



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 TEQUESQUINAHUAC

ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



**ASOCIACIÓN ENTRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS CON  
VIH/SIDA ADSCRITOS A LA UMF 64 DEL IMSS**

**TESIS**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. MARCO ANTONIO PAULIN MENDOZA**

ASESOR DE TESIS:

**E. EN M.F. EVERARDO VILLAR AGUIRRE**

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2022-1408-023

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS CON  
VIH/SIDA ADSCRITOS A LA UMF 64 DEL IMSS**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. MARCO ANTONIO PAULIN MENDOZA**

AUTORIZACIONES:

**E. EN M.F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 64 TEQUESQUINAHUAC

**E. EN M.F. EVERARDO VILLAR AGUIRRE**

ASESOR DE TESIS

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 64 TEQUESQUINAHUAC

**E. EN M.F. FRANCISCO VARGAS HERNÁNDEZ**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.  
UMF No. 64

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2024

**ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS CON  
VIH/SIDA ADSCRITOS A LA UMF 64 DEL IMSS**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. MARCO ANTONIO PAULIN MENDOZA**

AUTORIZACIONES:

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS CON  
VIH/SIDA ADSCRITOS A LA UMF 64 DEL IMSS

## **AGRADECIMIENTOS**

En esta investigación se agradece a los participantes del estudio por su tiempo y paciencia. Así como a los trabajadores de la clínica de VIH del Hospital General N°72 y de sus autoridades por la disposición y accesibilidad brindada para la realización del estudio. Por otra parte, a mi asesor de tesis, el coordinador clínico de educación e investigación en salud, y a mi profesora titular del curso de especialización, los cuales han sido pieza importante para la realización de este trabajo.

## RESUMEN

Título: Asociación entre el nivel de bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Antecedentes:** El Virus de Inmunodeficiencia Humana es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, ya que produce efectos negativos en la salud física y psicológica de las personas que lo contraen. Existen diferentes factores que interfieren en la adherencia al tratamiento antirretroviral, los cuales se relacionan con factores personales, psicológicos, familiares y sociales. El bienestar psicológico, es una herramienta de diagnóstico, que nos permite evaluar los mecanismos resilientes de una persona y con esto realizar una detección y seguimiento de su comportamiento ante su enfermedad, el cual influye en la aceptación de su diagnóstico y de su adherencia al tratamiento antirretroviral.

**Objetivo:** Asociar el nivel de bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Material y métodos:**

Estudio prospectivo, transversal, observacional y analítico, en 134 sujetos con diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad, referidos de la Unidad de Medicina Familiar N°64, atendidos en la clínica de VIH del Hospital Regional No. 72, se aplicarán 2 cuestionarios: Escala de Bienestar Psicológico y el Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH).

**RESULTADOS:** Se evaluaron 134 participantes de los cuales; el 87% eran hombres, el 64% tenían una edad entre 18 y 35 años, la escolaridad máxima era licenciatura con el 50%, el 66% eran solteros, el 82% presentaba un nivel alto de bienestar psicológico positivo y el 66% presentaban una adherencia alta al tratamiento antirretroviral. Se encontró asociación significativa entre bienestar psicológico positivo alto y un nivel alto adherencia antirretroviral con  $p=0.000$ .

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que presentan un bienestar psicológico positivo alto, suelen presentar un mayor nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral.

**Palabras clave:** VIH/SIDA, bienestar psicológico, adherencia al tratamiento antirretroviral

## **ABSTRACT**

**TITLE:** Association between the level of psychological well-being and adherence to treatment in subjects diagnosed with HIV/AIDS assigned to the Family Medicine Unit 64 of the Mexican Institute of Social Security. **BACKGROUND:** The Human Immunodeficiency Virus is considered a public health problem worldwide, since it produces negative effects on the physical and psychological health of people who contract it. There are different factors that interfere with adherence to antiretroviral treatment, which are related to personal, psychological, family, and social factors. Psychological well-being is a diagnostic tool that allows us to evaluate the resilient mechanisms of a person and with this to detect and monitor their behavior in the face of their disease, which influences the acceptance of their diagnosis and their adherence to treatment. antiretroviral. **OBJECTIVE:** To associate the level of psychological well-being and adherence to antiretroviral treatment in subjects with a diagnosis of HIV/AIDS assigned to the Family Medicine Unit 64 of the Mexican Institute of Social Security. **MATERIAL AND METHODS:** Prospective, cross-sectional, observational and analytical study, in 134 subjects diagnosed with HIV/AIDS over 18 years of age, referred from the Family Medicine Unit No. 64, treated at the HIV clinic of the Regional Hospital No. 72, 2 questionnaires will be applied: the Psychological Well-Being Scale and the Treatment Adherence Questionnaire (CEAT-HIV). **RESULTS:** 134 recipients were evaluated, of which; 87% were men, 64% were between 18 and 35 years of age, 50% had a bachelor's degree, 66% were single, 82% had a high level of positive psychological well-being and 66% had a High adherence to antiretroviral treatment. A significant association between high positive psychological well-being and a high level of antiretroviral adherence with  $p=0.000$ . **CONCLUSIONS:** Patients with a diagnosis of HIV/AIDS who have a high positive psychological well-being tend to have a higher level of adherence to antiretroviral treatment.

**Keywords:** HIV/AIDS, psychological well-being, adherence to antiretroviral treatment.

## INDICE

### I. MARCO TEÓRICO

I.1.1 . VIH/SIDA .....	1
I.1.2. Origen y antecedentes del VIH.....	1
I.1.3. El VIH como situación mundial .....	2
I.1.4. El VIH/SIDA en México .....	3
I.1.5. Situación del VIH/SIDA en el Estado de México .....	5
I.1.6. Infradiagnóstico y diagnóstico tardío .....	5
I.1.7 Tratamiento antirretroviral .....	7
I.2 Adherencia al tratamiento .....	8
I.2.1. Adherencia al tratamiento antirretroviral .....	8
I.2.2. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento .....	10
I.3. Bienestar psicológico .....	13
I.3.1 Factores relacionados al bienestar psicológico .....	13
I.3.2 Bienestar subjetivo, inter e intrapersonal .....	14
I.3.3 Bienestar social .....	15
I.3.4 Bienestar psicológico en VIH.....	16
I.3.5 Bienestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral .....	18

### II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....19

II.1. Argumentación.....	19
II.2. Pregunta de investigación.....	21

### III. JUSTIFICACIÓN .....22

### IV. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo general .....	25
IV.2 Objetivos específicos .....	25

<b>V.</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	
	V.1 Hipótesis de trabajo.....	26
	V.2 Hipótesis nula.....	26
<b>VI.</b>	<b>MÉTODO</b>	
	VI.1 Diseño de estudio.....	27
	VI.2 Criterios de selección	
	VI.2.1 Criterios de inclusión .....	27
	VI.2.2 Criterios de exclusión .....	27
	VI.2.3 Criterios de eliminación.....	28
	VI.3 Tamaño de la muestra .....	28
	VI.4 Unidades de observación	
	VI.4.1 Variables de estudio.....	28
	VI.5 Operacionalización de las variables .....	29
	VI.6 Desarrollo del estudio .....	31
	VI.7 Instrumentos de investigación.....	32
	VI.7.1 Escala de Bienestar Psicológico (EBP) Díaz 2006	
	VI.7.1.1 Descripción .....	32
	VI.7.1.2 Validación .....	32
	VI.7.1.3 Aplicación .....	32
	VI.7.2 Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH)	
	VI.7.2.1 Descripción .....	33
	VI.7.2.2 Validación .....	33
	VI.7.2.3 Aplicación.....	33
	VI.8 Plan de análisis de resultados.....	34

## VI.9 Aspectos éticos y regulatorios

VI.9.1 Código de Nuremberg .....	34
VI.9.2 Declaración de Helsinki .....	36
VI.9.3 Informe de Belmont .....	39
IV.9.4 Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para salud, titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos .....	42
IV.9.5 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. .....	43
IV.9.6 Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos .....	44
<b>VII. ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>VIII. RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>IX. TABLAS Y GRAFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>X. DISCUSIÓN... ..</b>	<b>59</b>
<b>XI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>65</b>
<b>XII. SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES .....</b>	<b>67</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>68</b>
<b>XIV. ANEXOS .....</b>	<b>75</b>

## I. MARCO TEORICO

### I.1.1 . VIH/SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana, es un virus de tipo RNA, de la familia retrovirus, el cual su principal repercusión es la destrucción del sistema inmune, presentando tropismo por los macrófagos, particularmente por los linfocitos CD4. Existen dos subtipos de virus el tipo VIH-1 y VIH-2, de los cuales se han descrito tres clases mayores de VIH-1: M (mayoritario), N (nuevo), O (“outliner”, lejano). Donde el VIH-1 del grupo M representa hasta el 90% de todas las infecciones por VIH a nivel mundial. <sup>1</sup>

### I.1.2. Origen y antecedentes del VIH

Los primeros casos de VIH fueron diagnosticados en Estados Unidos en 1981, en los estados de New York y California, reportándose incidencias crecientes de sarcoma de Kaposi y de neumonía por pneumocystis jiroveci en hombres jóvenes homosexuales previamente sanos. Y hasta en 1983, el virus fue aislado, identificándose como el precursor inmediato en los chimpancés del género Pan troglodytes troglodytes para el VIH-1 a partir del Virus de Inmunodeficiencia de Simios (VIS), denominándose como el ancestro más cercano del VIH. Sin embargo, existía la interrogante de cuando fue el momento en que sucedió el salto interespecie, hasta que mediante estudios filogenéticos se identificó tal acontecimiento, concluyendo que la posibilidad de que cazadores de chimpancés se contaminaron del VIS al cazar y consumir monos en África, infectándose con dicho virus. La diseminación del virus fue favorecida por factores sociopolíticos y económicos, la urbanización, la promiscuidad y el uso de drogas intravenosas tuvo como resultado una propagación por toda América y el resto del mundo. Con el inicio de la enfermedad existieron un gran número de teorías de su aparición, lo que propicio la propagación y formación de estigmas hacia la enfermedad y las personas que se infectaban. <sup>2</sup>

El origen del VIH fue en 1981, donde la organización estadounidense de vigilancia y prevención de enfermedades (CDC) reportó los primeros casos de una

enfermedad desconocida, la cual producía inmunosupresión en hombres homosexuales, los cuales padecían infecciones oportunistas y neoplasias malignas. En 1983, el doctor Luc Montagnier, reportó el descubrimiento del posible agente etiológico, el cual denominó virus asociado a linfadenopatía (LAV), llamado por la sociedad como la “plaga gay”, iniciándose así actitudes de discriminación y rechazo hacia las personas con esta enfermedad. Debido al crecimiento exponencial de casos, en el año de 1985 se utilizó la primera prueba diagnóstica, la prueba ELISA, la cual fue mejorando su especificidad mediante el desarrollo de diferentes generaciones, siendo la cuarta generación la última en el año 2000. En 1987 se contó con una de las primeras pruebas diagnósticas confirmatorias, la prueba de Western Blot, la cual tiene una alta especificidad para la enfermedad. En el mismo año un subcomité de la OMS propuso el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Además, de que se presentó a la zidovudina, la primera droga antirretroviral, la cual en ese entonces se consideraba un medicamento costoso con diversos efectos adversos. Por otro lado, en México el primer caso de VIH fue reportado en 1983 en el Instituto Nacional de Nutrición, en donde el gobierno no reconoció la presencia del virus sino hasta 1985. En 1995 y 1996, fue un periodo de gran avance para el tratamiento del VIH, ya que en ellos se desarrollaron nuevas clases de medicamentos. Agregándose nuevos antirretrovirales a los esquemas establecidos, los cuales se combinan para una mayor eficacia, en los que se encontraban: Abacavir, Nelfinavir, Delevirdina y Efavirenz. La introducción de estos nuevos grupos de antirretrovirales cambió el curso de la epidemia y convirtió al VIH de una enfermedad incurable a una enfermedad crónica.<sup>3</sup>

### I.1.3. El VIH como situación mundial

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es uno de los virus que actualmente tiene una de las tasas de mortalidad más elevada, ya que, desde la aparición del primer caso registrado en 1981, ha causado la muerte de más de 30 millones de personas. De acuerdo a la última estimación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) existen a nivel mundial 37,7 millones de personas que vivían con el VIH en 2020, de los cuales 36 millones son

adultos y 1,7 millones son niños (hasta los 14 años), de los cuales el 53% de todas las personas que viven con VIH son mujeres y niñas. En este mismo año, 1.5 millones de personas contrajeron la infección y 680.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionados con el SIDA. En los últimos años se ha producido grandes avances en el manejo y tratamiento de personas con esta enfermedad, permitiendo que la infección por VIH sea ahora una enfermedad crónica controlable, en donde 27, 5 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en 2020 en comparación con los 7.8 millones del 2010, con estos datos vemos que cada vez más existe una mayor apertura en el tratamiento del VIH, sin embargo, es importante que exista un adecuado acompañamiento y adherencia al tratamiento para disminuir la carga viral. <sup>4</sup>

#### I.1.4. El VIH/SIDA en México

En nuestro país, de acuerdo a la ONUSIDA, desde el 31 de diciembre del 2019 y hasta el inicio de la epidemia existen 306,277 casos de VIH/SIDA notificados, de los cuales el 81.1% son hombres y 18.9% son mujeres; con una relación hombre: mujer de 4:1 hasta el año 2019. De acuerdo a las estadísticas en este año, se observa que la tendencia en el número de casos nuevos continúa aumentando, sin embargo, la incidencia de casos de SIDA se ha mantenido expresando un decremento con respecto al número de infecciones por VIH. Los estados en los que se registraron un mayor número de casos hasta el año 2019, de VIH y SIDA son: Ciudad de México con 44,345 de casos; correspondiendo al 14.5%, Estado de México con 30,490 casos; correspondiendo a un 10%, Veracruz con 9.4%, Jalisco con 5.7% y Chiapas con 5.1%. El grupo de edad más afectado son los que se encuentran entre los 15 a 24 años, con un incremento del 104.2% entre 2010 y el 2019. La vía de transmisión hasta el año 2019 correspondió a un 96% por vía sexual, 2.4% a la vía sanguínea y 1.6% a la vía de transmisión perinatal. Por otro lado, la mortalidad en 2018 fue de 4,995 defunciones, donde el grupo de edad de 25 a 44 años se registró un mayor número de defunciones comparada con otros años, documentándose alrededor de 2,937 defunciones, con una tasa de mortalidad en este grupo de 7.9 por 100,000 habitantes. <sup>5</sup>

El comportamiento de la infección por VIH en México ha permanecido estable en los últimos años, indicando que el principal medio de transmisión es mediante relaciones sexuales sin protección, siendo responsable del 95.2% de las infecciones. Otra vía de transmisión es el uso de drogas inyectables, la cual es más frecuente en los estados que se encuentran en la frontera de México. El principal mecanismo de transmisión del VIH es por medio de transmisión sexual, ya sean vaginales o anales, siendo estas las zonas que se ven expuestas por el virus. <sup>6</sup>

La transmisión de hombre a mujer durante la relación sexual es de dos a cuatro veces más probable que la transmisión de mujer a hombre, debido a que existe en las mujeres una mayor zona de exposición, además que la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales. Esto se debe a que, en la vagina, el exocervix y el prepucio, histológicamente están formados por epitelio escamoso, con uniones semipermeables, ocasionando una entrada con mayor facilidad para agentes patógenos o moléculas de gran tamaño. <sup>7</sup>

Las mujeres transgénero, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y sus parejas sexuales, se consideran una población de riesgo, debido a que en esta población se representan al 47% de las nuevas infecciones por VIH, existiendo 27 veces más el riesgo de contraer VIH que la población general. A nivel mundial, el número de caso por infección de VIH en hombres ocurre por prácticas sexuales con otro hombre presentando hasta en un 62%.<sup>8</sup>

En nuestro país, las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) representan el 0.06% de la población. Este grupo social se enfrenta cada día con situaciones relacionadas con discriminación, relacionándose con estereotipos y prejuicios sobre el VIH. CONAPRED entre 2012 y 2018, analizó un total de 301 casos relacionados con actos de discriminación hacia las personas con VIH, teniendo como resultado que el 41% fueron discriminadas en su trabajo y en un 31% en el ámbito de la salud, reflejándose la desinformación, los prejuicios y la estigmatización relacionada con el VIH y SIDA, haciendo que se vuelva uno de los principales obstáculos en esta comunidad para poder gozar plenamente de sus derechos humanos. <sup>9</sup>

### I.1.5. Situación del VIH/SIDA en el Estado de México

A nivel estatal, de acuerdo al Sistema de Administración Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR) en 2020, existían alrededor de 8,942 casos, de los cuales 7,356 correspondían al género masculino y 1,586 al género femenino. Siendo atendidos el mayor porcentaje por el Instituto del Seguro Social Delegación Oriente con un total de casos de 5,490 con un porcentaje del 34%, donde 4,831 pacientes se encontraban en tratamiento antirretroviral y solo 659 no se encontraban bajo tratamiento, observando que la mayor cantidad de los casos registrados se encuentran bajo tratamiento antirretroviral. El número de defunciones por VIH en el Estado de México en el 2020, según el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, fue de 193 decesos, con una tasa de mortalidad del 1.2, teniendo un menor número de defunción en comparación al 2019 que eran de 480 decesos. Los municipios con mayor incidencia de casos son: Ecatepec (22.5%), Nezahualcóyotl (20.7%), Toluca (17.6%), Cuautitlán (9.8%), Naucalpan (7.9%), Tlalnepantla (6.6%), Atizapán (6%), Chalco (5.3%), Ixtapaluca (3.6%). La tendencia de mortalidad del VIH/SIDA influyen un gran número de condiciones tanto biológicas, psicológicas y sociales, las cuales encontramos: la condición de derechohabiente, abasto de tratamientos antirretrovirales, responsabilidad del enfermo, acciones de detección oportuna, etc. Con los datos mencionados observamos que tanto el número de casos nuevos y las defunciones han disminuido considerablemente, esto se debe a la extensión y globalización de las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y al uso de tratamientos actuales, los cuales nos acercan cada vez más al control de esta pandemia.<sup>10</sup>

