en cuanto al cambio que se presenta en la vida social y económica debido al virus para

el periodo 2012-2013, Se realizó una investigación cualitativa con un enfoque hermenéutico, se tomó una muestra de 13 informantes utilizando entrevistas semiestructuradas, realizando preguntas por temáticas relacionadas con vivencias y cambios en la enfermedad, para el análisis de la información se utilizó la codificación y la categorización, lo cual arrojó que los cambios sociales generan un impacto en cuanto a la discriminación, la relación con su familia, amigos y compañeros de trabajo, además de la percepción que tienen de ellos mismos, evidenciándose un cambio muy relevante en la autoimagen al ser diagnosticados; los cambios económicos se muestran en la pérdida de independencia o autonomía para suplir sus gastos, la pérdida de sus empleos y la falta de acceso al mercado laboral. Finalmente concluyen que es pertinente realizar estudios en esta temática con un enfoque de género, ya que las mujeres que viven con la enfermedad se les dificultan hablar al respecto por el hecho de estar en una sociedad que se caracteriza por el machismo y la exclusión de las mujeres.

Galindo, Tello-Bolívar, Montaña-Agudelo y Mueses-Marín (2015) investigaron sobre los *“Conocimientos, actitudes y practicas frente a la alimentación de personas con VIH/sida y su relación con síndrome metabólico en Cali – Colombia”*, Con el objetivo de establecer los conocimientos, comportamientos y convicciones de estos pacientes respecto a las prácticas y manejo de la nutrición. Se tomó una muestra de 483 personas diagnosticadas catalogados según el sistema de clasificación VIH del CDC y el estudio nutricional IMC , se utilizó un cuestionario estructurado para características socio-demográficas y clínicas relacionadas con VIH/SIDA, así como para evaluación conocimientos, actitudes y prácticas de nutrición y medición de marcadores de síndrome metabólico. Se llevó a cabo análisis descriptivo y multivariado, dichos instrumentos arrojan como resultado un bajo nivel de buenos hábitos alimenticios en los pacientes infectados, aunque presentan excelente disposición y conciencia sobre la importancia

de una alimentación sana; como conclusión encontraron una necesidad alta de la implementación de un plan que aporte al condicionamiento de los pacientes frente a su nutrición.

Montalvo y Herrera (2015) realizaron una investigación titulada “*SIDA: sufrimiento de la personas con la enfermedad, Cartagena*” Cuyo objetivo fue Identificar el grado de sufrimiento de las personas que conviven con el sida en dos instituciones de salud de Cartagena. El estudio se realizó con un nivel descriptivo y un abordaje cuantitativo, se aplicó a 130 personas diagnosticadas con sida, que asistían a las dos instituciones de salud y que fueran pacientes mayores de 18 años, se les aplicó un instrumento de caracterización socio-demográfica de diez ítems. Para valorar el sufrimiento, se utilizó el instrumento Escala de sufrimiento, propuesto por la Fundación FEMEBA. Este instrumento consta de 35 ítems y permite evaluar las causas posibles de sufrimiento a través problemas prácticos, problemas emocionales, preocupación religiosa/emocional, condición del paciente y problemas familiares, como resultado se encontraron como posibles causas de sufrimiento: el cansancio, en un 62,2%, seguida por las náuseas, en un 50,4% y dificultad para dormir, en un 49,6%. Según los participantes, los problemas relacionados con los conflictos con la información diagnóstica y pronóstica, la dificultad para orinar/defecar, la deficiencia de higiene y el delirio les ocasionó sufrimiento en un 8,1% o menos, en cuanto a los problemas prácticos como causa de sufrimiento, el dinero fue la causa principal en un 77,8%, seguido por problemas en la casa y en el trabajo en un 58,5% y problemas en la escuela en un 45,2%. Los problemas prácticos que menos causaban sufrimiento fueron la asistencia en la enfermedad y los medicamentos en un 11,9% y 8,1%, respectivamente, finalmente como conclusión encontraron que el grupo en estudio presentó miedo a lo desconocido, al avance de la enfermedad y a la muerte; tristeza y angustia por el rechazo o el

señalamiento. Consideraron su sufrimiento máximo y moderado, condición que podría repercutir sobre la evolución de la enfermedad.

Antecedentes Internacionales.

Videla et al. (2015) presentaron una investigación titulada “*Protocolo de atención nutricional para pacientes con VIH sin terapia antirretroviral, atendidos en el centro de referencias diagnósticas del hospital San Martín de Quillota*” – Chile. Dicha propuesta busca establecer una etiqueta nutricional que permita impactar de forma positiva el estilo de vida de estas personas. Por medio de un cuestionario Likert que básicamente evalúa 2 variables: plan de protocolo de atención nutricional y calidad de contenido, apoyado en entrevistas estructuradas realizadas por expertos en este saber. Obteniendo como resultado el hecho de que es indispensable una atención adecuada desde la parte nutricional, partiendo desde la conciencia del paciente y la disponibilidad de un equipo interdisciplinario desde las primeras etapas de la enfermedad. Con este estudio concluyeron que su investigación apareció como la primera propuesta que apunta al buen manejo de la nutrición en los pacientes con el virus, exhibiendo una insuficiencia en el estudio del impacto que puede tener la alimentación en relación con una terapia antirretroviral no farmacológica.

García-Corpas, Monje-Agudo, Labriola y Morillo-Verdugo (2013) realizaron una investigación llamada “*Prevalencia y factores asociados al insomnio y mala calidad de sueño en pacientes con VIH / SIDA en Sevilla España*” durante el año 2013; con el objetivo de establecer la importancia de los agentes asociados al desvelo y la mala calidad de sueño en pacientes con VIH, para ello tomaron como muestra 188 pacientes mayores de 18 años y con una edad media de 45 años con diagnóstico VIH/SIDA positivo , a los cuales se les aplicó el Pittsburgh Sleep

Quality Index con el fin de identificar la particularidad del sueño y el Insomnia Severity Index que permite calcular el riesgo del insomnio para dichos pacientes y la regresión lineal multivalente. Dicha investigación obtuvo como resultado que el 55.9 % de los pacientes se catalogaron como malos dormidores y el 40.9% presentaron insomnio moderado o grave, los datos sociodemográficos no mostraron influencia alguna sobre la presencia de trastornos del sueño. Basado en esto se concluyó entonces que los pacientes con VIH presentan mayor vulnerabilidad al insomnio que la población en general.

Linares et al. (2013) realizaron una investigación en el 2013 en Cuba llamada *“Estado nutricional de las personas con VIH/SIDA; su relación con el conteo de las células TCD4 +”*. Con el objetivo de valorar la agrupación entre el estado nutricional de las personas con VIH/SIDA y el conteo de las células T CD4+, para ello tomaron una muestra de 217 personas diagnosticadas a las cuales se les aplicó la Evaluación Subjetiva Global (ESG) y el algoritmo de Chang, obteniendo como resultado que la terapia antirretroviral puede llegar a modificar el sistema inmune dependiendo del estado nutricional del paciente, en tal sentido, se debe hacer notar que en este estudio, casi la quinta parte de los sujetos estudiados había experimentado una pérdida mayor del 10% del peso habitual, finalmente se considera que el daño del sistema inmune en la población de estudio es solo moderado, más aún si se tienen en cuenta el comportamiento de los CD4+ en otras áreas geográficas, el dispar comportamiento de los indicadores empleados en la descripción del estado nutricional de la PVIH/sida pudiera implicar que en casos especificados pueden concurrir elementos de deterioro nutricional junto con la disminución de los conteos CD4.

Morán, Fínez y Fernández-Abascal (2017) realizaron una investigación en Madrid España titulada *“Sobre la felicidad y su relación con tipos y rasgos de personalidad”* con el objetivo de

encontrar una relación entre los tipos de personalidad y la felicidad, para ello utilizaron una muestra de 378 estudiantes universitarios que dieron respuesta a las escalas PANAS de afecto positivo (PA) y afecto negativo (NA) y las dimensiones de personalidad medidas con el NEO FFI, obteniendo como resultado que los estudiantes que obtuvieron un puntaje alto en (PA) y bajo en (NA) presentaban un nivel más alto de bienestar subjetivo, mientras que los estudiantes que obtuvieron un puntaje bajo (PA) y alto en (NA) presentaban un nivel más bajo de bienestar subjetivo. Es decir que los diferentes tipos de personalidad afectiva existentes exponen niveles de felicidad diferente, dado que las estructuras de personalidad permiten una variación en la percepción del mundo y su calidad de vida.