### I.1.6. Infradiagnóstico y diagnóstico tardío

Un diagnóstico precoz evitaría las complicaciones asociadas a enfermedades oportunistas, otorgando a los pacientes un beneficio para su salud, además de frenar la transmisión del VIH, mediante la adquisición de medidas preventivas y por tener cargas virales indetectables, gracias a un tratamiento oportuno, en el ámbito económico, disminuiría los costos asociados a corto-medio plazo. Sin embargo, el infradiagnóstico sigue siendo un problema que se presenta en la actualidad,

estimando que la proporción de las personas con VIH no diagnosticado es del 18%, incrementando el riesgo 3.5 veces más de los ya han sido diagnosticados, alcanzando hasta el 50% de los nuevos casos diagnosticados. Otra de las dificultades que se presenta cuando se realiza la detección es que la mitad de los diagnósticos que se realizan son tardíos, encontrándose niveles de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico con conteos inferiores a 350 células/  $\mu$ l, produciendo en el individuo una peor evolución, disminución en la esperanza de vida, en calidad de vida y mayor coste institucional. Algunas de las acciones que se pueden realizar para mejorar el diagnóstico de esta enfermedad pueden ser: Formación y sensibilización de los profesionales de salud; deconstruyendo estigmas, ofreciendo una educación sexual guiada. Realización de la historia de hábitos sexuales; donde se identifiquen prácticas sexuales de riesgo, realizando diagnósticos tempranos. Incluir en la participación de otros campos de la salud para la realización de tamizajes y la implementación de la educación sexual-afectiva. <sup>11</sup>

Las pruebas de diagnóstico más difundidas y utilizados para el diagnóstico de VIH se dividen en indirectas; las cuales muestran la respuesta inmunitaria del afectado, en donde encontramos; las pruebas rápidas Ac, ELISA de tercera generación, inmunofluorescencia indirecta (IFI) y Western Blot (WB). Las pruebas directas son las que muestran la presencia de virus o sus constituyentes, en las cuales están; pruebas rápidas Ag/Ac, antigenemia p24 y ELISA de cuarta generación.<sup>12</sup>

Las personas con VIH son consideradas como grupo vulnerable, debido a las consecuencias que contrae su enfermedad y por el abandono y discriminación que contrae su diagnóstico. Al considerarse como una enfermedad crónica requiere de un sistema sanitario que no sólo trate la enfermedad, sino que ofrezca un apoyo integral, promoviendo a las personas con esta condición a optar por el tratamiento como un derecho fundamental, con la seguridad que recibirá un cuidado y acompañamiento humanizado, siendo el sistema sanitario el primer sector que discrimina y juzga, ocasionando barreras en la persona con VIH para acudir a su diagnóstico y tratamiento oportuno. Por lo que se requiere estrategias de capacitación al personal sanitario que incluye además de los aspectos técnicos

procedimentales asociados a la enfermedad, una capacitación que desarrolle actitudes enfocadas en la biótica y los derechos humanos. <sup>13</sup>

### I.1.7 Tratamiento antirretroviral

Los principales motivos para iniciar el tratamiento antirretroviral en pacientes con infección de VIH son; la reducción de la morbilidad y mortalidad, la recuperación y preservación de la función inmunológica y la prevención de la transmisión. El inicio del tratamiento antirretroviral se indica para todas las personas con diagnóstico de VIH, independientemente del conteo de células CD4, con la presencia o no de síntomas. Antes de iniciar el tratamiento con antirretrovirales se debe informar a la persona de que el VIH es una enfermedad controlable, la cual con una adecuada adherencia al tratamiento la calidad de vida es igual a la de una persona sin la enfermedad, indicando los beneficios de estrategias que ayuden a optimizar los objetivos con la terapia antirretroviral y las opciones terapéuticas que se ajusten al estilo de vida, comorbilidades y las posibles interacciones, valorando el riesgo a la mala adherencia. La morbilidad y mortalidad que el VIH produce se realiza mediante tres vías: la inmunodeficiencia, daño a órganos blanco y daño a estos órganos por inflamación crónica. El inicio del tratamiento antirretroviral debe ser individualizado, relacionado con las cifras de linfocitos CD4+ y la carga viral, que, de acuerdo a las diferentes guías, se realiza mediante la combinación de dos o tres fármacos. Las terapias triples incluyen dos inhibidores de transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIAN) asociados a un inhibidor de integrasa (INI), o a un inhibidor transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN), o un inhibidor de proteasa (IP), con las combinaciones mencionadas se puede conseguir una carga viral inferior a 50 copias/ml en más del 85% de los casos a las 48 semanas. Se consideran como combinaciones de ITIAN de elección las formadas por FTC/TAF y por ABC/3TC, que deberían administrarse siempre que sea posible en preparados coformulados. Siendo el esquema de preferido la combinación de tenofovir/emtricitabina/efavirenz (TDF/FTC/EFV2) o la combinación de tenofovir/ emtricitabina (TDF/FTC) o abacavir/lamivudina (ABC/3TC). En caso de alto riesgo a mal apego o de resistencia viral

transmitida, se debe considerar alguno de los siguientes esquemas: TDF/FTC, ABC/3TC, atazanavir + ritonavir (ATV + r) o efavirenz + ritonavir (DRV+r).<sup>14</sup>

## I.2 Adherencia al tratamiento

La falta de adhesión a los medicamentos sigue siendo uno de los principales retos de la comunidad mundial de la salud, en donde de acuerdo a diferentes investigaciones se observa que la falta de adherencia al tratamiento como un proceso multifactorial, arrojan hasta 200 variables relacionadas con la adherencia, por lo que, para realizar una intervención exitosa, resulta una tarea sumamente complicada. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona (toma del medicamento, seguimiento del régimen alimentario y ejecución de los cambios del estilo de vida) corresponde con las recomendaciones otorgadas por el asistente sanitario. La adherencia al tratamiento abarca un conjunto de conductas, considerándose como un fenómeno múltiple y complejo, definiéndose como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, existiendo de tal modo una participación tanto del paciente como del médico, con el fin de la recuperación de la salud.<sup>15</sup>

### I.2.1. Adherencia al tratamiento antirretroviral

Según el Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA y el Plan Nacional sobre el SIDA (PNS) se define como adherencia a la capacidad que tiene el paciente de involucrarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, el cual permita mantener el cumplimiento del mismo, con la finalidad de conseguir una disminución en la replicación viral. Considerándose como un proceso complejo que involucra todas las etapas del paciente; desde el conocimiento del diagnóstico, su aceptación, la concientización de la necesidad del tratamiento, la motivación, entrega, entrenamiento y cumplimiento para realizar el tratamiento correctamente.<sup>16</sup>

La adherencia al tratamiento no es el objetivo, es más bien, el medio por el cual se busca una eficacia en la terapéutica establecida, la cual puede ser evaluada

mediante parámetros clínicos y de laboratorio como lo son: la carga viral y el conteo de CD4, previniendo la formación de resistencia por parte del virus a los antirretrovirales. El seguimiento en la atención del VIH necesita abordar las diferentes barreras que impiden en la vinculación inicial con el tratamiento antirretroviral, la retención y la reincorporación de los pacientes con mal apego o abandono al tratamiento. Siendo un proceso en el cual se necesita de un compromiso mutuo por el paciente y por el servidor de la salud para llegar a las metas establecidas, disminuyendo la carga viral y aumentando el conteo de CD4, trayendo consigo una disminución de la morbimortalidad y una mejor calidad de vida. <sup>17</sup>

En el año de 1997 fue introducido el tratamiento antirretroviral (TAR) en México para los derechohabientes de la seguridad social estatal y paraestatal y en el 2003 para trabajadores del sector informal, conduciendo a una disminución de la mortalidad en 32% en el periodo comprendido de 1997 a 2011, reduciendo así la mortalidad y, aumentando la calidad de vida en personas con esta enfermedad. La adherencia al tratamiento antirretroviral, no sólo consiste en el consumo diario de un fármaco, sino también consiste en una variable dependiente, en la cual influyen diferentes factores que pueden o no afectarla, siendo estos difíciles de enumerar. Algunos que podemos identificar son los factores sociodemográficos, los cuales incluyen: edad, género, nivel educativo, estrato social, orientación sexual, relación familiar, acercamiento con sistema de salud. Factores cognoscitivos como: grado de conocimiento de la enfermedad, expectativa al tratamiento antirretroviral, responsabilidad en el seguimiento del tratamiento, etc. Factores psicológicos: estado anímico asociado al diagnóstico y convivencia con la enfermedad, presencia de depresión, la cual puede influenciar en el consumo de bebidas alcohólicas o de sustancias psicoactivas. El consumo adecuado del tratamiento antirretroviral es de suma importancia ya que disminuye la replicación viral y un sistema inmune funcional. Para que exista una disminución de la carga viral se necesita de estricta adherencia al mismo, por lo que es importante identificar cuáles son los factores que provoca en la persona con VIH/SIDA un desapego en su tratamiento.

Identificando a individuo con la enfermedad como una entidad biopsicosocial la cual necesita de un tratamiento integral para abordaje de su enfermedad. <sup>18</sup>

La adherencia al tratamiento antirretroviral superior al 95%, ha demostrado suprimir adecuadamente la carga viral, como también se ha comprobado que una adherencia del 90%, se han obtenido cargas virales indetectables en 81% de los pacientes. La falla virológica se presenta con una adherencia del 80-94%, aumentándose cuando la adherencia es menor al 80%. Señalando que para que exista una disminución de la carga viral y del aumento de la cifra de los linfocitos CD4, se necesita un alto porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral, el cual se considera como un fenómeno que se vincula con factores relacionados al ser humano, los cuales comprende factores individuales y sociales, por lo que brindar una información completa de su enfermedad y del tratamiento genera una adecuada adherencia, obteniendo mejores resultados y descenso de la carga viral de salud. <sup>19</sup>

#### I.2.2. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento

Con la adquisición de medicamentos antirretrovirales, la adherencia al tratamiento antirretroviral adquiere una gran relevancia, ya que, de acuerdo a su adherencia repercute en el sistema inmunológico y la calidad de vida de las personas infectadas. Por lo que se han identificado los factores que influyen en la adherencia al tratamiento con antirretrovirales. Clasificándose en factores personales los cuales están relacionados con las características sociodemográficas y los aspectos cognitivo-emocionales, donde los sentimientos durante el diagnóstico y los estigmas, propician una limitación en las relaciones interpersonales del sujeto, alterando su vida cotidiana y la relación con sus terceros. El sentimiento de miedo de contagiar, como del proceso de la enfermedad y el conocimiento de terceros de su estatus, puede ocasionar sentimientos de rechazo, rencor o depresión, asociado a cualquier actividad que se encuentre relacionada con el VIH, incluyendo en su medicación. Asimismo, la personalidad del paciente, juega un papel importante en el actuar de su tratamiento. En donde un perfil optimista, una buena autoestima,

capacidad de autocontrol y capacidad de afrontar su diagnóstico se han considerado como factores positivos. <sup>20</sup>

Los escasos recursos y el bajo nivel educativo, propicia en el menosprecio de la enfermedad y en el tratamiento, conduciendo a olvidos y rechazo de la medicación debido a creencias y actitudes adquiridas por la sociedad. Los factores del equipo asistencial están relacionados a la falta de recursos tanto de personal como de medicamentos, la atención masificada e impersonal que propicia una deficiente relación del personal sanitario y el paciente. Los factores relacionados con el tratamiento se dividen en: los efectos adversos, el número de dosis y la falta de adaptación a las necesidades del paciente, que propician en el rechazo y en la falta de adhesión a las necesidades del sujeto. En los factores interpersonales están: el apoyo sociofamiliar, autoestigma y estima sociofamiliar percibido, los cuales se representan en el apoyo y comprensión por la familia y la sociedad, disminuyendo el autoestigma y normalizando el proceso de la enfermedad. La aceptación y la actitud frente a la enfermedad, desarrolla comportamiento que favorecen a la adherencia al tratamiento, desarrollando hábitos de autocuidado y nuevos estilos de vida, en los cuales se le da la importancia de una buena adherencia y las consecuencias sobre el proceso de la enfermedad. El apoyo familiar y social se considera un factor determinante en el tratamiento del paciente con VIH, mejorando las habilidades de afrontamiento y compromiso ante su enfermedad. Con lo anterior observamos que la adherencia al tratamiento no sólo se refiere a la administración del tratamiento, sino más bien, es un proceso muchos más complejo, en el cual se involucran factores biológicos, psicológicos y sociales, de los cuales pueden influir positivamente o negativamente en la adherencia al tratamiento de la persona con VIH. <sup>21</sup>

Los resultados de la investigación de Pérez en 2020, refiere que de acuerdo al tiempo tratamiento con antirretrovirales, la diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ,  $F = 28,36$ ), dando como conclusión que a mayor tiempo de tratamiento con TRAGA, se asocia a baja adherencia antirretroviral. Donde la pobre

adherencia terapéutica se encuentra más frecuente, en este estudio, en personas con varios años bajo tratamiento en diferencia con los que lo inician recientemente.<sup>22</sup>

De acuerdo a la investigación realizada por Plascencia de la Torre en el 2019, los resultados indican que existe una relación positiva entre la adherencia al tratamiento antirretroviral con la autoeficacia ( $r=.750$ ;  $p=.000$ ) y el apoyo social ( $r=.462$ ;  $p=.020$ ), los cuales indican que a la existencia de una mayor autoeficacia y apoyo social se relaciona positivamente con una adecuada adherencia al tratamiento, considerándose, así como dos factores protectores para la adherencia a antirretrovirales. Por otro lado, el estrés ( $r=-.543$ ;  $p=.005$ ) y la depresión ( $r=-.544$ ;  $p=.005$ ) tienen una correlación negativa de la adherencia, refiriéndose a que mayores niveles de estrés y depresión será menor la adherencia a antirretrovirales. Con estos resultados observamos cómo los factores personales y sociales influyen de manera significativa en la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, además de la necesidad de programas que ayuden a reforzar la autoeficacia, manejo del estrés, ansiedad y depresión, además de la búsqueda de apoyo, otorgando una atención integral, que asegure un tratamiento interdisciplinario y una recuperación total del paciente.<sup>23</sup>

En la investigación realizada por Pérez y Viana en el 2020. Refiere que el vínculo de pareja y la adherencia terapéutica, tiene una diferencia significativa con un valor de  $p < 0.05$ , donde la falta de pareja en esta investigación se establece como un factor riesgo para una mala adherencia antirretroviral. Además, que en esta misma investigación refiere que la disfunción familiar tiene una significancia significativa, como factor de riesgo para una mala de adherencia terapéutica con un  $p < 0.05$ . Sin embargo, para que exista una adecuada adherencia ésta puede estar influenciada con el grado de adaptabilidad y de las redes de apoyo sociales, en las cuales se incluyen: la familia, los amigos, compañeros de trabajo, compañeros de la escuela y el apoyo de las instituciones de salud.<sup>24</sup>

### I.3. Bienestar psicológico

El estudio del bienestar en el ramo de la psicología se origina en los años sesenta en donde, se distinguían dos grandes tradiciones: Uno relacionado con la felicidad, denominada como tradición hedónica, y otra relacionado con el desarrollo del potencial de la persona, tradición eudemónica. De acuerdo a Ryff, el termino de bienestar psicológico centra su atención en el desarrollo personal de la persona, en el estilo y forma de hacer frente a los retos vitales, con el objetivo de conseguir una meta. Para Ryan y Deci, interpretan al bienestar psicológico como el proceso y obtención de valores que hacen al individuo a sentirse vivo y auténticos, haciéndolos crecer como personase individuos, otorgándoles las herramientas para afrontar las dificultades presentadas en a lo largo de su vida. <sup>25</sup>

El estudio del bienestar psicológico ha adquirido una importancia en los últimos años, ya que se relaciona con el desarrollo y la potenciación del individuo. En donde los individuos felices tienden a tener un mejor desenvolvimiento social, teniendo como consecuencia mejores expectativas y dominando su entorno. El bienestar psicológico se centra en el esfuerzo del individuo para lograr el desarrollo de sus potencialidades. En el estudio realizado por Gutiérrez y Marrero mencionan que la autoaceptación fue explicada por la autoestima y el neuroticismo ( $F(8,665) = 149.71$ ,  $p < .0001$ ). Teniendo como resultado que las personas con más edad mostraban mayor bienestar subjetivo y psicológico, las cuales experimentaban más emociones negativas. Además, que la actividad laboral contribuye con el bienestar psicológico el cual promueve emociones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, la autoaceptación y el propósito en la vida. <sup>26</sup>

#### I.3.1 Factores relacionados al bienestar psicológico

El bienestar psicológico como estudio eudamónico, se centra en la forma en la que la persona se desarrolla y afronta sus retos vitales, considerando el estilo y la forma, así como el esfuerzo y la convicción de conseguir sus metas. De acuerdo a diferentes estudios un nivel alto de bienestar psicológico se encuentra asociado con relaciones sociales y entornos sociales estables, que le permite desarrollarse en un medio confiable, el cual le permite explotar sus actitudes, intereses y valores, que

le permitirá satisfacer sus necesidades personales y afrontar sus problemas, logrando tener un crecimiento como persona. Un modelo teórico refiere que el bienestar psicológico se conforma por seis componentes, los cuales son: la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, la autonomía, el dominio del entorno, su propósito de vida y el crecimiento personal.<sup>27</sup>

Para Ryff, el bienestar psicológico se compone de seis dimensiones: Autoaceptación, que es el conocimiento y la aceptación de las habilidades y limitaciones. Las relaciones positivas, la cual se define como la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas y tener vínculos de confianza. Autonomía, la cual permite que la persona puede concebirse viviendo de acuerdo a lo cree, manteniendo en todo momento su independencia y autoridad. Dominio del entorno, la cual hace referencia a la capacidad de poder elegir y crear en ambiente el cual favorezca su convicción para obtener los objetivos establecidos. Propósito de vida define como la capacidad de uso de sus potencialidades perfeccionándolos en cada vivencia o experiencia. Crecimiento personal, el cual implica el uso que la persona hace de sus potencialidades y cualidades. Siendo así la capacidad de evaluación que hace la persona de sus expectativas y las metas alcanzadas en las diferentes áreas de su vida, incluyendo su trabajo, familia, salud, relaciones interpersonales y afectivas. La cual se relaciona con aspectos particulares como su funcionamiento personal la cual repercute de manera positiva o negativa en su funcionamiento psicológico y social, siendo así un proceso que se retroalimenta entre sí.<sup>28</sup>

### I.3.2 Bienestar subjetivo, inter e intrapersonal

El bienestar subjetivo se ha relacionado con características propias de la personalidad como la extraversión, el optimismo, la autoeficacia, autoestima, capacidad de adaptación, determinación de metas y el afrontamiento al estrés. Para Bar-On, el bienestar subjetivo se caracteriza con la expresión de sentimientos positivos y con la felicidad, las cuales se ven reflejadas con un estilo de vida saludable y el desarrollo del bienestar. Actualmente se ha evidenciado el papel del bienestar subjetivo como factor protector ante situaciones de adversidad y facilitador

de salud, así como factor de bienestar y del desarrollo de recurso personales que incrementan la competencia social. En donde de acuerdo a la teoría de Fredrickson, las experiencias emocionales positivas a lo largo de la vida, tiene un efecto el cual amplía la formulación de pensamientos y acciones, los cuales contribuyen con la creación de recursos adaptativos. Las emociones positivas impulsan la expresión de la creatividad, el autoconocimiento, la interpersonalidad, los cuales promueven un conocimiento situacional, actitudes resilientes y como resultado final un estilo de vida saludable. Por otro lado, la felicidad, se logra principalmente por tres vías: la buena vida, el compromiso y la vida plena de sentido. Las cuales influyen en el desarrollo y fortalecimiento del carácter, relacionándose con la esperanza, el optimismo, entusiasmo y amor. Generándose así una adecuada relación interpersonal con adecuadas participaciones de actividades sociales. <sup>29</sup>

Dentro del bienestar subjetivo podemos encontrar el desarrollo de las inteligencias personales: la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal. Estas inteligencias se relacionan estrechamente, donde la inteligencia interpersonal nos permite el relacionamiento emocional con otras personas, mientras que la inteligencia intrapersonal permite que trabajemos de forma efectiva en y con nosotros. La inteligencia interpersonal e intrapersonal , tiene un papel importante en la toma de decisiones, las cuales pueden tener un impacto en la bienestar psicológico y social de persona por lo que se necesita de un desarrolla de la inteligencia intrapersonal e interpersonal, para que el individuo confié en sus recursos internos y en las relaciones de las personas que lo rodean, para que al presentarse una adversidad conozca y aplique estos recursos para dirigirlos a conductas saludables y resilientes. <sup>30</sup>

### I.3.3 Bienestar social

Es el conjunto de factores que permiten a un individuo a experimentar la santidad de sus necesidades objetivas y subjetivas, permitiendo que la persona experimente sentimientos de tranquilidad y satisfacción. De tal manera, la satisfacción social se relaciona con el bienestar económico, el cual permite al individuo a estar bien

nutrido, a una buena salud, condiciones de vivienda digna y educación, que hacen su existencia sea más tranquila y satisfactoria. <sup>31</sup>

El bienestar social se observa en diferentes aspectos en la vida social de la población como el acceso a la educación, salud, alimentación vivienda, diversiones, entre otras cosas. De acuerdo a aspectos sociales se relaciona con el acceso al sistema de salud, la libertad de decisión, igualdad, justicia social, un medio ambiente saludable y realización personal. Siendo esta una percepción de la organización y funcionamiento del mundo social, el cual incluye la preocupación de lo que sucede en su entorno y como lo afecta. Dentro del estudio por se encuentra que la satisfacción de la vida y el bienestar social, tiene una correlación positiva significativa, resaltando la importancia de estar y sentirse perteneciente a un grupo y a una comunidad. <sup>32</sup>

#### I.3.4 Bienestar psicológico en VIH

La progresión de la enfermedad del VIH continúa progresando a pesar de la introducción de antirretrovirales, en donde los factores psicológicos pueden ser la diferencia inmunológica entre los individuos adherentes y no adherentes al tratamiento antirretroviral. En diferentes investigaciones se ha expresado que el estrés psicosocial es un factor clave que tiene repercusiones en la función inmunológica deficiente de la persona que viven con VIH. Por otro lado, las personas con diagnóstico de VIH se ven afectadas desproporcionadamente por factores estresantes comparado con la población general, las cuales se enfrentan además de factores estresante propios de su enfermedad, como son el estigma y discriminación social. Los factores psicosociales negativos rara vez se experimentan de forma aislada en las personas con diagnóstico de VIH, donde la concurrencia de episodios de depresión, estrés, soledad y estigma pueden acelerar la progresión de la enfermedad. En la investigación realizada por Rendina en 2019, el cual identifica al estigma del VIH como uno de los principales factores psicosociales que se encuentra asociado con el por el porcentaje de linfocitos CD4, donde el estigma más bajo por el VIH se asoció de forma independiente con un mayor porcentaje de CD4. Con esto observamos como los factores sociales influyen

de manera positiva o negativa la percepción que tiene la persona con VIH de sí misma, la cual repercute en la toma de decisiones y en el afrontamiento de su enfermedad, en donde las intervenciones psicológicas pueden optimizar la salud de este grupo, teniendo como resultados un mayor beneficio físico, mental e inmunológico.<sup>33</sup>

En diversos estudios se ha demostrado como las personas que viven con VIH experimentan mayores índices de trastornos de salud mental, siendo afectadas de manera equitativamente, independientemente de la forma de adquisición y del subgrupo al que pertenecen, tales como los jóvenes con VIH perinatal o adquirido, homosexuales, mujeres indígenas, personas con uso de drogas inyectables y adultos mayores. En un multiestudio realizado en 2800 personas con VIH, 36% de esta población presente depresión mayor y el 15.8% presentaban trastorno de ansiedad generalizado. En el último año se ha presentado un incremento del 32% en padecimientos relacionados con la salud mental. Existen un mayor porcentaje de estos padecimientos en las personas con diagnóstico de VIH, teniendo el doble de riesgo de padecer ansiedad o depresión. Debido a la gran relación de la salud mental y los problemas de salud en la población con VIH, existe una necesidad de atención de salud mental y psicológica, la cual debe de ser integrada en la atención continua de las personas con este diagnóstico. La detección de problemas mentales y de conducta es insuficiente, la cual necesita de una atención oportuna e integral. El deterioro de la salud mental, reflejado como un bienestar psicológico negativo, contribuye a un pobre acercamiento a las instituciones de salud, teniendo como resultado negativo en la salud de la persona y en la sociedad, es decir una mayor carga viral, disminución en el conteo de CD4 y aumento de padecer enfermedades oportunistas. Una mayor atención en el bienestar psicológico de las personas con VIH, fortalecerá no solo la prevención y atención de esta población, sino ayudará a seguir disminuyendo la curva de la epidemia del VIH y eventualmente encontrar su fin. En donde no puede existir salud sino hay salud mental.<sup>34</sup>

### I.3.5 Bienestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral

De acuerdo a la investigación realizada por Dalmida, en una población con VIH a la cual se investigó el bienestar en las personas con VIH, tuvo como resultado que el 56.7% de la población refirió síntomas depresivos, asociado a un bienestar psicológico negativo. Teniendo como resultado en esta población una inadecuada adherencia a los antirretrovirales, así como un recuento de CD4 más bajo que las personas con un bienestar psicológico positivo. La expresión de un bienestar psicológico negativo como la depresión se asoció al sexo femenino: OR = 0,43, IC del 95 % = 0,23 a 0,80), orientación sexual (gay/bisexual: OR = 1,95, IC del 95 % = 1,04 a 3,65), estado civil (soltero: OR = 0,52, IC 95 % = 0,27-0,99), satisfacción con el apoyo social (OR = 0,65, IC 95 % = 0,49-0,86) y a la religión (OR = 1,22, IC 95 % = 1,14-1,31). Observando que el rol de la sociedad y del apoyo de esta tiene un factor protector y de riesgo en esta población por lo que se necesita de un bienestar psicológico positivo para que la persona pueda desenvolverse en su medio, a pesar de la condición que padece, teniendo una adecuada apertura con la sociedad, recibiendo el apoyo que necesita para afrontar su enfermedad. <sup>35</sup>

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **II.1. Argumentación**

La infección por VIH/SIDA constituye uno de los problemas de salud pública más complejos que se ha enfrentado la humanidad y el sistema de salud. A pesar que en los últimos años han aumentado los conocimientos teóricos y prácticos sobre VIH, la epidemia a nivel mundial continúa siendo un reto cambiante y que va en aumento. Hasta el momento no existe un tratamiento definitivo, ni una vacuna que cure de manera eficaz la enfermedad. Siendo este el principal desafío del sector salud para disminuir los contagios y muertes relacionadas con esta enfermedad.

De acuerdo a la última estimación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el 2020 a nivel mundial, 1.5 millones de personas contrajeron la infección, de las cuales 680.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.

A nivel nacional en México, de acuerdo a la ONUSIDA, desde el 31 de diciembre del 2019 y hasta el inicio de la epidemia existen 306,277 casos de VIH/SIDA notificados. La mortalidad en el 2018 se registraron 4995 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.0 por 100,000 habitantes.

En la actualidad existen diversos tratamientos antirretrovirales, los cuales permiten a las personas que contraen la enfermedad, poder tener una menor mortalidad y una mejor calidad de vida. Considerando al VIH como una enfermedad crónica, se necesita que las personas sean tratadas de manera integral, en la cual se procure por la salud física, psicológica y social de esta población, con la finalidad de que exista una adecuada adherencia al tratamiento, la cual no solo se refiere a tomar la medicación de acuerdo a la dosificación programada, sino a la persistencia y los motivos psicológicos y sociales para continuar con el tratamiento a lo largo del tiempo.

Para que existe una adecuada adherencia al tratamiento y como consecuencia una disminución de la carga viral, se necesita que esta sea superior al 95%, la falla virológica se presenta con una adherencia del 80-94%, aumentándose cuando la

adherencia es menor al 80%. Señalando que para que exista una disminución de la carga viral y del aumento de la cifra de los linfocitos CD4, se necesita un alto porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral, el cual se considera como un fenómeno en el cual vincula con factores relacionados al ser humano, los cuales se ven influenciados por variables personales y sociales, los cuales pueden tener repercusiones favorables y perjudiciales en el tratamiento de las personas infectadas por el virus de VIH.

EL diagnóstico de VIH, implica un cambio radical y profundo de las personas, ya que debe de experimentar nuevos desafíos, relacionados con la aceptación y afrontamiento a su diagnóstico, el inicio del tratamiento, la discriminación y el estigma que se encuentra relacionado a esta enfermedad. Esta situación se considera como un evento con un impacto emocionalmente significativo, el cual puede ser altamente estresante para persona. El diagnóstico y control de VIH, se encuentra asociado con la experimentación de sentimientos negativos los cual se puede expresar con sentimientos de tristeza, desesperanza, preocupación, miedo, vergüenza, culpa, negación y enojo, el cual aunado a una mala autoaceptación, pobres relaciones positivas, pocos objetivos de vida y una inadecuada satisfacción personal, tienen como resultado, un bienestar psicológico negativo en la persona. Dicho efecto, de un bienestar negativo puede propiciar a una elevada prevalencia para depresión y trastornos de ansiedad. El trastorno depresivo es uno de los principales padecimientos mentales encontrado en pacientes con VIH, teniendo esta población el doble de riesgo de padecer depresión que la población en general. Por lo que la falta de identificación y el tardío abordaje se relaciona con un bienestar psicológico negativo, el cual repercute en la salud y el bienestar de las personas con VIH, asociando a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral, favoreciendo a la evolución de la enfermedad y de presentación de enfermedades oportunistas, así como la realización de actividades sexuales de riesgo, las cuales repercuten en la transmisión de la enfermedad y en la calidad de vida de la personas con VIH.

## II.2. Pregunta de investigación

Una vez explicado esto y posterior a una búsqueda bibliográfica de la importancia del bienestar psicológico en enfermedades crónicas como es el VIH/SIDA, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: **¿Existe asociación entre el nivel de bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social?**, debido a que la respuesta a esta interrogante podría generar una mejor atención en el tratamiento de las personas considerando que para lograr un éxito farmacológico se deben de considerar a los aspectos psicológicos que experimenta los pacientes en su enfermedad.

### III. JUSTIFICACION

Uno de los principales motivos de la realización de esta investigación es ampliar el conocimiento en el control y seguimiento de las personas con diagnóstico de VIH, incluyendo un manejo integral el cual se relacione con aspectos personales y como esto interactúan en su funcionamiento social y familiar, los cuales afectan de manera positiva o negativa en su aceptación en su enfermedad y en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

El médico familiar está relacionado con el contacto continuo con personas con diferentes patologías, donde debe enfocar y guiar de manera personalizada el control y seguimiento en el proceso salud-enfermedad de cada paciente. En el caso de los pacientes con VIH al considerarse una enfermedad crónica, la cual durante toda su evolución pueden sufrir eventos que pueden generar un beneficio psicológico negativo factor el que puede producir eventos relacionados con estrés, ansiedad y depresión, el cual tiene un efecto negativo en la adherencia a su tratamiento. Siendo esta la importancia de identificar cuando una persona tiene un beneficio psicológico negativo, en donde se identifique y se trate con el objetivo de modificar las conductas que tienen hacia enfermedad, aumentando su autoestima, con una adecuada red de apoyo, el cual tenga un efecto positivo en su tratamiento. Por otro lado, cuando existe un bienestar psicológico positivo, este debe de ser reforzado para motivar al paciente en el control de su enfermedad. Disminuyendo a largo plazo su carga viral y el aumento de CD4. Durante la práctica como médico familiar, puede aplicarse la escala de bienestar psicológico como instrumento para detectar el bienestar psicológico de la persona al momento del diagnóstico de VIH, aplicándose posteriormente en las ocasiones en las que acuda a consulta de familia, ya que recordemos que el seguimiento se realiza en infectología, teniendo un panorama de su bienestar psicológico en ese momento y al detectar un bienestar psicológico negativo, poder hacer la referencia a psicología o psiquiatría, siendo un proceso el cual debería de ser aplicado durante su diagnóstico y seguimiento en su tratamiento.

En la actualidad, existe poca información científica acerca de la asociación entre el nivel del bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento antirretroviral, cumpliendo con el beneficio científico de ofrecer conocimiento. El cual reconoce como el funcionamiento personal, repercute en la dinámica individual, la cual afecta su forma de pensar y como lo concibe la población, teniendo una adecuada o no al medio, el cual le permite relacionarse con su medio y con sus relaciones interpersonales, ofreciéndole el medio para desarrollarse, cumpliendo sus metas y expectativas, todo esto repercute en la forma en que afronta y acepta su enfermedad, teniendo un adecuado o inadecuado apego a su tratamiento.

Esta investigación tiene una relevancia científica ya que ayudará al personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar 64 a tener un panorama general de la situación en la que se encuentra la unidad familiar respecto al VIH, identificando al bienestar psicológico como un factor que promueve o perjudica la adherencia al tratamiento en sujetos diagnósticos con VIH/SIDA. Identificando al bienestar psicológico no solo como instrumento que mejore el funcionamiento personal, sino como un factor que genere recursos para un adecuado desenvolvimiento en su entorno y con la sociedad, utilizándolas en conjunto para enfrentar las dificultades de su vida, ampliando el repertorio de su respuesta y generando una flexibilidad de comportamientos.

El VIH/SIDA se considera como un problema de salud a nivel mundial, el cual afecta tanto a la persona con la enfermedad como a la sociedad. A lo largo de la historia del VIH se han construido un sinnúmero de prejuicios y estigmas que han provocado un rechazo y discriminación ante la comunidad con esta condición, afectando de manera negativa el bienestar de la persona, afectando de manera directa su desenvolvimiento con su entorno y la presencia de sus redes de apoyo, teniendo como consecuencia una respuesta inadecuada a su enfermedad y a su adherencia al tratamiento antirretroviral. Por lo que por medio de esta investigación se espera identificar y referir a las personas que se encuentran con un bienestar psicológico negativo, con la finalidad de mejorar su autoaceptación, crecimiento personal sus relaciones positivas y el dominio de su entorno y con esto hacer conciencia de la

importancia que ejercen en el control de esta epidemia; informando la importancia de su adherencia terapéutica y de la prevención de las actividades de riesgo. En la investigación existe un beneficio personal relacionado con el conocimiento en el bienestar psicológico personal, identificando los casos en los que se pueda presentar un bienestar psicológico negativo, con el objetivo de modificar conductas y hacer conciencia de las cualidades y habilidades que posee la persona para desenvolverse en su medio, el cual promueva el autoconocimiento de sus habilidades, de sus relaciones con la sociedad, de sus expectativas y objetivos en su vida y con esto resaltar la importancia de la necesidad de una adecuada adherencia al tratamiento y de prevención de prácticas de riesgo. Aumentando su bienestar psicológico y adherencia al tratamiento, disminuyendo a largo plazo la incidencia y prevalencia de esta epidemia.

El VIH es una enfermedad sociocultural, en la cual para una adecuada atención se involucran diferentes aspectos tanto sociales como económicos; En donde de acuerdo a diferentes estudios realizados en México, el costo promedio anual del tratamiento hospitalario y de consulta externa por paciente varió entre 3.3 y 16.9 millones de pesos, con un promedio de 7 millones. En estos pacientes, el costo de la atención ambulatoria fue de 770 mil pesos, incluido en el costo anual. Por lo que es de suma importancia optimizar la atención de los sujetos con VIH/SIDA con el objetivo de reducir complicaciones, hospitalizaciones y la morbimortalidad.

## **IV. OBJETIVOS**

### IV.1 Objetivo general:

Determinar la asociación del nivel de bienestar psicológico con la adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### IV.2 Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel de bienestar psicológico de los sujetos con diagnóstico VIH positivo.
2. Estimar la prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral.
3. Describir el perfil sociodemográfico (género, edad, estado civil y escolaridad) de los sujetos con diagnóstico de VIH positivo de la Unidad de Medicina Familiar 64.
4. Identificar el tiempo de tratamiento antirretroviral de los sujetos con diagnóstico de VIH positivo.

## **V. HIPÓTESIS**

### V.1 Hipótesis de trabajo:

Un alto nivel de bienestar psicológico positivo alto se asocia con una adherencia estricta al tratamiento antirretroviral en sujetos con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### V.2 Hipótesis nula:

No existe relación entre el nivel de bienestar psicológico positivo con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1 Diseño de estudio:

Estudio transversal, observacional, analítico. El estudio se realizó con una población de 134 sujetos con diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendidos en la clínica de VIH del Hospital Regional N. 72, Av. Gustavo Baz Prada S/N, Centro Industrial Tlalnepantla en el periodo mayo del 2022 a septiembre del 2022. Con el objetivo de saber si existe asociación entre el nivel de bienestar psicológico con la adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Técnica de muestreo:** Se empleó una técnica de muestreo de tipo no probabilístico por cuotas.

### VI.2 Criterios de selección

#### VI.2.1 Criterios de inclusión:

- Sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°64
- Sujetos mayores de 18 años
- Sujetos con autorización previa para su participación, mediante el llenado del consentimiento informado.