Da Costa, de Oliveira, Tosoli y Formozo (2014) presentaron una investigación titulada *”Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud”* con el objetivo de analizar la relación existente entre las dimensiones sociodemográficas y de salud con la calidad de vida de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana, para este se estudió se obtuvo una muestra de 131 personas seropositivas acompañadas en centro especializado de municipio en el norte fluminense, Brasil, en la recolección de los datos fueron utilizados dos instrumentos, uno elaborado para el estudio conteniendo datos sociodemográficos y de salud; el segundo fue desarrollado por la OMS para evaluación de las dimensiones relacionadas a la calidad de vida: el WHOQoL-HIV, en su versión abreviada (Bref), obteniendo como resultado diferencias significativas en la evaluación de la calidad de vida por los sujetos en las dimensiones para el sexo, escolaridad, trabajo, renta personal, condición clínica, percepción sobre estar o no enfermo, historial de internaciones y alteraciones orgánicas por los antirretrovirales, hubo distinción para los sexos masculino y femenino en dominios: psicológico; medio ambiente, todos con mayor puntaje entre los hombres; basado en esto se

concluyó que el aspecto con implicación para la calidad de vida más destacado es el papel ejercido por el personal de salud y enfermería, además la inserción en el mercado de trabajo y la percepción sobre estar o no enfermos, de ahí la importancia de dar relevancia a las preguntas en los abordajes terapéuticos individuales o colectivos frente a la convivencia con la enfermedad y la necesidad de promover un escuchar activo en cuanto a la visión de los pacientes sobre su propia salud.

Las investigaciones encontradas durante el rastreo de antecedentes y demás conceptos abordados, se distancian un poco de la densidad de la investigación que planteamos sobre estilos de vida saludables en personas con VIH y la correlación que estos tienen con los índices de felicidad. Sin embargo, encontramos en los historiales algunas connotaciones que se acercan un poco a los estilos de vida saludables y su afectación debido al virus, también se abordaron aquellos que de una u otra forma pueden aportar a la disminución de síntomas. Partiendo de esta información ubicamos nuestra investigación con la intención de dar voz a las personas portadoras del virus, posibilitando que puedan dar cuenta de su nivel de felicidad, de sus estilos de vida saludables, de la significación, representación y construcción de su deseo singular; en relación a dicha enfermedad.

4.2. Marco teórico

El concepto “Estilos de vida saludables” proviene de diferentes referentes conceptuales, que orientan la investigación a partir de teorías y conceptos que articulan estos constructos.

4.2.1. Estilos de vida saludables

4.2.1.1 . Definición de estilos de vida saludables para la Psicología.

La psicología social y del desarrollo, definen los estilos de vida saludables como todas las respuestas que emite el hombre como actitudes, conductas y decisiones frente a las diversas alternativas que se le presentan al sujeto en su entorno social. Como se desarrolla durante todo el proceso evolutivo del sujeto, se le considera un proceso de aprendizaje que se presenta por imitación de las conductas realizadas en los entornos social, educativo y familiar y como resultado de decisiones conscientes. Estos estilos de vida saludable, se refieren a conductas que van en pro de llevar una vida regulada en los aspectos psicosociales y que se enfocan en el cuidado del estado físico, mental, el descanso, el manejo de la alimentación, la abstención de caer en adicciones, acatar normas de seguridad, entre otros para mantenerse en buena condición psicosocial (Sanabria-Ferrand, González, & Urrego, 2007).

4.2.1.2 . Definición de estilos de vida saludables para la medicina.

Desde la biología, los estilos de vida saludables, son definidos como el conjunto de condiciones propicias para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Estos promueven hábitos saludables en aspectos como: la alimentación, nutrición, higiénicos, psicológicos y de manejo del tiempo, mediante la implementación de estrategias educativas que promueven la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, mediante experiencias educativas que ayudan a las personas a tomar decisiones positivas frente a su salud y su proyecto de vida y que aportan al bienestar individual y educativo (Colombia. Ministerio de Educación Nacional & Universidad Nacional de Colombia, 2013).

4.2.1.3 Historia de los estilos de vida.

Para mediados del siglo XX, el mundo empieza a escuchar el término “estilos de vida”, como un referente planteado por las ciencias de la salud. Cuando se da inicio al fenómeno de la globalización y con este la incidencia de los procesos industrializados sobre la salud de la

población mundial, incrementando las muertes y disminuyendo la edad promedio de vida, las miradas se giran en torno a investigar sobre esos factores que afectan las condiciones de bienestar. Para este momento, la salud ya no es considerada solo como la ausencia de la enfermedad y se investiga acerca de factores conductuales, poco sanos que incrementaban el riesgo en la salud de las personas. Una vez identificados los riesgos, se habla de comportamientos que ayudan para conservar la salud y a disminuir la epidemiología que se conoce hasta entonces. Los estilos de vida saludables, aparecen como unas propuestas individuales que ayudan en los aspectos conductuales y motivacionales de las personas para que minimicen los riesgos que afectan la salud y tengan una mejor calidad de vida (Espinosa, 2004).

4.2.1.4. Tipos de estilos de vida saludables.

4.2.1.4.1. Actividad física.

Cuando se habla de la actividad física desde los estilos de vida saludables, se hace estrecha referencia a la práctica deportiva. El ejercicio, es considerado como una de las herramientas de alta eficiencia para la disminución de riesgos que se vinculan con la enfermedad, convirtiéndose en una forma de prevención de la salud que apunta al desarrollo de habilidades y destrezas físicas que disipan al individuo de los impactos negativos que puede generar en los contextos sociales y mejora sus condiciones individuales (Vidarte, Vélez, Sandoval, & Alfonso, 2011).

4.2.1.4.2 Bienestar psicológico.

Se interesa por fomentar la calidad de vida de las personas a través de buscar la satisfacción con la vida, entendida como el resultado de la evaluación positiva de su existencia en todos los sentidos. También se habla de una incidencia positiva o negativa como la frecuencia con la cual valoran sus emociones. Por ser el bienestar psicológico un aspecto subjetivo, no tiene unos lineamientos estándar, obedece a una serie de prácticas que ayudan a cada persona a buscar los

aspectos con los cuales se relacionarían para tener su propia valoración, que en todo caso se enfoca en lo positivo (Rodríguez, Goñi, & Ruiz, 2006).

4.2.1.4.3 Dieta equilibrada.

Es la referencia a la alimentación saludable y que comprende la inclusión de los alimentos que se detallan en la pirámide nutricional, guardando una estrecha relación con el tema de las raciones y modos de preparación. Toda la alimentación habla de valores energéticos y esto significa la cantidad de energía que aporta el alimento para soportar el gasto nutricional al que está expuesto el cuerpo. Un equilibrio en la alimentación, se consigue cuando se aporta al organismo, la cantidad de grasas, azúcares, hidratos de carbono y proteínas que son apropiadas para el funcionamiento corporal, sin caer en los excesos o defectos que pueden generar una pérdida de la homeostasis (Sanitas, 2018).

4.2.1.4.4 Higiene.

La higiene tiene relación con las prácticas de saneamiento básico. Se llama de esta forma a un conjunto de prácticas que previenen la aparición de enfermedades, manteniendo normas de aseo básicas. Debido a que muchas enfermedades son transmitidas por contacto, el principio de la higiene se vincula al aseo y desinfección de las personas y las superficies, haciendo referencia a la manipulación adecuada de alimentos (Unicef, 2007).

4.2.1.4.5 Ocupación del tiempo.

Hace referencia a las formas de ocupación del tiempo libre y ocupación del tiempo de ocio. Cuando se enlace el término a los estilos de vida saludable, se habla de una racionalización del tiempo en función de emplearlo en actividades pasivas o no, que no vayan en contra de mejorar la calidad de vida. Alternativas que promuevan el sedentarismo son las más utilizadas durante la actualidad, mediante las cuales cientos de personas se preocupan por estar durante muchas horas

utilizando las diferentes tecnologías de la información y abstenerse de participar en actividades colectivas promoviendo la obesidad y el sobrepeso (Nuviala, Murguía, Fernández, Ruiz, & García, 2009).

4.2.2 La felicidad

Desde la psicología, la felicidad es un concepto subjetivo. Olaechea, cita en su trabajo a Veenhoven (2001), quien entiende este aspecto como una escala de medición intrapsíquica, con la cual el sujeto evalúa el grado de satisfacción con respecto a su calidad de vida de forma positiva. Adicionalmente el autor reitera que la felicidad, estriba en la capacidad de la persona en identificar lo mejor de sí mismo y potenciarlo para mejorar la vida en todos sus aspectos e identifica tres formas manifiestas de la felicidad: La primera sería la vida agradable, la cual habla del disfrute de los placeres a nivel sensorial y de la forma en la cual se comparten. La segunda es la vida buena, que engloba en el conocimiento y potencialización de las habilidades y virtudes, la última de ellas, sería la vida con sentido, esta hace referencia a la necesidad de trascender y poner las fortalezas alineadas con un propósito para sí mismo y para los demás (Olaechea, 2012).

4.2.2.1 La felicidad para el sentido positivo de la vida.

Para Havighurst, Neugarten y Tobin (1999, citados por Árraga & Sánchez, 2012), el sentido positivo de la vida implica tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida o al entorno en donde se encuentra inmerso el sujeto. Dicho estado de satisfacción, lleva al sujeto a permanecer en armonía consigo mismo y a estar alejado de estados depresivos profundos que generan afectaciones a la salud mental.