#### VI.2.2 Criterios de exclusión:

- Sujetos con tratamiento antirretroviral menor de 2 meses, ya que necesita de un tiempo mayor para poder evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral, pudiendo afectar el resultado obtenido.
- Sujetos que consuman o tengan adicción a alguna sustancia tóxica, ya que no permitirá distinguir los factores relacionados con el bienestar psicológico, obteniendo resultados inexactos.

- Sujetos con genotipo para VIH con resultado multirresistente, debido a que en este tipo de pacientes la adherencia al tratamiento se verá modificada.

#### VI.2.3 Criterios de eliminación:

- Sujetos que contesten de forma parcial o incompleta la encuesta

#### VI.3. Tamaño de la muestra:

Se trabajará con la población total de 134 sujetos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA, derechohabientes de la Unidad de Medicina familiar No. 64, que acudan al servicio de Infectología del Hospital Regional General No. 72, en el turno matutino o vespertino.

Se realizó un cálculo muestral usando la fórmula de dos muestras, mediante la calculadora estadística de Excel de la Unidad Epidemiológico clínica y bioestadística del Complejo Hospitalaria Universitario, estableciendo un test bilateral, con un nivel de confianza de 95%, un poder estadístico de 80%, prevalencia 1 (promedio prevalencia de autoeficiencia en pacientes con adherencia al tratamiento) de 24.6% y como prevalencia 2 (promedio prevalencia de autoeficacia en pacientes con no adherencia al tratamiento) de 8.6%, en donde se obtiene un tamaño de muestra de 134 sujetos de investigación.<sup>36</sup>

#### VI.4 Unidades de observación

Sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

##### VI.4.1 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Variable independiente: Nivel de bienestar psicológico en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA.
- Variable dependiente: Adherencia al tratamiento antirretroviral.

## VI.5 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ÍTEM
BIENESTAR PSICOLÓGICO	Resultado de la evaluación que hace la persona de sus expectativas y las metas alcanzadas en las diferentes áreas de su vida como son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de la vida, las relaciones interpersonales y las relaciones afectivas. <sup>25</sup>	Constructo que expresa el sentir positivo y el pensamiento constructivo de la persona acerca de si misma, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social.	Cualitativa bivariada	<p>Bienestar psicológico</p> <p><u>POSITIVO</u></p> <p>BAJO: 0-33 puntos</p> <p>NORMAL: 34-49 puntos</p> <p>ALTO: 50-56 puntos</p> <p><u>NEGATIVO</u></p> <p>BAJO: 0-9 puntos</p> <p>NORMAL: 10-18 puntos</p> <p>ALTO: 19-24 puntos</p>	<p>Escala de Bienestar psicológico 20 ítems</p> <p>14 ítem</p> <p>6 ítems</p>
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	Capacidad que tiene el paciente de involucrarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, el cual permita mantener el cumplimiento del mismo, con la finalidad de conseguir una disminución en la replicación viral. <sup>16</sup>	Grado de compartimiento de la persona con VIH la cual sigue las recomendaciones con cambio en su conducta.	Cualitativa ordinal	<p>Baja adherencia (<math>\leq 73</math> puntos),</p> <p>Adherencia insuficiente (74-80 puntos),</p> <p>Adherencia adecuada (81-85 puntos) y</p> <p>Adherencia estricta (<math>&gt; 85</math> puntos).</p>	El CEAT-VIH es un cuestionario diseñado por Remor (2013) de 20 reactivos.

EDAD	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. <sup>37</sup>	Años cumplidos de la persona	Cuantitativa discreta	18-22 años 23-30 años 31-40 años 41-60 años Mayores de 60 años	Cédula de identificación
GÉNERO	Atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres. <sup>38</sup>	Pertenencia e identificación individual y profunda que una persona siente con un sexo u otro.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Cédula de identificación
ESTADO CIVIL	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información. <sup>39</sup>	Condición en la que una persona con VIH de acuerdo al registro civil establece su situación legal.	Cualitativa nominal	Soltero casado Viudo Divorciado Separado Unión libre Padre/madre soltera	Cédula de identificación
ESCOLARIDAD	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. <sup>40</sup>	Nivel máximo de estudios.	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado	Cédula de identificación
TIEMPO EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e inicio de tratamiento antirretroviral hasta la actualidad. <sup>19</sup>	Duración de tratamiento de las personas infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con fármaco anti-VIH.	Cuantitativa ordinal	Menor de 2 meses, 2-6 meses, 6-12 meses, mayor de 12 meses	Cédula de identificación

## VI.6 Desarrollo del estudio

El presente proyecto de investigación fue evaluado por los comités de ética y de investigación con la expedición del número de registro R-2022-1408-023. Se procedió a solicitar el permiso para poder realizar la investigación en la clínica de VIH del Hospital Regional N° 72, Av. Gustavo Baz Prada S/N, Centro Industrial Tlalnepantla. Delegación 15, México Oriente, ya que en esta unidad hospitalaria se realiza el seguimiento del tratamiento y seguimiento de los pacientes con VIH positivo de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64, en el periodo de mayo del 2022 a julio del 2022.

La población a estudiar fueron los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64, Tequesquihuac, que son atendidos en la Clínica de VIH del Hospital Regional N° 72. La investigación se realizó en cuatro momentos para su desarrollo. En el primer momento se identificó a los sujetos con diagnósticos de VIH mayores de 18 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el segundo momento los potenciales a participantes de la investigación, se les invitó pasar a una aula con adecuada iluminación y ventilación, privada para perseverar la confidencialidad y evitar distracciones o coerción, en donde hubo una mesa y silla para cada participante, posteriormente se le informó de la naturaleza de la investigación, explicándole la importancia de la investigación, los objetivos y su metodología, en caso de que el prospecto a participante confirme su inclusión en la investigación, se le entregó un lapicero para el llenado del consentimiento informado para lo lea en su totalidad, explicándole los beneficios y los posibles riesgos de la investigación, resolviendo cada una de las dudas que se presenten, tomando una decisión libre de coerciones, respetando su autonomía de participación. Una vez aceptada su participación se les dió a firmar el consentimiento informado, se revisaron los criterios de inclusión y exclusión, asegurando que se cumplan cada uno de ellos. Posteriormente se aplicó el llenado de la ficha de identificación, recolectándose los datos sociodemográficos de la

población a estudiar; número de seguridad social sin el agregado sexo, edad, escolaridad, estado civil y tiempo en tratamiento antirretroviral.

En el tercer momento se aplicó el cuestionario de Escala de Bienestar Psicológico el cual consta de 20 ítems, el cual se califica como 1 (totalmente desacuerdo), 2 (Desacuerdo) 3 (De acuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo). Finalmente se aplicó el cuestionario CEAT-VIH el cual consta de 20 ítems, de los cuales 17 están medidos en una escala tipo Likert del 1 al 5 (ítems del 1 al 4 y del 6 al 18); el ítem 5 puede tomar tres valores (0, 1 o 2), y los ítems 19 y 20 pueden tomar dos valores (0 o 1).

Durante la aplicación de cuestionarios se resolvieron todas las dudas que se presenten en los participantes, desde su inicio hasta finalizar la prueba; así mismo se agradeció de su participación y disposición, una vez que hayan finalizado, se les otorgó un tríptico con información general del bienestar psicológico y de la adherencia al tratamiento antirretroviral.

## VI.7 Instrumentos de investigación

### VI.7.1 Escala de Bienestar Psicológico (EBP) Díaz 2006

#### VI.7.1.1 Descripción:

La escala de bienestar psicológico se compone de seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal.

VI.7.1.2 Validación: La escala de bienestar psicológico (Díaz, 2006) confiabilidad a través de Alpha de Cronbach total= 0.84.

VI.7.1.3 Aplicación: Los 20 ítems son evaluados por medio de una escala Likert valorado 4 puntos (1=Totalmente desacuerdo, 2=Desacuerdo, 3=Acuerdo, 4= Totalmente de acuerdo). Las dos dimensiones del cuestionario son divididas de la siguiente manera:

Bienestar positivo	14 ítems	Preguntas: 1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19 y 20
Bienestar negativo	6 ítems	Preguntas: 2,3, 6, 7, 14 y 17

Para la calificación se suman los puntajes de cada reactivo y se puede interpretar por factores o por puntuación.

FACTOR	BAJO	MODERADO	ALTO
Bienestar positivo	0-33	34-49	50-56
Bienestar Negativo	0-9	10-18	19-24
Bienestar Total	0-44	45-67	68-80

#### VI.7.2 Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH)

VI.7.2.1 Descripción: El CEAT-VIH es un cuestionario diseñado por Remor (2013) de 20 reactivos escala tipo Likert.

El CEAT-VIH abarca los factores moduladores (FM) de la adherencia: cumplimiento del tratamiento (FM1), antecedentes de la falta de adherencia (FM2), interacción médico-paciente (FM3), percepciones del paciente (FM4) y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos (FM5).

VI.7.2.2 Validación: El cuestionario CEAT-VIH diseñado por en 2013 validado con un alfa de Cronbach de 0.84 en población mexicana. Este instrumento presenta una adecuada fiabilidad ( $\alpha=0,706$ ).

VI.7.2.3 Aplicación: consta de 20 ítems, de los cuales 17 están medidos en una escala tipo Likert del 1al 5 (ítems del 1 al 4 y del 6 al 18); el ítem 5 puede tomar tres valores (0, 1 o 2), y los ítems 19 y 20 pueden tomar

dos valores (0 o 1). La puntuación total de la suma de los ítems da 89 como valor máximo y 17 como valor mínimo.

Con base a la puntuación global se generan cuatro categorías: baja adherencia ( $\leq 73$  puntos), adherencia insuficiente (74-80 puntos), adherencia adecuada (81-85 puntos) y adherencia estricta ( $> 85$  puntos).

## VI.8 Plan de análisis de resultados

Una vez recolectados los datos, se utilizó el programa SPSS en versión 23 para la captura de los datos, la realización de graficas se realizó por medio del programa de Excel Office.

Se utilizó estadísticas descriptivas para el análisis de datos. Para las variables cualitativas nominales se obtendrán frecuencias y porcentajes, con gráficas de sectores o circular. Las variables cuantitativas discretas se sometieron a pruebas de normalidad (Kolmogorov Smirnof) con cálculo de medidas de tendencia central (media y mediana) representadas mediante gráficos de cajas y bigotes. Las variables cualitativas ordinales, se obtendrán moda y mediana para ser representados por gráficos de pastel.

Para la búsqueda de la asociación entre el nivel de bienestar psicológico y el grado de adherencia en sujetos con diagnóstico de VIH mayores de 18 edad se utilizó la prueba estadística  $X^2$ (Ji cuadrada) de asociación para variables cualitativas, en donde el nivel de bienestar psicológico positivo se relacionó el alto nivel de adherencia terapéutica, obteniéndose frecuencias, proporciones y porcentajes, las cuales se presentan mediante graficas tablas de contingencia y graficas de barras.

## VI.9 Aspectos éticos y regulatorios

### VI.9.1 Código de Nuremberg

1. Dentro del proceso de investigación se solicitará el consentimiento informado a los posibles participantes, donde se les informará la naturaleza, el propósito, la duración, los beneficios y los posibles riesgos en su

participación. Ejerciendo y respetando su capacidad legal y voluntaria que permita su colaboración.

2. Es de utilidad para la sociedad ya que en México las personas que viven con diagnóstico de VIH representan 0.60% de la población. Este grupo social se enfrenta a situaciones de discriminación, estereotipos y prejuicios que afectan sus capacidades psicológicas, familiares y sociales poniendo en riesgo su funcionamiento personal y social, el cual repercute en la forma de afrontar su enfermedad, su aceptación, el acceso a tratamiento y su adherencia. Este tipo de investigación ayuda a la identificación del bienestar psicológico, como instrumento para identificar un bienestar psicológico negativo, para la derivación a psicológica o psiquiatría con la finalidad de recibir una atención oportuna e integral que pueda llevar a una adecuada adherencia terapéutica y así evitar complicaciones relacionadas con SIDA.
3. Se utilizarán 2 instrumentos, que han sido utilizados y validados en población mexicana. Uno de los instrumentos evalúa el bienestar psicológico el cual evalúa la apreciación positiva de la persona que tiene de sí misma, sus habilidades, la capacidad de logro de objetivos, dominio del entorno y de su vida. El otro instrumento evalúa la adhesión al tratamiento abarcando factores moduladores de la adherencia; cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, percepciones del paciente y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos.
4. La investigación será abordada de manera que se evite el daño innecesario, buscándose instrumentos que produzcan el menor daño, en el cual los participantes no experimenten situaciones de ansiedad o sentimientos negativos, manteniendo un ambiente de respeto y comprensión.
5. En la realización del estudio no existe riesgo de muerte o daño grave, ya que para su realización se emplearán cuestionarios, los cuales fueron escogidos para no producir un evento estresante durante su realización, reduciendo así el número de inconvenientes.

6. El riesgo que tiene la presenta investigación no excede la importancia humana ya que se emplearan cuestionarios, con el objetivo de relacionar al bienestar psicológico como un instrumento de detección, el cual repercute de manera positiva para la adherencia al tratamiento con antirretrovirales. Siendo que el beneficio sea mayor para el individuo y la población con VIH.
7. La investigación se realizará con los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64, los cuales son atendidos en el Hospital Regional General 72, en el servicio de infectología, donde se tomarán las medidas necesarias para proteger la confidencialidad y la integridad física y psicológica del participante.
8. La investigación será realizada por un médico de posgrado, quien estará bajo la supervisión continua de un médico asesor, el cual es especialista de medicina familiar, quien se encuentra calificado.
9. El sujeto de investigación tendrá la libertad de interrumpir su participación en el estudio, donde el principal objetivo de respetar su voluntad y autonomía. Esta interrupción podrá ser en cualquier momento de la intervención, en donde el participante pueda dar como concluida su colaboración en el momento que desee.
10. En el transcurso del desarrollo de las etapas de investigación se reflexionará si el objetivo continúa cumpliendo el objetivo de investigación, en caso de existir mayor riesgo que beneficio, la investigación se dará por terminada.

#### VI.9.2 Declaración de Helsinki

Dentro del protocolo de investigación, se busca reconocer al bienestar psicológico como factor de detección y prevención, que promueve una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, con el objetivo de mantener y proteger su integridad y de respetar sus derechos como participante de una investigación.

El protocolo de investigación será evaluado por el comité de ética e investigación, con el fin de aprobar el protocolo si ofrece un beneficio a la comunidad, que no atente con la autonomía, justicia y beneficencia de los prospectos de la investigación.

La presente investigación se protegerá la vida, la salud, la intimidad y la confidencialidad de los sujetos de investigación. La información obtenida se guardará en una base de datos la cual, donde las personas ajenas a la investigación no tendrán acceso a ella. Además, no se ocuparán datos que permitan identificar rápidamente la identidad de los participantes. La información que se obtenga de manera física se guardará bajo llave en un locker, donde solo los involucrados a la investigación puedan tener acceso a ella. Poniéndose además clave de acceso al equipo de cómputo en donde se procesarán los datos, con la finalidad de aumentar las medidas de seguridad para salvaguardar la información proporcionada.

La investigación se realizará por un médico residente de la especialidad de medicina familiar, el cual estará bajo supervisión durante todo el proceso por un especialista de medicina familiar, el cual se encuentra calificado para su realización.

La realización de las encuestas se realizará en el servicio de Infectología en el Hospital General de Zona 72; en sujetos con diagnóstico de VIH derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar 64, siendo esta la institución donde esta población es atendida.

Se tomarán todas las medidas pertinentes para que la elaboración de las encuestas se realice con el mínimo de daños posibles.

La investigación presenta un riesgo mínimo en su realización y sobresalen de los beneficios esperados, puesto que no se realizarán procedimientos invasivos, contestándose encuestas las cuales fueron seleccionados para que los efectos producidos en los participantes sean los mínimos posibles, disminuyendo considerablemente el riesgo en su aplicación.

La realización de esta investigación no presentará un gasto extra para los sujetos de investigación, en la cual se podrá identificar los factores que se asocian con el bienestar psicológico, el cual le ayudara a responder de una manera adecuada su enfermedad, aumentando con esto su tratamiento y control de su

enfermedad, disminuyendo a largo plazo sus complicaciones y aumentando su calidad de vida.

Al realizarse la investigación en una población vulnerable se tomarán todas las medidas pertinentes para cuidar de su integridad y confidencialidad, teniendo en cuenta desde los instrumentos, el espacio de su realización y un medio el cual será de respeto y tolerancia.

El beneficio de la investigación es identificar al bienestar psicológico positivo como un factor que influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH. Ya que para que exista una disminución de la carga viral, el individuo debe de tener una adherencia al tratamiento del 95% para mantener la supresión de la replicación viral. Por el contrario, la no adherencia es un motivo de incremento de ingresos hospitalarios, presentada por complicaciones por enfermedades oportunistas, las cuales ponen en riesgo a la vida del individuo. Dicho lo anterior, el beneficio es superior al riesgo probable durante la investigación, resaltando que el bienestar psicológico es importante en el proceso salud-enfermedad, evaluando aspectos personales, sociales y familiares.

El protocolo de investigación será enviado y valorado por el comité de Ética y de investigación para su aprobación y su posterior realización.

A todo probable participante en la investigación se otorgará información acerca de la investigación, la cual incluirá: los objetivos, métodos, beneficios y riesgos esperados. Además de conocer que tienen la capacidad de detener su participación en cualquier momento, sin que existan represarías contra ellos. Una vez entendida toda la información y la aclaración de las dudas, el posible participante deberá dar su consentimiento oral para posteriormente solicitará el llenado del consentimiento informado por escrito y con esto hacer oficial su participación en la presente investigación.

Para el llenado de las encuestas se solicitará el número de seguridad y social y edad y género, sin embargo, dichos datos serán protegidos, haciéndose no públicos, con la finalidad de permanecer anónima su participación.

Al identificar si existe una asociación entre el bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, se analizarán los niveles de bienestar psicológicos positivos y negativos de cada participante, identificando el grado de cada bienestar que tiene mayor representatividad, donde se notificara a los individuos con un bienestar psicológico negativo alto para notificar a su médico familiar para el envío a psicológica y de trabajo social, con el fin de mejorar su funcionamiento personal y su desenvolvimiento con su entorno, aumentando su capacidad a los adversidad, fortaleciendo sus redes de apoyo individuales, familiares y sociales y con esto mejorando su adherencia la tratamiento y el control de su enfermedad de base.

### VI.9.3 Informe de Belmont

#### 1. Autonomía:

Este principio de respeto por las personas y de autonomía se relaciona con la capacidad de una persona para decidir por ella misma. En donde se asegura que los participantes de la investigación están conscientes de las condiciones a las cuales se someterán durante la investigación, por lo que se debe de explicar los objetivos, la metodología de la investigación y los posibles riesgos de esta. Para que posteriormente el individuo pueda ejercer una decisión autónoma, libre de presiones o insinuaciones, en donde acepte o rechace la participación de la investigación. Otro aspecto importante de este principio es el respeto hacia la persona y un trato digno durante la investigación. Por otro lado, este principio también abarca a los grupos vulnerables; donde nos indica que estos grupos solo pueden participar en una investigación si el beneficio esperado es para el propio grupo, cuidando de la integridad tanto físico como psicológica de los participantes. El procedimiento formal para la aplicación de este de este principio es el consentimiento informado.

Durante la investigación con pacientes con VIH, se les hará firmar el consentimiento informado, explicándoles, el motivo, los objetivos, la metodología de investigación y los riesgos de la investigación. En donde los posibles participantes podrán ejercer

su autonomía para aceptar o rechazar la participación en la investigación, sin que exista alguna influencia o amenaza para ella. Los datos recopilados durante la investigación serán confidenciales y en el transcurso de la experimentación se tratarán con respeto, en un ambiente de confianza para que la experiencia sea lo menos perjudicial para los participantes.

## 2. Beneficencia:

Este principio supone procurar favorecer a los sujetos de la investigación, no exponiéndolos a daños y asegurando su bienestar. Los riesgos e incomodidades para los participantes deben compararse con los posibles beneficios y con la importancia del conocimiento que se espera obtener. Sin embargo, para no producir daño es necesario saber lo que es dañino, por lo que el investigador puede menospreciar las acciones que podrían ejercer un perjuicio, faltando así al principio en la investigación. Por lo que para la realización de una investigación se deben de justificar los beneficios, siendo estos mayores que los posibles riesgos a los que se pudieran exponer.

El principal objetivo de la investigación es definir la asociación del bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH. El interés del tema se debe a que los pacientes con VIH se encuentran condenados bajo estigmas estipulados por la sociedad, olvidándose que el VIH es una enfermedad crónica, en donde un paciente con un adecuado control y tratamiento tiene la misma esperanza de vida que una persona sin VIH. Con lo anteriormente descrito, surge la inquietud de como el bienestar psicológico puede influir en el individuo en su manejo y control de la enfermedad, recalcando que el control de una enfermedad crónica no solo recae en el seguimiento de las instrucciones del tratamiento, sino como un proceso que involucra aspectos psicológicos como sociales. Como beneficio de la investigación es exponer la importancia de la salud mental, el apoyo social y familiar y como la falta de alguno de estos puede conducir a complicaciones, poniendo en riesgo la vida del paciente. Siendo así mayor el beneficio que el riesgo a someter a los participantes.

### 3. Justicia:

La investigación es sobre pacientes con VIH y los beneficios son para ellos mismos. Identificando al bienestar psicológico como indicador de detección y protección del sujeto con VIH para el control y adherencia con antirretrovirales. El trato y la participación será igual para todos los integrantes de la investigación, con las mismas oportunidades y restricciones durante la experimentación. Los pacientes con VIH al ser un grupo vulnerable, el daño que podría presentarse se considera como mínimo, con el objetivo de que el paciente durante el experimento pueda percibir un ambiente de confianza y comprensión.

#### APLICACIONES:

1. Consentimiento informado: Durante en el proceso de experimentación se les entregara a los participantes el consentimiento informado por escrito; para que conozcan los objetivos, la metodología de investigación y los posibles riesgos que podrían presentar durante el proceso. Explicándoles detalladamente en que consiste la investigación y aclarando las dudas que podrían presentar para que su participación sea de ayuda para sus similares. Una vez realizada la explicación y aclarando las dudas, el posible voluntario ejercerá su principio de autonomía para decir participar o no de la investigación.
2. Evaluación del riesgo y beneficio: De acuerdo al tipo de investigación que se realizara; las encuestas no tienen un riesgo por lo que el beneficio de la investigación es mayor al riesgo que podrían presentar. Sin embargo, se les informará a los participantes que existe la posibilidad de que al realizar la encuesta puedan presentar sentimientos de culpa, estrés o tristeza, siendo estos los riesgos posibles al realizar la experimentación.
3. Selección de sujetos: Los pacientes con VIH pertenecen a una comunidad discriminada y señalada por lo que pertenecen a una población vulnerable, por lo que a todos los participantes se les proporcionara un ambiente de comprensión, respeto y tolerancia para que, durante la

realización de la encuesta, sea una experiencia lo menos perjudicial para la persona.

IV.9.4 Reglamento de la Ley General de Salud en material de investigación para salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 13. Al realizarse dicho estudio en personas como sujetos de investigación se buscará la protección de su dignidad y su anonimato, la cual se verá reflejada en la autorización y llenado del consentimiento informado, donde libremente dará su autorización de participar en el estudio de investigación. Durante la realización de este, se tratará de una forma digna, de respeto y protección de sus derechos.

Artículo 14. Los instrumentos que se usaran en la investigación son instrumentos aprobados por otros países, siendo útiles tanto para evaluar el nivel de bienestar psicológico positivo o negativo, así como el grado de adhesión a la terapia antirretroviral. Con la finalidad de asociar al bienestar social positivo y adherencia al tratamiento antirretroviral. Identificando al bienestar psicológico como determinante para la adhesión al tratamiento antirretroviral.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad de los sujetos de investigación, donde no se solicitará información que pueda comprometer su anonimato, pidiendo solo el número de seguridad social sin agregado, edad y sexo. Sin que exista fuga de información por terceras personas.

Artículo 17. La investigación presenta un riesgo mínimo para el individuo ya que para su realización se hará mediante encuestas, disminuyendo de manera considerable los posibles riesgos que puedan padecer los participantes.

Artículo 18. La investigación podrá ser suspendida en cualquier momento en el que el participante lo manifieste, respetando su autonomía y decisión, sin recibir ningún tipo de represalia.

Artículo 21. A todos los participantes de la investigación se les solicitará, la autorización y llenado del consentimiento informado de manera escrita, en el cual se hará conocer de la justificación, objetivos de la investigación, método de investigación, el contenido de los instrumentos empleados, riesgos y beneficios de

su participación. Al considerarse una investigación sin riesgo, se pretende que los sujetos participantes no corran riesgos que pueda ocasionar algún daño o lesión, donde el objetivo sea asociar el bienestar psicológico con la adherencia al tratamiento.

Artículo 22. El consentimiento será realizado por escrito, el cual elaborará el médico residente, con previa autorización por el comité de ética, este se realizará por duplicado entregándose al sujeto de estudio y uno al investigador. El consentimiento será firmado por el sujeto de investigación y dos testigos. En caso de que el sujeto de investigación no pueda firmar, se le solicitara dar su aprobación mediante la impresión de huella digital.

**IV.9.5** Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Apartado 6. Para poder obtener la aprobación así como el número de registro del protocolo de investigación este se hará con los requerimientos mínimos como son: el título del protocolo de investigación, marco teórico, definición del problema, antecedentes, justificación, hipótesis, definición del problema, antecedentes, justificación, hipótesis, objetivo general, objetivo específicos, material y método, diseño metodológico, criterios de inclusión y exclusión, captura de resultados, análisis e interpretación de la información, referencias bibliográficas, nombre y firma del investigador principal y anexos. Para poder ser admitido el protocolo de investigación; previamente se presentará con el comité de ética y de investigación, con el propósito de mostrar la utilidad y el propósito de la investigación, otorgando un beneficio a la comunidad en donde se realizará la experimentación.

Aparatado 7. Una vez que el protocolo de investigación sea aprobado por el comité de ética y de investigación se iniciará la ejecución del mismo, respetando la autonomía, beneficencia y justicia de los sujetos de investigación, obteniendo resultados para su análisis e interpretación, al termino se hará una tesis que tendrá los resultados obtenidos, entregándose un informe final de la investigación.

Apartado 8. Se realizará en el Hospital General Regional 72, con previa autorización proveniente de la sede del residente, tomando como posibles participantes aquellos que acudan a la consulta externa de Infectología, seleccionando a los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64 con diagnóstico de VIH, en donde se realizaran las encuestas, en un lugar con todas las medidas para su llenado.

Apartado 10. La investigación se realizará por un médico residente de medicina familiar, el cual estará orientado y supervisado por un especialista de medicina familiar, capacitado con aptitudes y actitudes para el seguimiento y supervisión.

Apartado 11. Durante la realización de la investigación, se comentará a los posibles participantes del protocolo de investigación, los objetivos, el método, los posibles beneficios y su realización, una vez comprendido el contenido de la investigación, se solicitará el permiso para su participación, una vez aceptado se solicitará el llenado del consentimiento informado por escrito. Con la primicia de que se respetará la decisión del sujeto y no existirá ninguna represalia al no querer participar de la investigación, respetando en todo momento su autonomía.

Apartado 12. Toda la información que se obtenga de los sujetos de investigación, se maneja de manera anónima y confidencial. En donde solo se solicitará el número de seguridad social sin agregado, edad y sexo, con el objetivo de disminuir el reconocimiento de su identidad por personas ajenas a la investigación. La base de datos será solo de uso por el investigador y asesor, teniendo un control de las personas capaces de tener contacto con la información.

#### IV.9.6 Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos

Pauta 1. Valor social y científico, y respeto de los derechos. El objetivo principal del protocolo investigación es identificar como bienestar psicológico positivo repercute en la adecuada adherencia al tratamiento. Ya que en el país existe 270 mil personas con VIH; las cuales el 70% conocen su status y el 60% se encuentran en tratamiento con antirretrovirales, sin embargo, para que exista una disminución de la carga viral,

se necesita de una adherencia del 95%. El protocolo de investigación pretende identificar el tipo y nivel de bienestar psicológico del sujeto con VIH, identificando al bienestar psicológico como un factor de detección y protección para una adecuada adherencia terapéutica, con el objetivo de reforzarlos para generar un adecuado control de su enfermedad, aumentando el conteo de CD4 y disminuyendo su carga viral, mejorando su calidad de vida y previendo complicaciones relacionadas con el SIDA.

Pauta 3. Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación. En la investigación participaran aquellas personas mayores de 18 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64 con diagnóstico de VIH. La selección de los individuos será de mediante los criterios de exclusión. Los sujetos de investigación serán elegidos entre los derechohabientes que acuden a su consulta en el servicio de Infectología, en ambos turnos, con la finalidad de que todos obtengan las mismas oportunidades para participar en la investigación.

Pauta 4. Posibles beneficios individuales y riesgos de participar en una investigación. Con esta investigación se pretende identificar al bienestar psicológico como factor de detección y protección que aumenta la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Pauta 6. Atención de las necesidades de salud de los participantes. Se identificarán al bienestar psicológico como un método de detención de salud mental en las personas con diagnóstico de VIH el cual puede tener repercusiones positivas o negativas en la adherencia la tratamiento, siendo un instrumento que valore el bienestar psicológico durante la detección de la enfermedad y el tratamiento, ya que no se tiene una valoración psicológica en el momento del diagnóstico ni durante el tratamiento ofreciendo una forma de referencia al servicio de psicología o psiquiatría para los individuos que lo necesiten, mejorando su tratamiento y su comportamiento.

Pauta 7. Involucramiento de la comunidad. Se realizará la investigación en el Hospital General Regional 72, tomando como posibles participantes aquellos que

acudan a la consulta externa de Infectología, seleccionando a los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64 con diagnóstico de VIH.

Pauta 8. Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación. El protocolo de investigación será evaluado tanto por el comité de ética como por el comité de investigación para su aprobación y su posterior realización.

Pauta 9. Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado. A todos los participantes se les dará toda la información relacionada con el protocolo de investigación, explicándose los objetivos, el método, los riesgos y beneficios de su participación. Posteriormente se aclararán las dudas que se puedan presentar, interrogando si comprendido la información para que libremente y voluntariamente acepte o rechace la propuesta de participar en la investigación.

Pauta 10. Modificaciones y dispensas del consentimiento informado. Se solicitará el llenado por escrito a todo participante de la investigación. Se pretende no realizar modificaciones en el consentimiento informado, pero en caso de requerirse será consultado por el comité de ética para su autorización, con la posterior notificación a los participantes de la investigación para volver a llenar el consentimiento comentándose previamente los motivos de las modificaciones.

Pauta 12. Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud. En la investigación se solicitarán datos personales como son el número de seguridad social sin agregado, edad y sexo. Estos no serán compartidos o publicados para que se puede identificar con mayor facilidad a los participantes, manteniéndose el anonimato y confidencialidad.

Pauta 13. Reembolso y compensación para los participantes de una investigación. Durante la realización de la investigación se considera no crear un gasto extra a los participantes, ya que la intervención se realizará anterior o posteriormente a su consulta en el servicio de infectología.

Pauta 14. Tratamiento y compensación por daños relacionados con una investigación. El riesgo de la investigación es mínimo ya que se realizarán

encuestas, las cuales no producirán algún daño o lesión a los participantes de la investigación.

Pauta 15: Investigación con personas y grupos vulnerables. Las personas con diagnóstico de VIH son consideradas como grupo de riesgo, sin embargo, durante la investigación, solo se solicitarán los datos que se consideran importantes para su estudio. Con el objetivo de mantener su anonimato, mencionando que la investigación se considera al VIH como una enfermedad crónica que necesita tener un abordaje integral, el cual se incluya factores psicológicos, sociales y familiares, Ofreciendo un ambiente de comprensión y tolerancia.

Pauta 23. Requisitos para establecer comités de ética de la investigación y para la revisión de protocolos. El protocolo de investigación será aprobado por el Comité de ética y por el Comité de Investigación, los cuales determinaran si el protocolo de investigación es aceptable para su realización.

Pauta 24. Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud. Posteriormente se realizará una tesis en donde se plasme todos los resultados recopilados en la investigación, estableciendo si existe asociación entre el bienestar psicológico positivo y la adherencia al tratamiento antirretroviral, identificando el grado de resiliencia de los derechohabientes de la UMF 64, como su grado de adherencia al tratamiento.

Pauta 25. Conflicto de interés. El protocolo de investigación no presenta conflicto de interés.

## **VII. ORGANIZACIÓN**

El presente trabajo de investigación fue realizado por:

TESISTA. M.C. Marco Antonio Paulin Mendoza

Médico Residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, quien fue encargado sujetos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA, aplicar cuestionarios para conocer el nivel de bienestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral en la Unidad de Medicina Familiar No. 64

ASESOR DE TESIS: E. EN M.F. Everardo Villar Aguirre

Médico Especialista en Medicina Familiar quien participó en la elaboración de la tesis, supervisado y apoyando cada proceso de investigación.

Para efectos de publicación y presentación en eventos académicos, la tesista aparecerá como primer autor y el director de la tesis como segundo autor en todos los casos.

Financiamiento: Los gastos generados durante el protocolo de investigación serán cubiertos por el investigador residente de Medicina Familiar Paulin Mendoza Marco Antonio. (Anexo 5).

## VIII. RESULTADOS

En la presente investigación se reunió a una población conformada por 134 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de Agosto a Septiembre de 2022.

Al identificar el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral de acuerdo al bienestar psicológico positivo en los participantes con diagnóstico de VIH/SIDA se mostró que 24 participantes (17.9%) presentaron una baja adherencia al tratamiento antirretroviral, los cuales tenían un bienestar psicológico positivo bajo. Al estimar la alta adherencia al tratamiento antirretroviral y un bienestar psicológico alto se obtuvo como resultado que 89 personas de la población, correspondiendo a un 66.4% de la población total estudiada. Con una  $\chi^2$  de Pearson de 57.82 y ( $p=0.000$ ). (Ver tabla 1 y gráfica 1).

Para medir el bienestar psicológico positivo, se utilizó el instrumento escala de bienestar psicológico de Diaz, teniendo como resultado que 110 participantes (82.1%) obtuvieron un bienestar psicológico positivo alto, por otro lado 24 participantes (17.9%) reportó tener un bienestar psicológico positivo bajo. (Ver tabla 2 y gráfica 2).

La adhesión al tratamiento antirretroviral se determinó a partir del instrumento cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) en donde 89 participantes (66.4%) presentaron una alta adhesión al tratamiento antirretroviral y 44 participantes (33.6%) presentaron una baja adherencia al tratamiento antirretroviral. (Ver tabla 3 y gráfica 3)

En cuanto a la distribución en frecuencia y porcentaje de sexo se obtuvieron 116 (86.6%) hombres y 18 (13.4%) mujeres. (ver tabla 4 y gráfica 4)

Con respecto a la edad las edades oscilan entre 20 a 68 años de edad con una media de 35.22 años, mediana de 33 años. (Ver tabla 5 y gráfica 5)

En el estado civil se presentó en "soltero" con 88 participantes (65.6%); mientras que divorciado presentó con tan solo un participante (0.7%), separado presentó 4

(3%), viudo 5 (3.7%), casado 16 (12%), unión libre 20 (15%). (Ver tabla 6 y grafica 6)

El tiempo transcurrido en años desde el establecimiento del diagnóstico al momento de inclusión a la investigación, existió un mayor porcentaje de participantes con periodo de 1 a 5 años en tratamiento con 61 participante correspondiendo al 45.5%, 5 a 10 años con 38 participantes (28.4%), menor de un año con 18 participantes (13.4%) y mayor de 10 años con 17 participantes (12.7%). (Ver tabla 7 y grafica 7)

Con respecto al nivel de escolaridad los resultados arrojan que los participantes con diagnóstico de VIH/SIDA cuentan con licenciatura 67 (50%), mientras que analfabeta presento menor frecuencia con solo un participante (0.7%), preparatoria 35 (26.1%), secundaria 22 (16.4%), posgrado 5 (3.8%), primaria 4 (3%). (Ver tabla 8 y grafica 8)

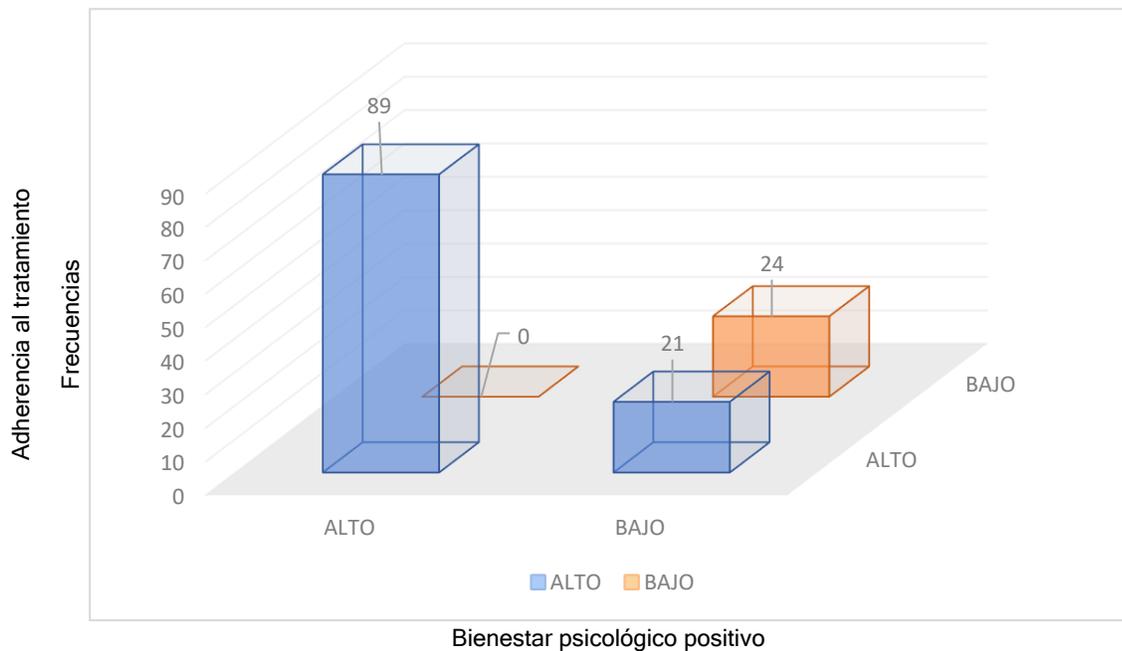
## IX. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Asociación del bienestar psicológico positivo y adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la UMF 64 del IMSS

Adherencia al tratamiento antirretroviral \ Bienestar psicológico positivo	ALTO		BAJO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	89	66.4%	21	36.9%
BAJO	0	0.0%	24	100%

Prueba  $\chi^2$  de Pearson  $p=0.000$  Fuente: De Test de Escala de Bienestar Psicológico y De Test de Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH).