4.2.2.2 La felicidad como componente de la satisfacción con la vida.

Para Yuste, Rubio y Aleixandre (2004, citados por Árraga & Sánchez, 2012), la satisfacción con la vida es un componente derivado de la felicidad que se produce cuando el sujeto presenta un estado subjetivo que lo lleva a sentirse bien con lo que hace, con lo que recibe y que además se posiciona de manera positiva frente al futuro.

4.2.2.3 La felicidad y la realización personal.

Para Havighurst, Neugarten y Tobin (1999, citados por Árraga & Sánchez, 2012), la realización personal supone la orientación de la persona hacia metas que considera valiosas para su vida y el sujeto entraría en un estado de ausencia de la felicidad cuando no trabaja en pro de lograr sus metas propias, sino cuando se encuentra alejado de alcanzarlas o cumpliendo con las metas de un tercero.

4.2.2.4 Felicidad y la alegría de vivir.

Para Yuste, Rubio y Aleixandre (2004, citados por Árraga & Sánchez, 2012), la alegría de vivir hace alusión a todas las experiencias de la vida que se toman en forma positiva y que llevan al sujeto a sentirse generalmente bien y a permanecer experimentando una condición de felicidad.

4.2.2.5 La psicología positiva.

Seligman define la psicología positiva como “el estudio científico de las prácticas positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología” (2005, citado por Contreras & Esguerra, 2006, p. 311). Desde esta teoría aborda conceptos como:

Emociones positivas: Definido como un sentimiento de felicidad o fortuna perdurable o estable en los individuos, está medido con un puntaje exacto, eventualmente hereditario, que es

comparativamente liberado del contexto en el que se vive, se puede transformar por sucesos específicos, pero luego de algún tiempo vuelve a su nivel de plataforma. También, aparecen las fortalezas de carácter, que son conformes a cada sujeto.

Seligman y Christopher definen las fortalezas como: “rasgos o características psicológicas que se presentan en situaciones distintas a través del tiempo, y sus consecuencias suelen ser positivas” (2000, citados por Contreras & Esguerra, 2006, p. 313). Estas emociones pueden situarse en el tiempo, es decir, presente, pasado, futuro.

Desde esta teoría las emociones positivas tienen como objetivo principal aumentar los recursos físicos, sociales e intelectuales de las personas, aumentando las herramientas psíquicas a las que se puede acudir en situaciones oportunas o amenazantes. Seligman plantea que “Cuando las personas experimentan sentimientos positivos se modifican sus formas de pensamiento y acción” (2005, citado por Contreras & Esguerra, 2006, p. 314).

Para Seligman (2003, citado por Contreras & Esguerra, 2006), estas emociones pueden centralizarse en el tiempo, es decir; en el futuro, el presente o el pasado. En relación al futuro, ubica, la esperanza, el optimismo, la confianza y la fe; en el presente establece, la tranquilidad, el entusiasmo, el placer, la alegría y la experiencia óptima. En el pasado, el contiene la complacencia, la realización personal y la satisfacción.

Según Fredrickson (2000, 2001) y Fernández-Abascal y Palmero (1999): “Las emociones positivas incluyen la felicidad y otros sentimientos de bienestar, son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona” (citados por Contreras & Esguerra, 2006, p. 314). Desde esta teoría se afirma que las emociones positivas fomentan la energía y la prosperidad, también que benefician el desarrollo personal, consintiendo sentimientos de complacencia con la vida y la felicidad.

Peterson (2000) y Schneider (2001) establecieron el optimismo como un fortín que suministra dicha, estableciendo una relación entre las expectativas sobre el futuro y la creencia generalizada de que sucederán cosas positivas (citados por Contreras & Esguerra, 2006). Desde esta teoría, el optimismo involucra un sentido de control del sujeto sobre sí mismo y una destreza para localizar un sentido a las experiencias de la vida.

4.2.2.6 La felicidad según la psicología positiva.

Para Seligman (1996, citado por Contreras & Esguerra, 2006) la felicidad supone el sentido de humanidad, la templanza, la persistencia y la capacidad de llevar una vida significativa, aspectos que el denominó “fortalezas distintivas” y las trabaja desde tres dimensiones:

La vida placentera: para llevar este tipo de vida, este autor plantea que lo más importante, es tener las necesidades básicas cubiertas, es decir; alimentación, reconocimiento, seguridad, afiliación. De la misma forma plantea que es necesario establecer un equilibrio entre el tiempo, el pasado, el presente y el futuro.

Construir una buena vida: desde este concepto el autor le da prioridad a lograr y desarrollar el potencial humano, logrando una sensación de plenitud, libertad, y felicidad. Para ello estableció 2 categorías de clasificación de fortalezas humanas buscando determinar las dimensiones que se deben potencializar con mayor frecuencia, estas 2 dimensiones son las fortalezas personales y las virtudes humanas.

Una vida significativa: la vida significativa tiene una esencial unión con la cima de la pirámide de Abraham Maslow, donde situamos las virtudes y fortalezas que favorecen o aportan a la felicidad de los demás. El autor habla de la habilidad de saber exaltarse más allá del placer personal y situarse a favor de los otros.

4.2.3 El VIH o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA

4.2.3.1 SIDA.

Es un virus llamado, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que afecta el sistema inmunológico, produciendo un daño progresivo que deja al organismo sin la capacidad de combatir infecciones y enfermedades de segundo orden. Este virus se transmite por relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral con una persona infectada o por transfusiones de sangre contaminada mediante el contacto de agujas u otros elementos corto punzante. Una segunda forma de contagio es la relacionada con el embarazo, el parto y la lactancia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

4.2.3.2 Epidemiología.

Para el año 2002, la OMS, declaró que en el mundo, vivían un total de 42 millones de personas con SIDA, causando 3.1 millones de muertes al año. Para el año 2017, las estadísticas indicaron que 36.7 millones de personas vivían con la enfermedad en todo el mundo y que hasta el momento 35 millones de personas habían muerto por su causa. Un total de 76.1 millones de personas, contrajeron la enfermedad desde el inicio de la epidemia y un millón de personas mueren al año por causa de enfermedades variadas durante el desarrollo del VIH. Es claro que con el paso de las décadas, se viene presentando una disminución en las cifras de las muertes y contagios, sin embargo, aún la enfermedad constituye uno de los flagelos de la humanidad (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2018).

4.2.3.3 Diferencia entre portadores y enfermos.

Recibe el nombre de portador, aquella persona que tras haber sido contagiada, no manifiesta los síntomas de la enfermedad y puede tardar hasta 10 años en manifestarlos, mientras que el

enfermo, padece de múltiples enfermedades que afectan el sistema inmunológico. Las personas pasan de estar contagiadas y ser portadores del síndrome del VIH, a convertirse en enfermos de SIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2017).

4.3. Marco ético legal

En Colombia la Ley 972 (Colombia. Congreso de la República, 2005) fue sancionada con la intención de que a nivel de estado se crearan un conjunto de regulaciones que mejoraran la atención a la población del territorio nacional que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA. Dicha norma tiene el propósito de respetar el derecho a la vida, sin afectación a la dignidad humana y sin trasgredir los derechos consagrados en la constitución colombiana sobre el respeto al derecho a la salud.

Esta norma determina que el sistema general de la seguridad social para el sector salud, debe garantizar el tratamiento integral a los pacientes que padecen del VIH-Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, proporcionando los tratamientos, medicamentos y dispositivos necesarios, que estén contemplados en el POS-Plan Obligatorio de Salud o que estén autorizados por el CTC-Comité Técnico Científico y a establecer actividades de promoción y prevención para impactar la epidemiología. Esta atención es de obligatoriedad en su cumplimiento para todas las naciones, según lo establecido por la OMS-Organización Mundial de la Salud y la ONU-Organización de Naciones Unidas. La vigilancia en el cumplimiento de las disposiciones de esta norma, está a cargo del Ministerio de la protección social y de la DSSA-Dirección Seccional de Salud de Antioquia, que en caso detectar incumplimientos sancionara con multas económicas (Colombia. Congreso de la República, 2005).

Es claro que cuando se habla de tratamiento integral, se hace inclusión a todo lo que el paciente requiera para mantener estable su condición y buscar mejoría, lamentablemente en el caso de las enfermedades catastróficas como el VIH/SIDA, no se pueden tomar acciones para evitar la muerte y los tratamientos están más direccionados a frenar el paso acelerado que adquiere la degeneración física y los llamados cuidados “paliativos” o tratamiento para el dolor. Por tanto, entendemos que parte del tratamiento integral es la intervención psicológica.

Estar con los pacientes e indagar sobre los estilos de vida que llevaban antes de la adquisición de la enfermedad donde los resultados pueden aportar con lo regulado por esta normatividad que establece, que no solo las IPS están obligadas a prestar servicios durante el desarrollo de la enfermedad, sino a tener mecanismos de PYP-Promoción y Prevención. Los resultados de esta investigación son un antecedente claro para establecer rutas de intervención en el desarrollo de las acciones de PYP para el Hospital San Vicente Fundación.

En el año 2014 el Ministerio de la Salud y protección Social de Colombia, lanzan un plan llamado PNMCS- Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, este plan pretende brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios del SGSSS-Sistema General del sistema de Seguridad y Salud y que va en concordancia con lo establecido por la Ley 1438 (Colombia. Congreso de la República, 2011), artículo 11, que reformo el SGSSS, obligando a todas las EPS e IPS a realizar actividades de PYP que intervinieran la aparición de las enfermedades, la detección temprana, la vigilancia epidemiológica, la protección y la prestación de servicios de calidad.

El plan estableció un componente llamado EVP-Elementos de Valor público que pretende que los usuarios de los servicios de salud tengan experiencias de confianza y satisfacción en los

servicios que reciben para que las instituciones del sector salud logren resultados de impacto haciendo que la población tenga mayor confianza en el sistema y se pueda ajustar la prestación de los servicios a las dinámicas y tendencias actuales que propician enfermedades de acuerdo con los fenómenos sociales propios de cada época (Colombia. Congreso de la República, 2011).

Correa (2016) asegura que la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurados de la sociedad, porque más allá de hablar de epidemiologías expresan las condiciones sociales, económicas y culturales de una sociedad donde se habla de las formas de enfermar, curar y morir de sus miembros y por tanto la humanización de los servicios de salud demuestran como se hace más humano al hombre.

Santacruz-Bravo (2016) afirma que desde los tiempo de Pinel en 1826, la salud se está reformando para buscar un enfoque más digno humano y racional que tenga un alto valor terapéutico en el trato al enfermo que vaya más encaminado a la protección de los derechos humanos declarados universalmente por las NU-Naciones Unidas, que cumplan con la promesa de mantener altos estándares de integridad personal donde se tenga compasión por las personas que requieren de su atención, es decir, un paciente concebido no solo bajo la lupa de un cuerpo enfermo, sino como un sujeto fracturado, como un hombre en falta.

Como investigadoras consideramos a nuestra población como sujetos en falta, los cuales tienen una historia para contar al mundo y que tienen la necesidad de ser escuchados para que otros no repitan su historia. Así pues este PNMCS- Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, se convierte en un referente legal de vital importancia porque es la misma normatividad la que nos lleva a volver la mirada al paciente y llama a la psicología a hacer su incursión en un ámbito clínico para brindar acompañamiento terapéutico y determina que todas las IPS deben

encaminar sus acciones a encontrar sentido y conexión que articulen entre los componentes biológicos y psicológicos que integran lo humano en el ser.

La ley 1090 de 2006, reglamentó el ejercicio de la profesión de la psicología, dictando sus direccionamientos de adherencia al código Deontológico y bioético. Esta establece que una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano, regulando su conducta y teniendo en cuenta su implicación con seres humanos, ejerciendo sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social (Colombia. Congreso de la República, 2006).

Como psicólogos en formación nos adherimos a las regulaciones contempladas en esta normativa, respetando los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones del profesional de psicología, por tanto:

- Guardaremos absoluta reserva con la información del paciente
- Llevaremos registro escrito “Consentimiento informado” para constatar la participación voluntaria de los pacientes en nuestra investigación.
- En todo momento nos identificaremos como estudiantes de psicología
- No realizaremos ningún tipo de discriminación a la población con la cual tengamos contacto.
- Nos abstendremos de hacer evaluaciones e intervenciones, solo actuaremos como observadores del fenómeno para hacer su descripción.

4.4. Marco institucional

Hospital Universitario San Vicente Fundación

El Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario de San Vicente Fundación, fue creado en el año 1959, en un convenio realizado entre el Hospital y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y a través del cual se inició la atención clínica integrada del paciente, entre estos médicos internistas se incluyen los infectólogos quienes se encargan del adecuado manejo y atención de los pacientes que son diagnosticados con enfermedades infecciosas.

En el Hospital contamos con un grupo de médicos internistas disponibles las 24 horas del día los 365 días del año, para atención de urgencias brindando al paciente y su familia un servicio integral y oportuno en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención, un amplio portafolio de servicios, protocolos y guías adaptados de las sociedades científicas mundiales, con el respaldo y apoyo permanente del complejo hospitalario que permite garantizar una atención integral.

¿Cuál es la Misión? El Hospital Universitario de San Vicente Fundación es una institución privada sin ánimo de lucro que presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de alta complejidad que no tiene acceso a ella. Destina su esfuerzo económico para quienes, necesitando servicios, no pueden pagar por ellos. Realiza su tarea con sentido humano, enfoque integral, calidad y ética, con personas idóneas y comprometidas. Participa en la formación del talento humano y en el desarrollo de investigación en salud para contribuir a la generación de conocimiento.

¿Cuál es la Visión? En el 2017, el Hospital Universitario de San Vicente Fundación seguirá siendo una entidad sostenible en cuatro pilares fundamentales: Responsabilidad Social; Responsabilidad Ambiental; Sostenibilidad Técnica; y, Sostenibilidad Económica. Será reconocido como un centro de referencia para la prestación de servicios de salud de alta complejidad. De cara a la especialización y la diferenciación, estará consolidando las rutas de desarrollo de 3 centros de excelencia.

Valores

- Responsabilidad: cumplimos con nuestras obligaciones, asumiendo las consecuencias y obteniendo resultados eficaces.
- Solidaridad: tenemos la firme determinación de trabajar por el bien común, exaltando la dignidad humana.
- Compromiso: sentimos como propios la filosofía, objetivos y metas de la organización y nos empeñamos en dar algo más de lo establecido.
- Honestidad: actuamos con base en la verdad y la justicia.
- Respeto: comprendemos, aceptamos y valoramos a todas las personas

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo no experimental. Este tipo de investigación no hace variar de forma intencional las variables para ver su efecto en otras, sino que las observa tal y como se dan en su contexto natural para después ser analizadas, es decir las variables ocurren y no es posible manipularlas (Kerlinger & Howard, 2002). Para esta investigación se analizó tal y como se

presentaron las variables felicidad y estilos de vida saludables en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, con la intención de observar el fenómeno y describirlos.

5.2. Nivel de estudio

Hace referencia al grado de profundidad con la que se aborda la investigación, en este caso fue de tipo descriptivo correlacional. Según Arias (2012), la profundidad de esta investigación es de tipo intermedio, porque consiste en caracterizar el fenómeno a fin de identificar el comportamiento del mismo, utilizando un nivel correlacional donde se determina el grado de correlación o asociación de las variables mediante la aplicación de mediciones que serán comprobadas utilizando técnicas estadísticas. Este nivel no establece directamente las relaciones causales, pero aporta en la definición de las posibles causas del fenómeno.

5.3. Diseño de estudio

Este diseño es de tipo transversal porque implica la recolección de datos en un solo corte de tiempo, es decir en un momento único que será durante el segundo semestre del año 2018. Para Ato, López y Benavente (2013), el diseño transversal se define en un momento temporal determinado, cuyo interés es generar asociaciones estableciendo relaciones causa-efecto y es utilizado preferiblemente para estudios de aspectos que permanecen más o menos estables en el tiempo y que tienen una baja modificación. Esta investigación cumple con el criterio para caracterizarse dentro de este diseño porque describe las variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado.

5.4. Población

Pacientes diagnósticas con VIH-SIDA residentes del Departamento de Antioquia que se encuentran recibiendo tratamiento médico en las diferentes IPS de la ciudad.

5.4.1. Muestra

Pacientes diagnósticas con VIH-SIDA internados en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de la ciudad de Medellín, durante un seguimiento de tres meses en el segundo semestre del año 2018. En el este se selecciono un dato aproximado de 115 personas, pero debido a criterios de exclusión como la presencia de discapacidad cognitiva y daño neurológico, la muestra obtenida fue de 20 personas ya que fueron los pacientes que se lograron captar.

Los criterios de inclusión de la muestra son:

- Todos los pacientes mayores de edad que estén hospitalizados para la recepción de tratamiento médico.
- Pacientes residentes en el departamento de Antioquia.

Los criterios de exclusión contemplan:

- Pacientes que tengan una patología diferente al VIH-SIDA
- Pacientes que presenten discapacidad cognitiva o daño neurológico.
- Pacientes que no accedan a firmar el consentimiento informado.

5.5. Técnicas de recolección de información

Para el desarrollo de esta investigación, fueron utilizados dos instrumentos. Estos son:

5.5.1. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003).

Este cuestionario es creado por Arrivillaga et al. (2003), y tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Está formado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). El cuestionario evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio;

autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de «siempre» a «nunca» y de «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo», respectivamente.