Gráfico 1. Asociación del bienestar psicológico positivo y adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la UMF 64 del IMSS



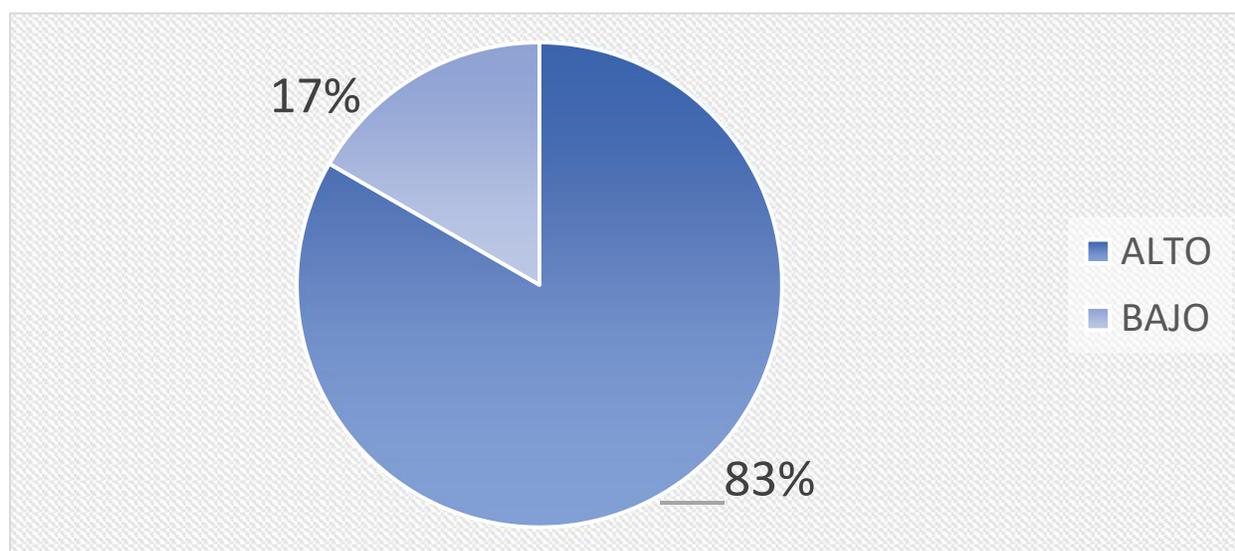
Fuente: De tabla No.1

Tabla 2. Nivel de bienestar psicológico positivo en sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64

BIENESTAR PSICOLOGICO POSITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	110	82.1%
BAJO	24	17.9%
TOTAL	134	100%

Fuente: De Test de Escala de Bienestar Psicológico

Gráfico 2: Nivel de bienestar psicológico positivo en sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64



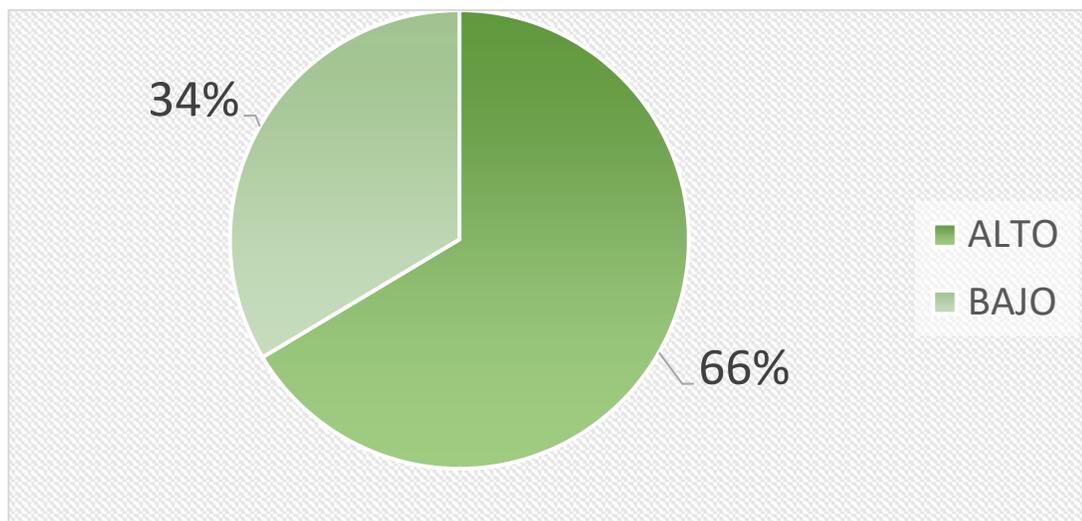
Fuente: De Test de Escala de Bienestar Psicológico

Tabla 3. Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	89	66.4%
BAJA	45	33.6%
TOTAL	134	100%

Fuente: Test de Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH)

Gráfico 3. Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64



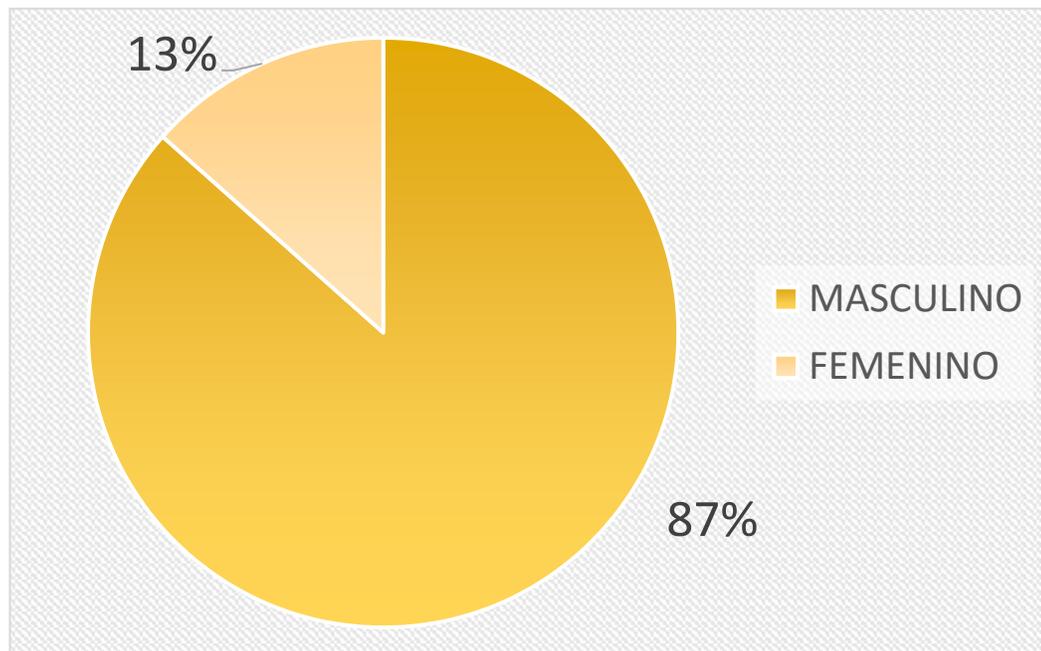
Fuente: De Test de Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH).

Tabla 4. Género de los sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	116	86.6%
FEMENINO	18	13.4%
TOTAL	134	100%

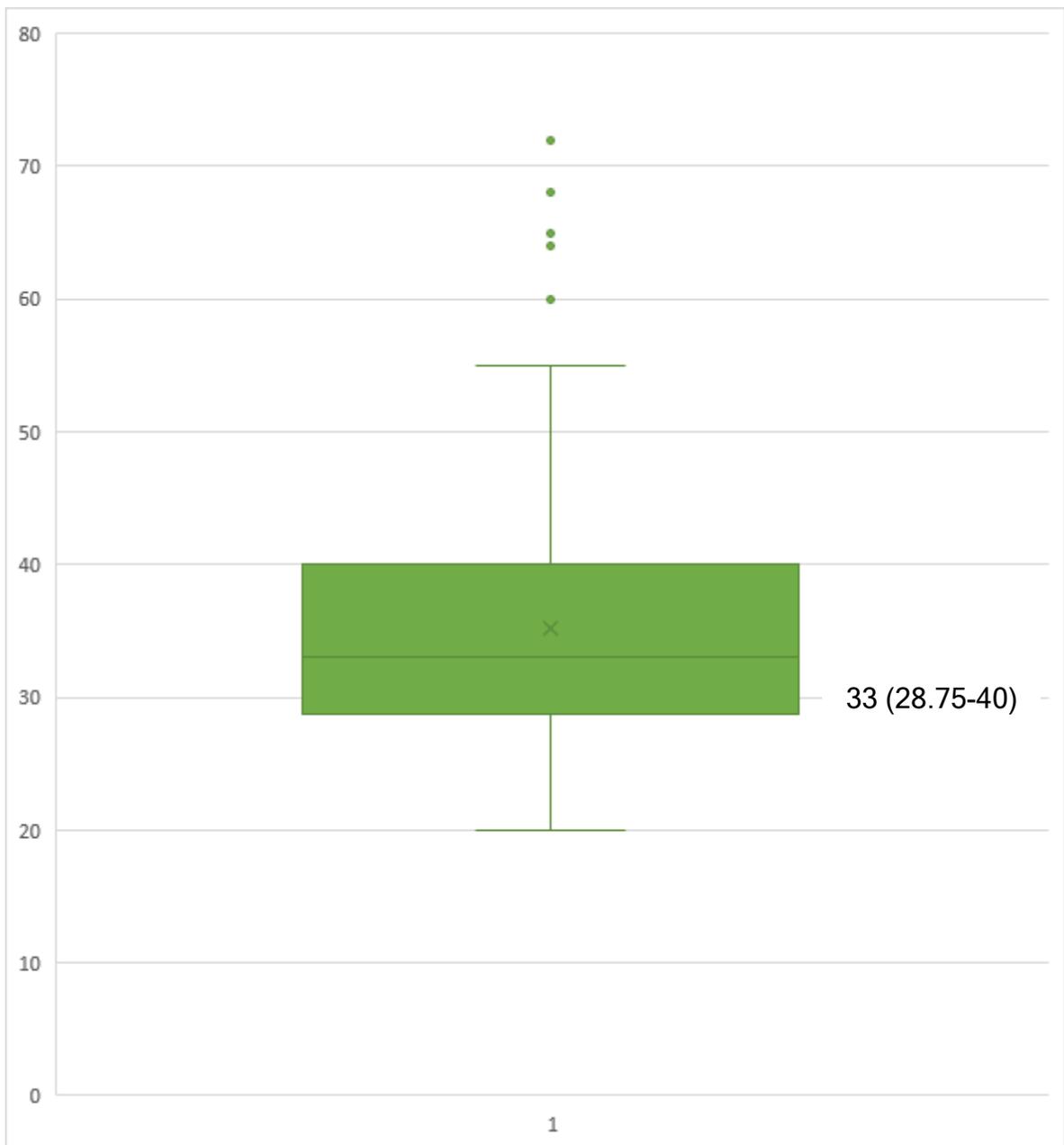
Fuente: Cédula de identificación

Gráfico 4. Género de los sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64



Fuente: De Tabla No.4

Gráfico 5. Edad de los sujetos diagnosticados con VIH/SIDA de la UMF 64



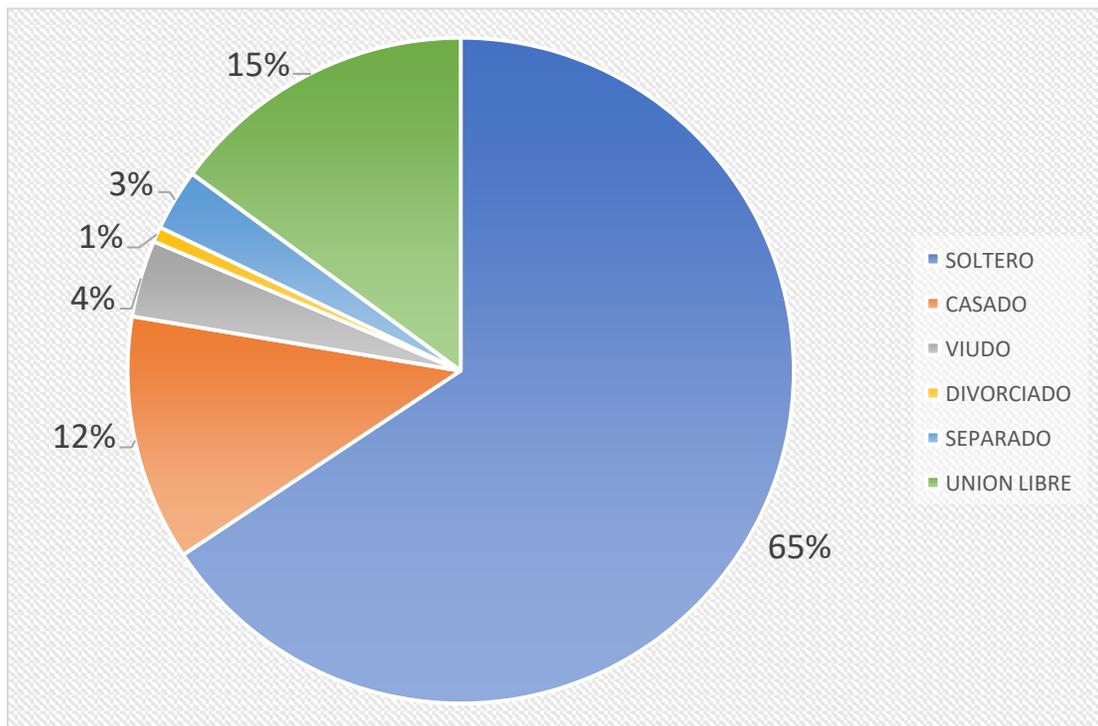
Fuente: Cédula de identificación

Tabla 6. Estado civil de los sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	88	65.6%
CASADO	16	12%
VIUDO	5	3.7%
DIVORCIADO	1	0.7%
SEPARADO	4	3%
UNION LIBRE	20	15%
TOTAL	134	100%

Fuente: Cédula de identificación

Gráfico 6: Estado civil de los sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64



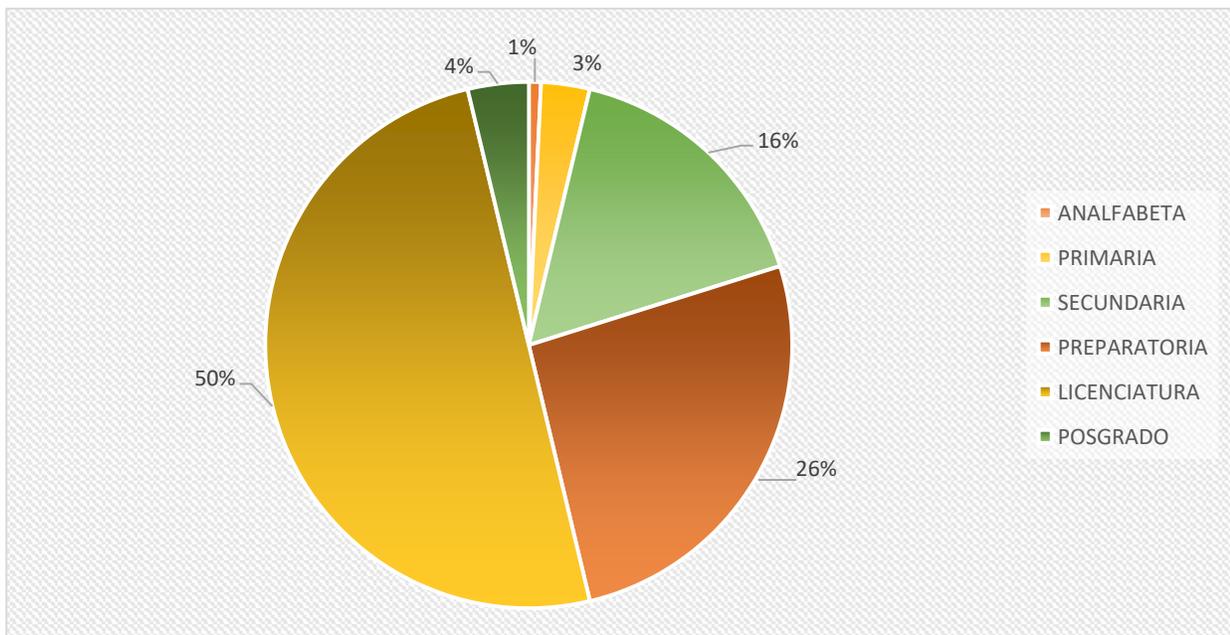
Fuente: De Tabla No.6

Tabla 7. Escolaridad de los sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	1	0.7%
PRIMARIA	4	3%
SECUNDARIA	22	16.4%
PREPARATORIA	35	26.1%
LICENCIATURA	67	50%
POSGRADO	5	3.8%
TOTAL	134	100%