5.5.2. Escala de felicidad de Alarcón

Es un cuestionario compuesto por 27 ítems, clasificados en cuatro escalas que son: sentido positivo de la vida (implica tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida, estando exentos de estados depresivos profundos); Satisfacción con la vida (refiere estados subjetivos positivos de satisfacción de las personas); Realización personal (Supone la orientación de la persona hacia metas que considera valiosas para su vida) y (Alegría de vivir: referido a ver las experiencias de la vida en forma positiva y sentirse generalmente bien). . Su formato de respuesta es de tipo Likert de cinco alternativas con un rango de «Totalmente en acuerdo», «desacuerdo», «Ni acuerdo, ni desacuerdo», « Acuerdo» a «totalmente en acuerdo», respectivamente.

5.5.3 Análisis de fiabilidad

Según lo expuesto por Arraga y Sánchez (2012), para la validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima, el coeficiente de alfa de Cron Bach indica que los valores para cada uno de los ítems de la escala quedaron establecidos en un rango de 0.82 y de 0.84. El resultado del coeficiente de partición por mitades de Spearman-Brown (longitudes iguales) $r = 0.89$ y el de Guttman $r = 0.89$; ambos valores son altos y respaldan la alta confiabilidad de la escala analizada.

Tabla 5.5.4. Operacionalización de variables sociodemográficas.

Variables	Definición	Operatividad	Valor
1. De 20 a 30	Determina la edad	El encuestado selecciona	
2. De 30 a 40			
Rango de	cronológica del	de manera cualitativa, se	
3. De 40 a 50			
edad	encuestado dentro	califica en forma	
4. De 50 a 60			
	de un rango	cuantitativa	
5. De 60 en adelante			
	Condición orgánica	El encuestado selecciona	
Femenino			
	que distingue las	de manera cualitativa, se	
Sexo	características	califica en forma	Masculino
físicas del individuo	cuantitativa		
	Relacionamiento	En encuestado debe	
1. Soltero/a			
	dentro del orden	seleccionar el valor que le	
Estado civil			2. Casado/a
	social y que otorga	corresponde dentro de un	3. Unión libre
	un estado civil.	rango preestablecido	4. Viudo/a
			5. Separado/a
			1. Secundaria incompleta

	Hace mención al	En encuestado debe	
Nivel	estatus académico	seleccionar el valor que le	2. Técnico/a
educativo	conseguido por el	corresponde dentro de un	3. Tecnólogo /a
	sujeto.	rango preestablecido	4. Profesional
			5. Postgrado

Tabla 5.5.5. Operacionalización de variables del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida.

Definición	Operatividad	Valor
Determina la calidad de actividad física que realiza el sujeto para mantenerse en óptima condición	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 1 a 6. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala liker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Algunas veces 4. Nunca
Determina en que actividades se dedica el tiempo	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 7	1. Siempre 2. Frecuentemente

libre y se orienta a identificar si dichas actividades favorecen los estilos de vida saludables

a 11. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.

3. Algunas veces

4. Nunca

Identifica si el sujeto tuvo prácticas que favorecieran la prevención de patologías que deterioraran la salud o afectaran la calidad de vida.

El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 12 a 30. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.

1. Siempre

2. Frecuentemente

3. Algunas veces

4. Nunca

Identifica la atención del sujeto en medidas cívicas, de asepsia y de higiene para procurar el autocuidado y mantener la calidad de vida

El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 31 a 32. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.

1. Siempre

2. Frecuentemente

3. Algunas veces

4. Nunca

Indaga sobre los alimentos que se consumen, frecuencias y hábitos, para identificar calidad de hábitos adquiridos	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 33 a 49. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Algunas veces 4. Nunca
Identifica el tipo de consumo y frecuencia de sustancias químicas que son perjudiciales para la salud	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 50 a 59. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Algunas veces 4. Nunca
Enfatiza en los tiempos que el sujeto invierte en el descanso y	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 60 a 69. Las respuestas se	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Algunas veces 4. Nunca
reposición física	presentan de tipo cualitativo y	

según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.

Tabla 5.5.6. Creencias sobre estilos de vida saludables

Variables	Definición	Operatividad	Valor
Condición, actividad física y deporte	Utilizando afirmaciones se indaga sobre lo que cree el sujeto cree respecto al papel del deporte para un estilo de vida saludable	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 70 a 74. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	1. Totalmente de acuerdo
			2. De acuerdo
Tiempo de ocio	Utilizando afirmaciones se indaga sobre lo que cree el sujeto cree respecto a la ocupación del	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 75 a 78. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la	3. En desacuerdo
			4. Totalmente en desacuerdo
			1. Totalmente de acuerdo
			2. De acuerdo
			3. En desacuerdo
			4. Totalmente en desacuerdo

	tiempo de ocio en favor del estilo de vida saludable	escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	
			1.
			2.
	Utilizando afirmaciones se indaga sobre lo que cree el sujeto cree respecto a la cultura de autocuidado y cuidado médico en favor del estilo de vida saludable	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 79 a 91. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	3. Totalmente de acuerdo 4. De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Autocuidado y cuidado médico			
			1. Totalmente de acuerdo
			2. De acuerdo
	Utilizando afirmaciones se indaga sobre lo que cree el sujeto cree respecto a mantener hábitos alimenticios en favor del estilo	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 92 a 98. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la	3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
Hábitos alimenticios			

de vida saludable operacionalización.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas	Utilizando afirmaciones se indaga sobre lo que cree el sujeto cree respecto a lo que el consumo de sustancias químicas representa para mantener el estilo de vida saludable	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 99 a 108. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
Sueño	Utilizando afirmaciones se indaga sobre lo que cree el sujeto cree respecto a lo que sueño para mantener el estilo de vida	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión para las preguntas 110 a 116. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Algunas veces 4. Nunca

saludable

operacionalización.

Fuente: (Arrivillaga et al., 2003).

Tabla 5.5.7. Operacionalización de variables del cuestionario La Escala de Felicidad de Lima

Variables	Definición	Operatividad	Valor
Factor 1: Satisfacción con la vida	Es la expresión de satisfacción por los logros alcanzados y la creencia de que se está donde se tiene que estar	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni acuerdo ni desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
Factor 2: Realización personal	Señala lo que se puede llamar felicidad plena y no estados temporales de la misma	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni acuerdo ni desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

Factor 3: Sentido positivo de la vida	El factor indica depresión, fracaso, pesimismo y vacío existencial. Las respuestas de rechazo a lo que afirman las oraciones indican grados de felicidad.	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni acuerdo ni desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
Factor 4: Alegría de vivir	Las respuestas de repudio señalan lo maravilloso que es vivir, expresando experiencias positivas de la vida y sentirse generalmente bien	El encuestado selecciona una única opción de respuesta según su opinión. Las respuestas se presentan de tipo cualitativo y según la escala linker, se les atribuye un valor, que permite la operacionalización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni acuerdo ni desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

Fuente: *(Árraga & Sánchez, 2012).*

5.6. Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación, contó con tres fases de ejecución:

Primera: se realizó el diseño de la investigación, delimitación, ejecución y diseño metodológico.

Segunda: sensibilización al personal asistencial que integra el equipo de profesionales del área

médica y administrativa, toma de consentimientos informados, socialización de la actividad a los sujetos objeto de la investigación y aplicación de instrumentos.

Tercera: proceso de tabulación de resultados, análisis de las variables, análisis de resultados, discusiones y entrega tanto al hospital como a la Institución Universitaria de Envigado.

5.6.1 Plan de análisis

Se realizó un análisis univariado para describir cada una de las variables del estudio, se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) para las variables de naturaleza cuantitativa y tabla de frecuencias para las variables cualitativas.

También se llevó a cabo un análisis bivariado para determinar la relación entre estilos de vida saludables y el nivel de felicidad en pacientes con VIH-SIDA, para esto se utilizaron pruebas de hipótesis según la distribución de las variables.

5.6.2. Impacto y resultados esperados

Uno de los impactos de esta investigación, se refiere al valor como antecedente que tiene esta para el hospital. La Organización Mundial De La Salud, trabaja desde al año 2014, de una práctica que debe ser implementada en todas las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud. Esta política recibe el nombre de práctica humanizada en servicios de salud y tiene por propósito disminuir un poco el impacto de ver la salud desde el modelo biológico, que solo hace hincapié en signos y síntomas y disminuye la importancia en elementos subjetivos de la persona y que hacen parte del bienestar integral del individuo, tales como las condiciones de vida y las necesidades de apoyo, acompañamiento y soporte social. Esta investigación, se articula con la necesidad de la institución por cumplir con las prácticas humanizadas en salud y aporta un

antecedente que puede direccionar futuras acciones que hagan hincapié en estos aspectos, aportando mayor competitividad.

Para la Institución Universitaria de Envigado, la presente investigación impacta porque cumple con los criterios de rigurosidad académica planteados para el ejercicio investigativo, pudiendo ser un referente para ser aplicado en futuros proyectos de investigación y que ahonda en la proyección de la institución hacia un trabajo clínico de intervención que va más allá de lo terapéutico y funciona casi como tratamiento paliativo para el paciente.

5.6.3. Compromisos y estrategias de comunicación

Al finalizar este proyecto será socializado con la parte administrativa del Hospital San Vicente Fundación, que se encarga de ofrecer tratamiento a los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA y los actores que vigilan en cumplimiento de los compromisos de calidad en la prestación de los servicios de salud y atención humanizada en los servicios de salud.

Al interior de la Institución Universitaria de Envigado, realizaremos socialización al grupo que nos sea asignado por el comité de prácticas y a los demás interesados que nos solicite la institución.

6. Resultados

A continuación se presentan los diferentes resultados obtenidos con la aplicación de los test (Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de vida y Escala de felicidad de Alarcón) en un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San

Vicente Fundación de Medellín, procedemos a efectuar una discusión con el objetivo de fortalecer la información adquirida.

Tabla 6.1. Caracterización sociodemográfica de 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

		N	%
Sexo	Femenino	9	45%
	Masculino	11	55,%
	Total	20	100,%
Edad	21-30 años	4	20%
	31-40 años	8	40%
	Mayor a 40 años	8	40%
	Total	20	100%
Nivel educativo	Primaria	6	30%
	Secundaria	9	45%
	Superior	5	25%
	Total	20	100%
Estrato socio económico	Bajo	12	60%
	Medio/alto	8	40%
	Total	20	100%
Peso	40-50 kilos	7	35%
	51-60 kilos	7	35%
	61-70 kilos	3	15%
	71-80 kilos	2	10%
	81-90 kilos	1	5%
	Total	20	100%
Estatura	1,50 - 1,60 cts.	9	45%
	1,61 - 1,70 cts.	6	30%

1,71 -1,80 cts.	5	25%
Total	20	100%

N: Recuento de individuos, % participación relativa en la muestra.

Se observa que en la muestra de estudio, se encuentra un porcentaje del 55,0% es decir, 11 individuos de sexo masculino, la mayoría de los sujetos son mayores de 31 años (80%). El nivel educativo máximo alcanzado en su gran mayoría es secundaria (45%) y la minoría ha alcanzado el nivel máximo educativo de educación superior (25%), el nivel socioeconómico con mayor porcentaje es bajo (60%).

Tabla 6.2. Caracterización de los Estilos de Vida saludables en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Estilos de vida saludable	N	Porcentaje
Saludable	11	55%
Muy Saludable	9	45%
Total	20	100%

N: Recuento de individuos, % participación relativa en la muestra.

Las personas en general manifiestan Estilos de Vida saludables en un 55% (11 personas), mientras que un 45% manifiestan ser muy saludables (9 personas).

Tabla**6.3. Asociación entre estilos de Vida y variables sociodemográficas en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín**

		Saludable N (%)	Muy Saludable N (%)	Total N (%)	Pruebas de chi- cuadrado	Valor P
Sexo	Femenino	4 (36,4%)	5 (55,6%)	9 (45%)	0,737	0,39
	Masculino	7 (63,6%)	4 (44,4%)	11 (55%)		
Edad	21-30 años	2 (18,2%)	2 (22,2%)	4 (20%)	2,323	0,31
	31-40 años	3 (27,3%)	5 (55,6%)	8 (40%)		
	Mayor a 40 años	6 (54,5%)	2 (22,2%)	8 (40%)		
Nivel educativo	Primaria	5 (45,5%)	1 (11,1%)	6 (30%)	4,422	0,11
	Secundaria	5 (45,5%)	4 (44,4%)	9 (45%)		
	Superior	1 (9,1%)	4 (44,4%)	5 (25%)		
Estrato	Bajo	6 (54,5%)	6 (66,7%)	12(60%)	0,303	0,58
	Medio/alto	5(45,5%)	3 (33.3%)	8(40%)		

Chi Cuadrado: Estadístico, Valor P: Significancia de la prueba

Los Estilos de Vida en sus dimensiones Saludable y muy Saludable, no presentan asociación con las variables sociodemográficas, lo cual puede afirmarse a partir de su valor de significancia.

Tabla

6.4. Caracterización de los índices de felicidad en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Estilos de vida saludable	Media	Desviación estándar
Sentido positivo de la vida	3,73	0.72
Satisfacción con la vida	3,75	0.64
Realización personal	3,54	0.83
Alegría de vivir	4,23	0.63

La población en general puntúa un nivel medio de felicidad, siendo la puntuación más alta la dimensión de alegría de vivir.

Tabla 6.5. Asociación entre Factores de felicidad y sexo en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Factores de Felicidad	Media (D.S.)	Femenino Mediana (R.I.)	Masculino Mediana (R.I.)	U de MannWhitney	Valor P
Sentido positivo de la vida	3,73 (0.72)	3,1 (0.8)	4,0 (1,3)	9,500	0,002
Satisfacción con la vida	3,75(0.64)	3,5 (1,0)	4,0 (1,0)	24,000	0,049
Realización personal	3,54(0.83)	2,8 (1,6)	3,6 (0,8)	31,500	0,169
Alegría de vivir	4,23(0.63)	4,2 (1,4)	4,2 (1,0)	37,000	0,332

Mediana: Medida Central, R.I.: Rango Intercuartílico, U de Man Whitney: Estadístico de prueba, Valor P: Significancia asintótica

Tabla

Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el sentido positivo de la vida y en la satisfacción vital, teniendo más sentido positivo de la vida y más satisfacción vital los hombres.

6.6. Asociación entre Factores de felicidad y rangos de edad en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Factores de Felicidad	21 a 30 años	31 a 40 años	Mayor a 40 años	Chi Cuadrado	Valor P
	Mediana (R.I.)	Mediana (R.I.)	Mediana (R.I.)		
Sentido positivo de la vida	3,8 (1,4)	3,6 (0,7)	3,5 (1,5)	0,543	0,762
Satisfacción con la vida	3,8 (2,0)	3,5 (0,7)	4,0 (0,9)	1,021	0,600
Realización personal	3,7 (1,3)	2,5 (1,1)	4,0 (2,0)	2,685	0,261
Alegría de vivir	4,3(1,2)	4,1 (0,6)	4,2 (0,9)	1,135	0,567

Mediana: Medida Central, R.I.: Rango Intercuartílico, Chi cuadrado: Estadístico de prueba, Valor P: Significancia asintótica

No existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de felicidad y rangos de edad en los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.7. Asociación entre Factores de felicidad y estrato socioeconómico en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla

Factores de Felicidad	Bajo Mediana (R.I.)	Medio alto Mediana (R.I.)	U de Mann-Whitney	Valor P
Sentido positivo de la vida	4,8 (1,3)	3,5 (0,7)	37,000	0,394
Satisfacción con la vida	3,9 (1,0)	3,7 (0,6)	46,000	0,875
Realización personal	3,6 (1,4)	3,5 (1,2)	44,500	0,786

Alegría de vivir	4,2 (0,8)	4,2 (0,8)	44,500	0,783
------------------	-----------	-----------	--------	-------

Mediana: Medida Central, R.I.: Rango Intercuartílico, U de Man Whitney: Estadístico de prueba, Valor P: Significancia asintótica

Según los resultados anteriores no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de felicidad y estrato socio económico en los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.8. Asociación entre Factores de felicidad y nivel educativo en 20 pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Factores de Felicidad	Primaria Mediana (R.I.)	Secundaria Mediana (R.I.)	Superior Mediana (R.I.)	Chi Cuadrado	Valor P
Sentido positivo de la vida	3,7 (2,2)	3,5 (0,5)	3,8(1,2)	0,326	0,850
Satisfacción con la vida	3,7 (1,5)	3,8 (0,6)	4,0 (1,6)	0,42	0,979
Realización personal	3,2 (2,0)	3,6 (1,4)	3,6 (1,1)	0,515	0,773
Alegría de vivir	4,2 (1,4)	4,5 (0,9)	4,2 (0,9)	1,315	0,518

Mediana: Medida Central, R.I.: Rango Intercuartílico, Chi cuadrado: Estadístico de prueba, Valor P: Significancia asintótica

No existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de felicidad y nivel educativo en los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Tabla 6.9. Correlación entre Estilos de Vida frente a los factores de felicidad que tienen los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

Estilos de Vida	Saludable Mediana (R.I.)	Muy Saludable Mediana (R.I.)	U de Whitney	Mann- Valor P
Sentido positivo de la vida	3,5 (0,9)	3,7(1,3)	49,500	1,000
Satisfacción con la vida	3,6 (0,7)	4,0 (1,0)	42,000	0,563
Realización personal	3,5 (1,2)	3,6 (1,6)	39,000	0,422
Alegría de vivir	4,2 (0,3)	4,7 (0,9)	29,000	0,112

Mediana: Medida Central, R.I.: Rango Intercuartílico, U de Man Whitney: Estadístico de prueba, Valor P: Significancia asintótica

Según la tabla se pueden identificar medidas como la puntuación de la mediana y el rango intercuartílico para cada uno de los factores, en función de las variables mencionadas, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de felicidad y estilos de vida saludables en los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín.