Fuente: Cédula de identificación

Gráfico 7: Escolaridad de los sujetos diagnosticado con VIH/SIDA de la UMF 64



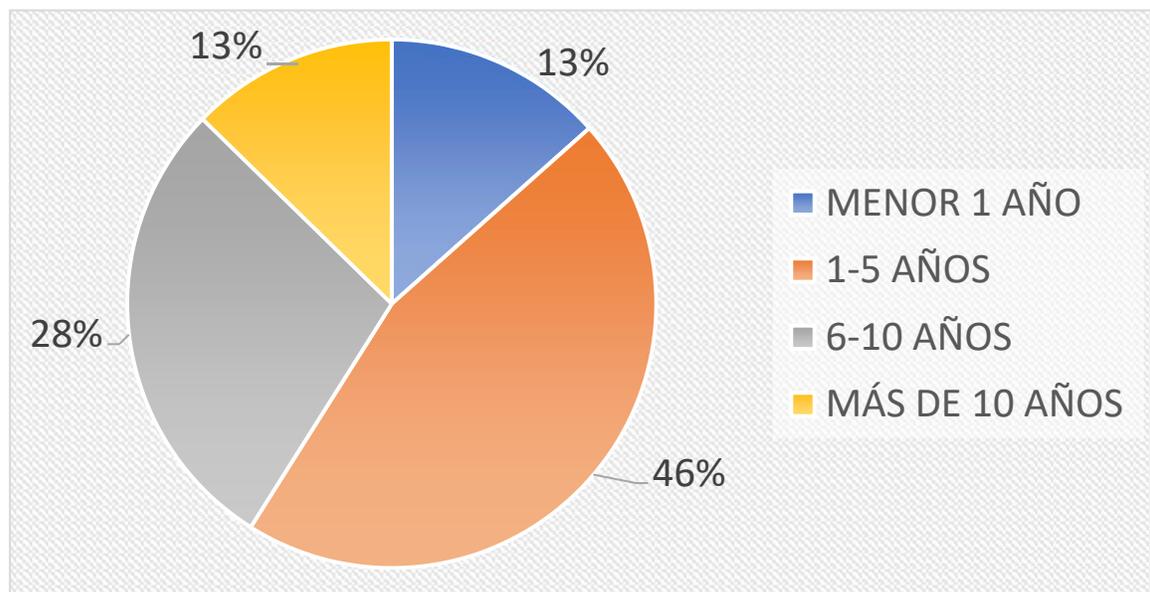
Fuente: De Tabla No.7

Tabla 8. Tiempo en tratamiento antirretroviral de los sujetos diagnosticados con VIH/SIDA de la UMF 64

TIEMPO EN TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR 1 AÑO	18	13.4%
1 AÑO-5 AÑOS	61	45.5%
5 AÑOS-10 AÑOS	38	28.4%
MAYOR 10 AÑOS	17	12.7%
TOTAL	134	100%

Fuente: Cédula de identificación

Gráfico 8. Tiempo en tratamiento antirretroviral de los sujetos diagnosticados con VIH/SIDA de la UMF 64



Fuente: De Tabla No.8

## X. DISCUSIÓN

Como resultado en esta investigación se obtuvo que existe una asociación estadística para la variable de bienestar psicológico positivo respecto al alta adherencia al tratamiento antirretroviral ( $p=0.000$ ), dichos resultados fueron similares a la investigación de Gutiérrez y cols.<sup>48</sup>, en donde se demuestra que existe significancia entre la perseverancia ( $p = <0,001$ ), la confianza en sí mismo ( $p = <0,001$ ), resolución de problemas afrontamiento ( $p= 0,002$ ) reevaluación positiva ( $p=0,001$ ), búsqueda de apoyo social ( $p=0,001$ ). El bienestar psicológico al considerarse como un constructo que hace una evaluación integral de la persona, la cual se conforma de factores intrínsecos y extrínsecos, metas y expectativas a nivel personal, profesional, de salud y relaciones interpersonales, hace que esta actitud sea un factor de suma importancia dentro de las enfermedades crónicas, ya que con el podemos evaluar las diferentes dimensiones que ayudan a hacer frente a la adversidad, tomando en cuenta los recursos personales y sociales con los que cuenta la persona, así como los proyectos hacia futuro, con los cuales se evalúan la autoaceptación, relaciones positivas, dominio de su entorno, propósito en su vida y crecimiento personal, factores los cuales pueden verse afectados en las personas que viven con enfermedades crónicas, en este caso con las personas que viven con VIH/SIDA.

El VIH al ser una enfermedad crónica, actualmente sin cura, llena de estigmas y prejuicios de la sociedad, es una enfermedad que afecta tanto a nivel biológico como psicológico de persona ya que en el momento del diagnóstico la persona puede experimentar sentimientos de desesperanza, depresión, culpa, sentimientos de muerte y desamparo, los cuales pueden afectar en la forma de actuar y hacer frente a su enfermedad. Por lo que es importante evaluar el bienestar psicológico en las personas con alguna enfermedad crónica, con la finalidad de ofrecer una ayuda terapéutica la cual involucre un tratamiento interdisciplinario, con el objetivo de exponer sus cualidades personales, así como de las oportunidades de mejora, teniendo un cambio en sus hábitos y estilo de vida, además del desarrollo de una red de apoyo con amigos y familiares, el cual motive a la persona a continuar con el

tratamiento y seguimiento de su enfermedad, haciendo hincapié que su enfermedad no lo define como persona y que en la actualidad existe tratamiento el cual puede ofrecer una mayor calidad de vida. Una vez evaluado cada una de estas dimensiones, se espera que la personas mejore y mantenga cada una de estas cualidades, con la expectativa de mejorar su autoaceptación, resiliencia y su adherencia el tratamiento.

La adherencia al tratamiento antirretroviral en esta investigación se encontró una alta adherencia al tratamiento reportándose en el 66.4% de los participantes, obteniéndose resultados similares a la investigación realizada por Barrera Espinosa y cols<sup>49</sup> los cuales reportan una adherencia al tratamiento del 82%. La terapia con antirretrovirales a lo largo de los años ha sufrido diferentes modificaciones las cuales ha mejorado la facilidad en su administración, su eficacia y disminución de reacciones adversas. Los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral son cuatro: factores relacionados con la persona, el medicamento, proveedores de la salud y sistema de salud. Para que se considere que se cumple la meta de adherencia a nivel país debe de contarse con un porcentaje de 95%, como ya se había comentado en este estudio se encuentra con 66%, siendo esto una oportunidad de mejora, la cual debe de estudiarse con mayor profundidad, los factores que predominan y que afectan en la adherencia al tratamiento en personas con VIH/SIDA, los cuales pueden modificarse para mejorar y aumentar su adherencia al tratamiento.

Como se ha comentado anteriormente, la adherencia al tratamiento antirretroviral no solo consiste en la toma diaria de la medicación, más bien se necesita de una adherencia al tratamiento no farmacológico, el cual consiste en modificación en el estilo de vida, una adecuada alimentación, relaciones sexuales con protección, pruebas de enfermedades de transmisión sexual de manera periódica, los cuales tengan como objetivo un aumento en la eficacia del tratamiento, disminución en la resistencia a los medicamentos, reinfección y transmisión del virus, y con esto una mejor calidad de vida del paciente.

Además del olvido de la toma del medicamento, uno de los principales factores que intervienen en una adecuada adherencia al tratamiento es la presentación de los efectos secundarios, entre los cuales se encuentran: fatiga, debilidad, vómito, náusea, diarrea, mareo, cefalea, en dicha investigación se evidenció que el 41.7% de los participantes presentaron efectos secundarios, hallazgos que fueron similares a la investigación realizada por Urizar y cols<sup>50</sup> reportándose una asociación significativa con presencia de efectos adversos (OR:8,29, IC95%: 1,25-54,71,  $p=0,044$ ) , con la presencia de los efectos secundarios, el médico debe de ser capaz de realizar estrategias terapéuticas adecuadas para lograr una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y así evitar o minimizar los efectos secundarios e interacciones con otros fármacos los cuales podrían en riesgo para la vida del paciente.

Por otro lado, la atención del servicio sanitario juega un papel importante en la adherencia al tratamiento antirretroviral. En donde la trayectoria de búsqueda en la atención médica de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA está conformado por diferentes fases las cuales se componen por el deseo, la búsqueda, accesibilidad y la continuación de la atención médica. Cada una de estas fases están conformadas por diferentes componentes las cuales pueden perjudicar en la atención de las personas con este diagnóstico; los principales problemas identificados en estas fases son: el deseo tardío en la atención, búsqueda de atención discontinua, la respuesta del personal de salud desacertada. Los principales inconvenientes observados en esta investigación fueron los siguientes: la poca accesibilidad a los tratamientos antirretrovirales percibida por los participantes se encontró en un porcentaje del 18.6%. Siendo este uno de los inconvenientes más reportados por los derechohabientes, considerándose como un proceso administrativo burocratizado, estricto y poco amigable, llegando en ocasiones negar su entrega por diferentes motivos, teniendo como consecuencia la interrupción en su administración, perjudicando en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Como se había explicado anteriormente uno de los componentes en la atención al paciente es la continuación de la atención médica, un factor en el cual recae la importancia del seguimiento en el tratamiento. Dentro de esta etapa la comunicación y la relación

médico paciente influye en la asistencia médica del paciente, en donde en un porcentaje del 17.1% de los participantes refería que la relación con su médico no se consideraba buena. El actuar del médico durante la atención del paciente se espera que cumpla una competencia técnica, pero además de esto una competencia ética que lo impulse a tratar por igual a cualquier persona, existiendo en algunos de los casos estigma, prejuicios, desconfianza, poca empatía. Por lo cual, al considerarse una población de riesgo, por todo el factor social el cual se le atribuye; debe de existir un trato con respeto, empatía, comprensión, sinceridad y confianza, libre de prejuicios y señalamiento con la finalidad que el paciente considere a su médico tratante como acompañante y aliado en su enfermedad.

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación nos muestran que el género masculino se presentó un 86% de la población estudiada y la edad promedio de los participantes fueron de los 18 a 35 años con un 64%, datos que fueron similares a los reportados en el estudio realizado por Arrieta Martínez<sup>51</sup>, en donde refieren que el sexo masculino representa el 74% y la edad que se presentó con mayor frecuencia fue entre los 18 a 44 años con el 76%. Con estos datos podemos entender que los adultos jóvenes son los propensos a contraer la enfermedad; en donde más de la mitad de las nuevas infecciones por VIH afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad. El comienzo de la vida sexual se encuentra actualmente antes de los 15 años de edad, en donde muy probablemente los adolescentes que tienen relaciones sexuales precoces, generalmente sin información, sin conocimiento, con parejas de alto riesgo o con parejas con múltiples parejas sexuales. La falta de comunicación hacia con los padres y la falta de una formación sexual adecuada, ocasiona que los jóvenes tengan menos posibilidades de adoptar estrategias preventivas, como la realización de actividades sexuales seguras con uso de preservativo, la realización de pruebas de tamizaje para ITS, revelación del estado serológico con respecto al VIH a sus parejas sexuales. El estigma social y la violencia a las personas con orientación homosexual puede aumentar de manera considerable el riesgo de contraer el VIH, ya que en la mayoría de los casos se oculte su orientación sexual, y como consecuencia no se pueda tener un acercamiento a la información que necesitan. Por lo que es de suma importancia romper con las conductas que

favorezcan al incremento del estigma y discriminación hacia este grupo social, con la finalidad de que en esta edad se vayan adaptando estrategias preventivas en salud, donde se informe y forme en la sexualidad a cada individuo, ofreciendo una educación que sea oportuna y apropiada para su edad, su cultura, religión y entorno familiar, que fomente un pensamiento analítico y hábitos sanos en su salud y en su sexualidad.

El estado civil con mayor porcentaje encontrado en esta investigación fue la soltería con un 65%, dato el cual fue similar a los resultados de la investigación de Braz de Oliviera<sup>52</sup>, en donde hay un 70% de personas solteras con el diagnóstico de VIH. En dicho estudio se observa que el 60% de la población encuestada no conversa sobre la prevención de VIH entre ellos, 60% no existe un acompañamiento de la enfermedad a las consultas de rutina 37% no divulgó su condición serológica a el compañero sexual y 42% no refiere que es importante revelar su situación serológica. El VIH al ser una enfermedad social, las personas tienden a ser más precavidas, con las personas con las cuales comparten su diagnóstico, existiendo pocas personas las cuales conocen su estatus, en el caso de las relaciones afectivas, se hace mucho más complicada la comunicación en relación con el VIH, en donde la mayoría de las personas de las personas prefieren no formalizar una relación, por el miedo al estigma; revelar el estado serológico para la pareja implica sentimientos de discriminación y estigma o una reacción desfavorable, el miedo a la divulgación del estado de salud de la persona con VIH, aumenta la ansiedad, depresión, culpa y miedo a la transmisión, afectando el bienestar para poder relacionarse en su entorno familiar, social y afectivo, dificultando aún más la decisión de divulgar su status, predisponiendo a un aislamiento social, en donde solo existan relaciones afectivas y sexuales esporádicas, en donde no exista compromiso el cual comprometa a la exposición del estatus serológico de la persona, aumentando así mayor número de relaciones sexuales de riesgo.

Por otro lado, el nivel educativo obtuvo un 50% de la población estudiada, siendo similar a los resultados obtenidos en la investigación realizada en Puebla por Gutiérrez-Gabriel<sup>53</sup>, en donde se puede observar que el nivel de escolaridad medio

o superior se presenta con mayor porcentaje en las personas que contraen esta enfermedad con un 63%. Con estos datos sociodemográficos podemos observar que el grado de escolaridad de nivel superior es uno de los datos que se presenta con mayor frecuencia, siendo este una oportunidad de mejora para concientizar a cerca de la importancia de la práctica de relaciones sexuales con protección, dando información de los métodos de prevención con los que cuenta el instituto para la reducción de infección por VIH/SIDA. Con lo anteriormente expuesto se espera que exista una mayor formación en la sexualidad que ayude a la población de riesgo a concientizar en las consecuencias de la realización de prácticas sexuales sin protección, así como de la realización de pruebas de tamizaje de manera periódica y de la promoción de las acciones de prevención con las cuales pueden ejercer su vida sexual de manera segura y satisfactoria. El VIH es una enfermedad la cual existe un sinfín de información, con el conocimiento por la mayoría de población, sin embargo, es una enfermedad que no se habla, en donde muchas de las personas al miedo al estigma, a la discriminación, ocultan su diagnóstico; haciendo que esta enfermedad se sepa de su existencia, pero se perciba lejana, sin tener la cultura de prevención y protección. Siendo esta una oportunidad de acción para el sector salud, en donde desde edades tempranas exista información y formación en la sexualidad, con el objetivo de concientizar en la importancia en el uso de métodos anticonceptivos de barrera, en el tamizaje de infección de enfermedades transmisión sexual, el uso de tratamiento pre y post exposición, así como aceptación libre de perjuicio del sector salud.

## **XI. CONCLUSIONES:**

La infección por VIH/SIDA se considera uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, la cual continúa existiendo una alta incidencia a pesar de las estrategias preventivas, por lo que es de suma importancia continuar con la educación y formación en la sexualidad, la cual otorgue a los adolescentes el conocimiento necesario para el inicio responsable de su vida sexual y con esto una disminución en la realización de prácticas sexuales de riesgo.

En este trabajo de tesis existió una asociación significativa entre el bienestar psicológico alto y la adherencia al tratamiento antirretroviral, con un valor de  $p=0.000$ , lo cual implica que en un sujeto con diagnóstico de VIH/SIDA con un bienestar psicológico positivo alto, suelen presentar un mayor nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral. En donde se considera que es importante evaluar y fortalecer la atención que se ofrece a los sujetos con diagnóstico en VIH/SIDA, incluyendo las clínicas de VIH con la finalidad de mejorar el bienestar psicológico de la persona y con esto establecer y mantener una adecuada adherencia al tratamiento, la cual permita mejorar la calidad de la persona.

Dentro de los datos sociodemográficos más relevantes se encontró que el sexo masculino predominó en la investigación, presentándose en un mayor porcentaje entre los 18 y 35 años de edad. Un dato de suma importancia fue el grado de escolaridad el cual fue la licenciatura; lo que indica que las personas con diagnóstico de VIH/SIDA cuentan con las fuentes de información necesarias acerca de las prácticas sexuales de riesgo, así como de las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, se sigue presentado la transmisión e infección del virus. Con lo anteriormente explicado, se observa que se necesita de una continua y clara formación sexual, enfocada en la población con alto riesgo a infectarse de la enfermedad, la cual ayude a los individuos a ejercer una sexualidad segura y satisfactoria.

Uno de pilares fundamentales de la medicina familiar es la prevención. En la cual se dé al paciente información, educación y formación en la sexualidad, libre de prejuicios, señalamientos y de discriminación. Con la finalidad de que el paciente tenga una vida sexual de forma segura e informada, para que el paciente desarrolle y mantenga conductas responsables en su sexualidad. Con los pacientes que cuentan con el diagnóstico de VIH/SIDA debe de tenerse en consideración el seguimiento y control de su enfermedad, realizándose una prevención secundaria y terciaria; en donde se trate de indagar los factores los cuales puedan perjudicar negativamente su adherencia al tratamiento, con referencias a los servicios pertinentes de manera oportuna, con el objetivo de otorgar un tratamiento integral, el cual disminuya complicaciones y mejore su calidad de vida. Una de las tareas más difíciles en una sociedad en la cual la sexualidad sigue siendo un tema privado y poco hablado, es la desconstrucción del estigma que le rodea, por lo que se le debe de hablar al paciente de que la sexualidad es un componente primordial de la persona, la cual se presenta en todo el desarrollo del ser humano, la cual debe vivirse con responsabilidad y cuidado. Con esto el medico familiar deja ser un agente el cual trata la enfermedad, siendo ahora promotor y proveedor de salud.

## **XII. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

La adherencia al tratamiento antirretroviral sigue siendo uno de los principales problemas que comprometen la salud con los pacientes que viven con el diagnóstico de VIH/SIDA. Al tratarse de una enfermedad crónica, demanda un tratamiento permanente, ocasionado en la persona agotamiento mental y psicológico, por lo que se deben de emplear y mejorar estrategias para su evaluación en la cual se consideren factores familiares, redes de apoyo, asistencia del sector salud, trato digno del paciente.