7. Discusión

El presente estudio mostró que los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín poseen estilos de vida muy saludables y saludables, a diferencia del estudio “*Conocimientos, actitudes y practicas frente a la alimentación de personas con VIH/sida y su relación con síndrome metabólico en Cali – Colombia*” Galindo, Tello-Bolívar, Montaña-Agudelo y Mueses-Marín (2015) el cual demuestra un bajo nivel de buenos hábitos alimenticios en los pacientes infectados, aunque se presenta una excelente disposición y conciencia sobre la importancia de una alimentación sana.

Los datos obtenidos de la aplicación del test de estilos de vida saludables, arrojan que el total de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín tienen conciencia del impacto que tiene la alimentación en relación a la terapia antirretroviral y no sufren deterioro en los hábitos alimenticios por su diagnóstico, difiriendo con el resultado obtenido en el estudio “*Estado nutricional de las personas con VIH/SIDA; su relación con el conteo de las células TCD4 +*”. Linares et al. (2013) que refleja deterioro nutricional y disminución de los conteos CD4 en dichos pacientes.

Los resultados sociodemográficos adquiridos en este estudio muestran que no existen diferencias significativas en las variables como sexo, edad, estrato socioeconómico y nivel educativo en las dimensiones relacionadas con estilos de vida saludables, es decir que en general la población abordada presenta prácticas saludables en su vida, deducciones que aplazan los resultados expuestos por la investigación “*Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud*” Da Costa, de Oliveira, Tosoli y Formozo (2014) que argumenta que existen variaciones significativas en la evaluación de la calidad de vida y la salud por los sujetos, en las dimensiones como sexo, nivel de escolaridad y peso.

También el estudio de “*Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH*” Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, Bermúdez-Román y Posada-Zapata (2018) reporta que es pertinente realizar estudios en esta temática con un enfoque de género, ya que las mujeres que viven con la enfermedad se les dificultan hablar al respecto por el hecho de estar en una sociedad que se caracteriza por el machismo y la exclusión de las mujeres, dicho resultados discrepan con las derivaciones de nuestra investigación, debido a que el porcentaje de participación evaluado por sexo no muestra una diferencia significativa (11 hombres y 9 mujeres) teniendo en cuenta que ambos encajan en las dimensiones de saludable y muy saludable.

Cada factor del test de felicidad muestra una media de 3.7, de acuerdo a esto en una escala de 1 a 5, no se puede afirmar que los pacientes tengan un excelente sentido de satisfacción vital, ya que como dicen otras investigaciones, por ejemplo la de Montalvo y Herrera (2015) titulada “SIDA: sufrimiento de la personas con la enfermedad” el estudio encontró que el grupo investigado presentó miedo a lo desconocido, al avance de la enfermedad y a la muerte; tristeza y angustia por el rechazo o el señalamiento.

Esta investigación muestra que la satisfacción vital y el sentido positivo de la vida en ambos sexos se encuentran en un nivel medio, presentando mayor intensidad los hombres que las mujeres, dichos resultados sustentan lo expuesto en el estudio “*Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH*” Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, Bermúdez-Román y Posada-Zapata (2018) este arrojo que los cambios sociales generan un impacto en cuanto a la discriminación, la relación con su familia, amigos y compañeros de trabajo, además de la percepción que tienen de ellos mismos, evidenciándose una modificación relevante en la autoimagen y el índice de felicidad al ser diagnosticados; los cambios económicos se muestran

en la pérdida de independencia o autonomía para suplir sus gastos, la pérdida de sus empleos y la falta de acceso al mercado laboral en su mayoría en las mujeres.

Vale la pena aclarar que se presentaron limitaciones con respecto a la búsqueda de los antecedentes por no encontrarse información que manejara la metodología y los objetivos similares a los planteados por el estudio realizado, dichas investigaciones son de tipo cualitativo, como la investigación titulada “*SIDA: sufrimiento de la personas con la enfermedad, Cartagena*” Montalvo y Herrera (2015) la cual se aplicó a 130 personas diagnosticadas con VIH/SIDA, que asistían a las instituciones de salud; en esta investigación se realizó mayor seguimiento a la población estudiada y se tomó un número de muestra mayor al de nuestro estudio. Los investigadores encontraron como resultado las siguientes dimensiones como posibles causas de sufrimiento en la población: el cansancio, en un 62,2%, náuseas en un 50,4% y dificultad para dormir en un 49,6%. Finalmente como conclusión encontraron que el grupo en estudio presentó miedo a lo desconocido, al avance de la enfermedad y a la muerte; tristeza y angustia por el rechazo o el señalamiento.

Estos resultados se contraponen a los resultados arrojados por esta investigación, debido a que se encontró que las personas seleccionadas no presentan dificultades para llevar un estilo de vida saludable y no tienen un nivel bajo en los índices de felicidad, esta diferencia significativa entre los antecedentes y nuestros resultados se presentó debido a que nuestra investigación es de tipo cuantitativo y no cualitativo, por esta razón se dificulta el espacio para la evaluación subjetiva de cada caso.

8. Conclusiones

El objetivo general que se trazo en la esta investigación, contenía el análisis de los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en un grupo experimental de 20 personas diagnosticadas con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, basado en lo anterior logramos concluir que no existe una relación entre los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en la población seleccionada. También logramos identificar que aunque los datos cuantitativos no tienen márgenes de diferencia muy significativos respecto a los índices de felicidad, los hombres son un poco más felices, debido a que puntúan más alto que las mujeres.

También es importante resaltar que los índices de felicidad en la población diagnosticada se encuentran en un nivel medio. La actitud con mayor tendencia a la positividad con la que estos sujetos asumen la enfermedad contribuye para que desarrollen un alto nivel de consciencia sobre esta y sus cuidados, les motiva a tener estilos de vida saludables y saber lo que implica no seguir un tratamiento farmacológico y no conocer los límites de sus posibilidades, de ahí que la responsabilidad y la disciplina con la que asumen su condición son de vital importancia para su desarrollo personal y formar vínculos estables en la sociedad.

El estudio mostró la presencia de 11 individuos de sexo masculino y 9 femenino, la mayoría de los sujetos son mayores de 31 años, con un nivel educativo máximo alcanzado en secundaria, y un nivel socioeconómico bajo. Los Estilos de Vida en sus dimensiones saludable y muy saludable, no presentan asociación con las variables sociodemográficas, por otra parte logramos identificar que no existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de felicidad y rangos edad, estrato socioeconómico y nivel educativo en los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación Medellín, en las dimensiones de sentido positivo de la vida y satisfacción vital aparece una diferencia que aunque

estadísticamente no es representativa , muestra en la variable sexo, que los hombres tienen mayor sentido positivo de la vida y satisfacción vital. De lo anterior se concluye que los datos sociodemograficos no presentan una asociación con los estilos de vida y los índices de felicidad estadísticamente significativa y relevante para nuestro estudio.

9. Recomendaciones

Ante este panorama se puede inferir, de forma subyacente a esta investigación que es prioritario identificar cuáles son los factores sociodemográficos o determinantes sociales que

están detrás de llevar una vida saludable o muy saludable y la relación que esto tiene con la felicidad, además identificar la vulnerabilidad de los pacientes y lo que hace que se propicie que estos asuman la felicidad y los estilos de vida saludable como algo sin relevancia.

Es importante realizar otros estudios con enfoque cualitativo que profundicen respecto a la relación existente entre los estilos de vida saludables y los índices de felicidad, debido a que aparece una deficiencia teórica para el aporte de la construcción o sustentación de dicha hipótesis.

Es imperioso establecer un test diseñado para la evaluación de los estilos de vida saludables según la necesidad del diagnóstico de VIH/SIDA, esto debido a que los cuidados que requieren los pacientes con esta enfermedad son diferentes a las prácticas que realiza una persona que no es catalogada como seropositiva.

La lectura de cada ítem puede variar según la persona, su estado de ánimo, su nivel educativo y el estado de su diagnóstico en el momento de aplicar el test; por esta razón se recomienda el diseño de una prueba que logre medir este factor de una forma más compacta y sencilla. Dado que lo que se busca en un estudio cuantitativo es la representatividad, se sugiere continuar explorando la temática con una muestra donde se logre captar más población, las diferencias significativas que se buscaban en esta investigación y no se hallaron, posiblemente no se registraron porque no existen, sino porque la muestra no fue suficiente debido al límite de tiempo que se estableció para capturar pacientes y a los criterios de exclusión que no permitieron la consecución de los participantes que se planificaron al inicio del estudio. Se recomienda hacer seguimiento en el tiempo para conocer un poco mejor el fenómeno.

Referencias

Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*.
Caracas, Venezuela: Epísteme.

- Árraga, M. V., & Sánchez, M. (2012). Validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima en adultos mayores venezolanos. *Universitas Psychologica*, *11*(2), 381–393. Recuperado de <http://bit.ly/2PfBQ3x>
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, *34*(3), 186–195. Recuperado de <http://bit.ly/2PeOOys>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, *29*(3), 1038–1059. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., Bermúdez-Román, V., & Posada-Zapata, I. C. (2018). Cambios percibidos en la vida cotidiana por los adultos que viven con VIH. *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales*, (76), 57–74. <http://doi.org/10.29101/crcs.v25i76.4336>
- Colombia. Congreso de la República. (2005). *Ley 972 de 2005: por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.* Bogotá : Diario Oficial.
- Colombia. Congreso de la República. (2006). *Ley 1090 de 2006: por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.* Bogotá : Diario Oficial.
- Colombia. Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

ogotá : Diario Oficial.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional, & Universidad Nacional de Colombia. (2013).

Documento nacional: hábitos y prácticas alimentarias. Hallazgos nacionales a partir del análisis departamental PAE-UNAL. Bogotá : Ministerio de Educación Nacional.

Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología.

Diversitas: Perspectivas En Psicología, 2(2), 311–319.

Correa, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de

cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227–1231. <http://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

Da Costa, T. L., de Oliveira, D. C., Tosoli, A. M., & Formozo, G. A. (2014). Calidad de vida y

personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud. *Revista*

Latino-Americana de Enfermagem, 22(4), 582–590. <http://doi.org/10.1590/0104->

1169.3350.2455

Espinosa, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso

saludenfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(3), 41–47. Recuperado de

<http://bit.ly/2PfCaiL>

Galindo, J., Tello-Bolívar, I. C., Montañó-Agudelo, D., & Mueses-Marín, H. F. (2015).

Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la alimentación de personas con VIH/SIDA y

su relación con síndrome metabólico, Cali-Colombia. *Perspectivas En Nutrición Humana*,

17(1), 20–35. Recuperado de <http://bit.ly/2PfHrqA>

- García-Corpas, J. P., Monje-Agudo, P., Labriola, C., & Morillo-Verdugo, R. (2013). Prevalencia y factores asociados al insomnio y mala calidad de sueño en pacientes con VIH/sida en Sevilla, España. *Vitae*, 20(3), 195–202. Recuperado de <http://bit.ly/2MmuZJH>
- Giraldo, A., Toro, M. Y., Macías, A. M., Valencia, C. A., & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia La Promoción de La Salud*, 15(1), 128–143. Recuperado de <http://bit.ly/2PcJmMt>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5th ed.). México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. N., & Howard, B. L. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Linares, E. M., Santana, S., Carrillo, O., León, M. A., Sanabria, J. G., Acosta, N., & Pla, A. (2013). Estado nutricional de las personas con VIH/Sida: su relación con el conteo de las células T CD4+. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2197–2207. Recuperado de <http://bit.ly/2PccHXk>
- Martínez, N., & Góngora, A. O. (2012). Experiencia pedagógica para la adecuada utilización del tiempo libre en función de mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH-Sida. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 17(168), 1–14. Recuperado de <https://bit.ly/2vQq33k>
- Montalvo, A., & Herrera, A. (2015). SIDA: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena. *Avances En Enfermería*, 33(1), 85–93. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48117>

- Morán, M. C., Fínez, M. J., & Fernández-Abascal, E. G. (2017). Sobre la felicidad y su relación con tipos y rasgos de personalidad. *Clínica y Salud*, 28(2), 59–63.
<http://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.003>
- Nuviala, A., Murguía, D., Fernández, A., Ruiz, F., & García, M. E. (2009). Tipologías de ocupación del tiempo libre de adolescentes españoles. El caso de los participantes en actividades físicas organizadas. *Journal of Human Sport and Exercise*, 4(1), 31–43.
Recuperado de <http://bit.ly/2PfIruu>
- Olaechea, M. S. (2012). Calidad de vida, autoestima y felicidad en mujeres durante el climaterio, de estrato socio-económico medio-alto y bajo, en la ciudad de Lima. *Consensus*, 17(1), 181–193. Recuperado de <http://bit.ly/2PeMyab>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Temas de salud: VIH/SIDA. Recuperado de <https://bit.ly/1B6GxBW>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2017). *90-90-90: un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. Ginebra, Suiza: Naciones Unidas.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2018). Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. Recuperado de <https://bit.ly/2vZlkhf>
- Rodríguez, A., Goñi, A., & Ruiz, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 81–94. Recuperado de <http://bit.ly/2PccXFM>
- Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., & Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207–217.

Recuperado de <http://bit.ly/2Pf0tNB>

Sanitas. (2018). Hábitos de vida saludable. Recuperado de <https://bit.ly/1T12DNB>

Santacruz-Bravo, J. D. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud*, 18(2), 373–384. Recuperado de <http://bit.ly/2PfHXVy>

Unicef. (2007). *Higiene y salud: aprendamos juntos*. La Paz, Bolivia: Unicef.

Veenhoven, R. (2001). Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. Recuperado de <http://bit.ly/2MCrlp6>

Vidarte, J. A., Vélez, C., Sandoval, C., & Alfonso, M. L. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia La Promoción de La Salud*, 16(1), 202–218. Recuperado de <http://bit.ly/2PcdaJ4>

Videla, M. A., Leiva, T. D., & Valenzuela, C. (2015). Propuesta de protocolo de atención nutricional para pacientes viviendo con VIH sin terapia antitroviral, atendidos en el centro de referencias diagnósticas del Hospital San Martín de Quillota. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 980–987. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7888>

Anexos

Formulario de Consentimiento Informado

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Estilos de vida saludables de los pacientes con VIH/SIDA hospitalizados en Hospital Universitario de San Vicente Fundación durante el segundo semestre del año 2018 y su relación con los índices de felicidad.

Institución que realiza la investigación: Programa de Psicología Institución Universitaria de Envigado

Investigadores principales: Luisa Fernanda Restrepo Martínez – Katherine Tamayo Londoño.
Asesor: Mg. Diego Alfredo Tamayo

Datos para contactar:

Luisa Fernanda Restrepo Martínez - Tel. 3003267808

Katherine Tamayo Londoño - Tel. 3195326431

Lugar de la investigación: Hospital Universitario de San Vicente Fundación

Introducción e invitación: Formalmente lo invitamos a participar activamente en la investigación mencionada, su cooperación es fundamental para la recolección de información. Antes de la aplicación de pruebas o entrevistas le informaremos el funcionamiento de las mismas, en caso de dudas o inquietudes puede dirigirse a las investigadoras quienes con el mayor de los gustos le brindaran la información necesaria.

Propósito de la investigación: Analizar los estilos de vida saludables y los índices de felicidad en un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA internados en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín.

Participantes de la investigación: Pacientes diagnosticados con VIH-SIDA internados en el Hospital San Vicente Fundación de la ciudad de Medellín durante los meses de Septiembre y Octubre de 2018. El dato aproximado es de 30 personas, seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión.

Participación. La participación de los pacientes es totalmente VOLUNTARIA. Si en algún momento el paciente decide no formar parte de esta investigación, no tendrá ningún tipo de penalidad o sanción.

Procedimiento: Una vez firmado este consentimiento informado los investigadores le aplicaran 2 pruebas de autoinforme, por favor tenga en cuenta que la información plasmada únicamente tiene fines investigativos, se respetará la confidencialmente los datos e identidad del paciente

Riesgos: Este estudio no representa riesgo alguno, debido a que dicha investigación no supone la realización de ningún procedimiento invasivo con fines diagnósticos terapéuticos

Beneficios de la participación: La participación en este estudio no supone ningún tipo de beneficio o remuneración económica para el colaborador.

Costos de la participación: La participación en este estudio **no** tiene ningún costo para el participante.

Privacidad y confidencialidad: La información obtenida será utilizada únicamente con fines investigativos, usted no estará identificado/a de ninguna forma en la difusión de este estudio. Los datos derivados de su consentimiento informado se almacenarán en un archivo confidencial. Para las pruebas no se solicitará su nombre o identificación, guardaremos privacidad acerca de los registros que puedan identificarlo a usted hasta donde nos lo permita la ley. Nadie diferente a los investigadores de este estudio podrá ver esta información sin su permiso y la misma, sólo será usada para propósitos investigativos.

Participación y retiro voluntario: La participación en este estudio es totalmente voluntaria, en caso de que no desee continuar participando puede retirarse en cualquier momento sin afectación alguna.

Preguntas: En caso de tener alguna duda sobre la información suministrada, puede comunicarse con las investigadoras. Luego de la firma de este documento recibirá una copia del mismo.

Consentimiento: Teniendo en cuenta la información plasmada en el presente documento declaro que fue formalmente solicitado mi consentimiento para participar de la investigación y para la publicación de los resultados. **También, manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo libremente en pleno uso de mis facultades mentales.**

Participante:

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Dirección: _____