Por otro lado, se necesita de apertura y permanencia de espacios en donde los pacientes pueden compartir sus experiencias de los retos que ha traído su enfermedad, desde su diagnóstico hasta el seguimiento en el tratamiento, permitiendo a los participantes expresar sus sentimientos, formar una comunidad y recibir estrategias que pueden emplear para poder superar los retos que se puedan presentar a lo largo de su vida.

En las personas que viven con el diagnóstico de VIH/SIDA, el médico familiar debe de tener un papel activo y continuo en el seguimiento y control de su enfermedad, teniendo un contacto cercano el cual permita al médico familiar realizar intervenciones en cada una de las personas con este diagnóstico, dando y reforzando las medidas de adherencia al tratamiento, resolviendo dudas acerca de la enfermedad, efectos secundarios, interacciones con medicamentos, realización de pruebas de tamizaje de enfermedades oportunistas así como consejería familiar en el caso que se solicite, con la finalidad de que mejore la atención en esta población, ofreciendo una mayor oportunidad de acción en el control y seguimiento de la enfermedad. Además de hacer conciencia en el individuo en la prevención de infecciones a terceros con la realización de prácticas sexuales seguras. Con la finalidad de romper con el prejuicio y el estigma que rodea la enfermedad y las personas que viven con ella, ofreciendo una asistencia médica la cual ayude al paciente en su control.

### XIII. BIBLIOGRAFIA:

1. Carvajal AZ, Roldan TMD, Herrera AL, Hernández MA, Álvarez HLF, Martínez SLM. Virus de inmunodeficiencia humana: hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. ENF INF MICROBIOL.2019;39 (2): 65-70.
2. Boza CR. Orígenes del VIH/SIDA. Rev CI EMed UCR. 2016; 6(4): 48-60.
3. La historia del VIH, en una línea de tiempo: hitos que marcaron la evolución de la enfermedad [Internet]. Sidalava.org. 2019 [citado el 12 de agosto de 2021]. *Disponible en:* <https://www.sidalava.org/la-historia-del-vih-en-una-linea-de-tiempo-hitos-que-marcaron-la-evolucion-de-la-enfermedad/>
4. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. Unaid.org. [citado el 2 de agosto de 2021]. *Disponible en:* <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
5. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. Epidemiologia.salud.gob.mx.org. [citado el 3 de agosto de 2021]. *Disponible en:* [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37/Manual\\_VIH-SIDA\\_2020.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37/Manual_VIH-SIDA_2020.pdf)
6. Juárez-Moreno M, López-Pérez O, Josefa RL. Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. Saúde Soc. 2021; 30 (2): 1-12.
7. De Goede AL, Vulto AG, Osterhaus ADME, Gruters RA, Understandig HIV infection for the design of a therapeutic vaccine. Part I: Epidemiology and pathogenesis of HIV infection. Ann Pharm Fr. 2015; 73(2):87-99.
8. Morales-Miranda S, Loya-Montiel I, Ritter J, Rocha-Jimenez T, Gordon L, Garcia J, Flores C, G Silvermna J. Factors associated with HIV testing among

- men who have sex with men in Guatemala City. International Journal of STD & AIDS. 2019; 0 (0) 1-9.
9. Ficha temática. Personas que viven con VIH. Conapred.org.mx [Internet].. [citado el 3 de septiembre de 2021]. *Disponible en:* <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20VIH%282%29.pdf>
  10. VIH/SIDA/ITS | Estadísticas. Estud trad [Internet]. Salud.edomex.gob.mx [citado el 2 de agosto de 2021];7(0). *Disponible en:* [https://salud.edomex.gob.mx/sem/estadisticas\\_vih](https://salud.edomex.gob.mx/sem/estadisticas_vih)
  11. Moreno S, Berenguer J, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Garcia OM. Detección temprana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(Supl 1):35-39.
  12. Álvarez-Carrasco RI. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Acta Med Perú. 2017;34(4):309-16.
  13. Campillay CM, Monárdez MM. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. Rev. Bioética. 2019; 47:93-107.
  14. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de agosto de 2021]. *Disponible en* [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/569287/GUIA\\_DE\\_MANEJO\\_ANTIRRETROVIRAL\\_DE\\_LAS\\_PERSONAS\\_CON\\_VIH\\_2019\\_-\\_VERSION\\_COMPLETA1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/569287/GUIA_DE_MANEJO_ANTIRRETROVIRAL_DE_LAS_PERSONAS_CON_VIH_2019_-_VERSION_COMPLETA1.pdf)
  15. Ortega CJJ, Sánchez HD, Rodríguez MOA, Ortega LJM. Adherencia terapéutica un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018; 16 (3): 226-232.
  16. Saag MS, Benson CA, Gandhi RT, Hoy JF, Landovitz RJ, Mugavero MJ, Sax PE, Smith DM, Thompson, MA, Buchbinder SP, Carlos del Rio, MD, Eron JJ, Fätkenheuer G, Günthard HF, Molina JM, Jacobsen DM, Volberding, PA. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults

2018 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. JAMA. 2018;320(4):379-396.

17. Mendoza-Aguilera M, Ferrado-Piqueres R, Álvarez MT, Pascual MO, Liñana GC, Raga JC, Minguez GC. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. Rev. OFIL·ILAPHAR. 2018;28(3):203-210.
18. Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, Pineda-German B, Vázquez-Cruz E, Hernández- De la Rosa M, Sosa-Jurado F. Quality of life and psychological variables affecting adherence to antiretroviral treatment in Mexican patients with HIV/AIDS. Rev. chil. infectol.2019; 36(3): 331-339.
19. Pacifico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un Hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015; 32(1):66-72.
20. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm. 2018; 59(4): 251-258.
21. Sánchez PS, Pastor BM, Cánovas TMA, Almansa MP, Peñalver GC, Jiménez RI. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. Enferm. glob. 2021; 20 (62): 18-34.
22. Pérez Batán JE. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/SIDA en la Atención Primaria de Salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020; 19 (5): 1-11.
23. Plascencia de la Torre, J. C., Chan Gamboa, E.C., & Salcedo Alfaro, J.M. Variables Psicosociales Predictoras de la No Adherencia a los Antirretrovirales en Personas con VIH-SIDA. Rev. CES Psico. 2019; 12(3), 67-79.

24. Pérez Batán JE, Viana Cataño LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/SIDA. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2020; 72(2): 1-14.
25. Muratori M, Zubieta E, Ubillos S, González JL. Felicidad y bienestar psicológico. Estudio comparativo entre Argentina y España. *PSYKH*. 2015; 24 (2): 1-18.
26. Gonzáles-Villalobos JA, Marrero RJ. Determinantes sociodemográficas y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *Journal of personality Assessment*. 2017; 49 (4): 71-75.
27. Moreta R, Gabior I, Barrera L. El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud y sociedad*. 2017; 8(2): 172-184.
28. Navascués, A. Calvo-Medel D, Martin B. Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción psicológica*. 2016; 13(2): 143-156.
29. García-Alandete J. Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *Enclav.pen*. 2015; 18 (16): 13-29.
30. Denegri CM, García J C, González RN. Definición de bienestar subjetivo en adultos jóvenes profesionales chilenos. Un estudio con redes semánticas naturales. *CES Psicología*. 2015; 8(1): 77-97.
31. Navarro-Chávez JC, Ayvar-Campos FJ, Gimenez-Garcia VM. Generación de bienestar social en México: un estudio DEA a partir del IDH. *Econ. Soc*. 2016; 16 (52): 15-37.
32. Vargas Núñez BI. Bienestar social, satisfacción de la vida y características personales de violencia. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2020; 23(1-2): 22-30.
33. Rendina HJ, Weaver L, Millar BM, López-Matos J, Parsons JT. Psychosocial Well-Being and HIV-Related Immune Health Outcomes among HIV-Positive

Older Adults: Support for a Biopsychosocial Model of HIV Stigma and Health. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC). 2019; 18:1-11.

34. Remien RH, Stirratt, MJ, Nguyen, N, Robbins, RN, Pala, AN. AIDS. Mental health and HIV/AIDS; 33(9): 1411-1420.
35. Dalmida SG, Koenig HG, Holstad, M. M, Wirani, M.M. The Psychological Well-Being of People Living with HIV/AIDS and the Role of Religious Coping and Social Support. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2013; 46(1), 57-83.
36. González-Cantero JO, González MA, Vázquez CJ, Galán CS. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo2. Revista de investigación en psicología. 2015; 18(1): 47-61.
37. Diccionario médico. [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. es. [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad#:~:text=Lapso%20de%20tiempo%20que%20transcurre,hasta%20el%20momento%20de%20referencia>.
38. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de “sexo” y “género”? [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero>.
39. Estado civil legal. [Internet]. Eustat. eus [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_1/tema\\_25/elem\\_4569/definicion.html#:~:text=Se%20entiende%20por%20estado%20civil,separado%20y%20divorciado%20o%20divorciada](https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_25/elem_4569/definicion.html#:~:text=Se%20entiende%20por%20estado%20civil,separado%20y%20divorciado%20o%20divorciada).
40. Escolaridad. Léxico. com [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/escolaridad>
41. Código de Núremberg. Código de Núremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Com Nac Bioet [Internet]. 1947;1. Disponible en: <http://www.conbioetica->

[mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INT.L.Cod.Nuremberg.pdf](http://mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INT.L.Cod.Nuremberg.pdf)

42. Informe Belmont. Comisión Nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta [Internet]. *Disponible en:* [https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/informe\\_belmont.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/informe_belmont.pdf)
43. Declaración de Helsinki. CONAMED [Internet]. *Disponible en:* [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)
44. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2017. [Internet]. *Disponible en:* [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
45. Ley General De Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 01-06-2021. [Internet] *Disponible en:* [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_010621.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010621.pdf)
46. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. DOF 02-04-2014. [Internet] *Disponible en:* [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
47. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humano. [Internet] *Disponible en:* [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)
48. Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, Pineda-Germán B, Vázquez-Cruz E, Hernández-De la Rosa M, Sosa-Jurado F. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. Rev Chilena Infectol.2019;36(3):331-33

49. Barrera-Espinoza RW, Gómez-Gonzales WE, Girón-Vargas A, Arana-Escobar M, Nieva Villegas LM, Gamarra-Bustillos C, Auqui-Canchari M, Zapana-Tito M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. *Horiz Med (Lima)* 2021; 21(4): 1-7.
50. Urizar Cesar A, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, Centurión-Wenninge C, Montiel-Garcete D. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2020; 23(2):166-174.
51. Arrieta-Martínez JA, Estrada-Acevedo JA, Gómez JI, Madrigal-Cadavid J, Serna JA, Andrés Giraldo P, Quirós-Gómez O. Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. *Farm Hosp*. 2023; 46(6):319-326.
52. Braz de Oliviera L, Nunes Queiroz AA, Brito Magalhaes R, Evangelista Araújo TM, Reis RK. Parejas sexuales de personas que viven con VIH/SIDA: orientación sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos y comportamentales. *Enferm.glob*. 2019;18(54):42-64.
53. Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, Benito Pineda-Germán B, Vázquez-Cruz E, Hernández-De laRosa M, Sosa-Jurado F. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Rev. chil. Infectol*. 2019;36(3): 331-339.

#### **XIV. ANEXOS:**

ANEXO 1	Dictamen de registro de protocolo
ANEXO 2	Consentimiento informado
ANEXO 3	Cédula de identificación
ANEXO 4	Cuestionario de Escala de Bienestar Psicológico
ANEXO 5	Cuestionario CEAT VIH
ANEXO 6	Folleto de bienestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral. (Reverso)
ANEXO 7	Folleto de bienestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral. (Anverso)

ANEXO 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 1408.  
U MED FAMILIAR NUM 64

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 043  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 003 2018041

FECHA Martes, 07 de junio de 2022

**M.E. EVERARDO VILLAR AGUIRRE**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre el nivel de bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la UMF 64 del IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1408-023

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**MARIA ISABEL RAMIREZ MURILLO**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1408

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## ANEXO 2.

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</b></p>
Nombre del estudio:	Asociación entre el bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Patrocinador externo (si aplica):	No existe apoyo económico externo para este protocolo de investigación.
Lugar y fecha:	Tlalnepantla de Baz, Estado de México a                    de                    del 2022
Número de registro institucional:	R-2022-1408-023
Justificación y objetivo del estudio:	Desde el inicio del VIH en la sociedad, ha existido un rechazo y falta de comprensión por parte de las personas acerca de esta enfermedad. El tratamiento del VIH involucra tanto aspectos personales, sociales y familiares. El bienestar psicológico es una herramienta de diagnóstico que permite conocer las cualidades personales de afrontamiento a los problemas de la vida, siendo este un factor poco estudiado en la población con esta enfermedad, y puede ofrecer un conocimiento sobre la detección de un bienestar psicológico positivo, pudiéndose aplicar desde el momento de su diagnóstico como en el seguimiento de la misma. Con esta investigación se pretende identificar al bienestar psicológico como un factor que influye de manera positiva o negativa a la adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral; por lo que el propósito principal es conocer si el nivel de bienestar psicológico se ve relacionado con la adherencia al tratamiento antirretroviral en sujetos con diagnóstico de VIH/SIDA.
Procedimientos:	Al aceptar su participación en la investigación, tendrá que llenar el consentimiento informado, para que después responda la cédula de identificación. En esta investigación se contestarán dos cuestionarios, uno que nos ayudará a conocer el grado de satisfacción personal, logros obtenidos y de capacidad de hacer frente su enfermedad y el otro evaluará el grado de apego al tratamiento. Contestar estos cuestionarios le tomará aproximadamente 25 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Su participación en la investigación no tiene un riesgo, ya que solo contestará dos cuestionarios, el que evalúa su nivel de bienestar psicológico y el que evalúa su adherencia al tratamiento antirretroviral. La realización de estos cuestionarios no le provocará algún daño físico, pero en cualquier momento que usted sienta incomodidad al momento de responderlos podrá dar como concluida su participación en el estudio, sin repercusión alguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Una vez realizadas las encuestas usted podrá conocer las características del bienestar psicológico, así como de la importancia

	que tiene el llevar una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. También tendrá la oportunidad de identificar el grado que usted tiene sobre ambos temas, con base a lo respondido en los cuestionarios. Todo esto nos permitirá conocer los factores personales y sociales que posee, ofreciendo la oportunidad para trabajar en ellos de manera personal, y fortalecer su bienestar psicológico y adherencia al tratamiento. Se le dará un folleto con información general sobre el bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento antirretroviral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez realizada la investigación, se analizará la información obtenida determinando si existe una asociación entre el nivel de bienestar psicológico y el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral. Al termino de contestar los cuestionarios se le informará el nivel de bienestar psicológico y el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral. Presentando los resultados a las autoridades que corresponden.
Participación o retiro:	Entiendo que guardo el derecho en la decisión y voluntad para retirarme de la investigación en cualquier momento que lo deseé, con la seguridad que no afectara mi atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha explicado y confirmado el proceso para preservar mi confidencialidad y anonimato en la partición de la investigación.
<b>Declaración de consentimiento:</b>	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigadora o Investigador Responsable:	E. en MF Everardo Villar Aguirre, correo electrónico: ever29liran@hotmail.com
Colaboradores:	Paulin Mendoza Marco Antonio R2 MF, Mat:9615711, correo electrónico: <a href="mailto:paulin_marco@hotmail.com">paulin_marco@hotmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: <a href="mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx">comité.eticainv@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del participante	_____ <b>M.C. PAULIN MENDOZA MARCO ANTONIO</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1  _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2  _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. <b>Clave: 2810-009-013</b>	

### ANEXO 3. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de preguntas que se solicita contestar con respecto a aspectos generales sobre su situación actual. Algunas preguntas presentan varias opciones de respuestas, las cuales se colocará una X según corresponda.

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
<b>EDAD</b>	
<b>GENERO</b>	F ( ) M( )
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Unión libre ( ) Padre/madre soltera ( )
<b>ESCOLARIDAD</b>	Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Licenciatura ( ) Posgrado ( )
<b>Tiempo en tratamiento antirretroviral: menor 2 meses ( ) 2-6 meses ( )</b> <b>6-12 meses ( ) más de 12 meses( )</b>	
<b>Uso de alguna sustancia adictiva: si ( ) no ( )</b>	

## ANEXO 4. Cuestionario de Escala de Bienestar Psicológico

**Instrucciones:** Lea con atención el siguiente cuestionario e indique que tan de acuerdo o en desacuerdo esta con respecto a cada afirmación, en donde 0 es totalmente en desacuerdo y 4 es totalmente de acuerdo. Sus respuestas son muy importantes por lo que pedimos responda con total sinceridad, sabiendo que la información que comparte es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar.

PREGUNTA	Totalmente desacuerdo 1	Desacuerdo 2	De acuerdo 3	Totalmente de acuerdo 4
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas				
2. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida				
3. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga				
4. Disfruto haciendo planes para futuro y trabajar para hacerlos realidad				
5. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo				
6. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar				
7. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mi				
8. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo				
9. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas				
10. En general siento que soy responsable de la situación en la que vivo				
11. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro				

12. Mis objetivos en la vida han sido mas una fuente de satisfacción que de frustración para mi				
13. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad				
14. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen				
15. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida				
16. En general, con el tiempo sigo aprendiendo más sobre mí mismo				
17. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza				
18. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo				
19. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona				
20. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento				

## ANEXO 5. Cuestionario CEAT VIH

Durante la última semana		Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Algunas veces	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor ¿Ha dejado de tomarlos?					
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido ¿Ha dejado de tomarlos los medicamentos?					

5. ¿Recuerda que medicamentos esta tomando en este momento? \_\_\_\_\_

6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	La mitad de las veces	Bastante veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar su tratamiento?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo

17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
		Si		No		
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/ más de uno? (Si responde afirmativamente ¿Cuántos días aproximadamente?					
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?					

## FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- **FACTORES POSITIVOS:** optimismo, una buena autoestima, capacidad de autocontrol y capacidad de afrontar su diagnóstico.

- **FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO:** efectos adversos, el número de dosis y la falta de adaptación a las necesidades del paciente

- **FACTORES INTERPERSONALES:** apoyo sociofamiliar, autoestima y estima sociofamiliar percibido

## BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



## BIBLIOGRAFÍA

1. Muratori M, Zubieta E, Ubillos S, González JL. Felicidad y bienestar psicológico. Estudio comparativo entre Argentina y España. *PSYKH*. 2015; 24 (2): 1-18.
2. Ballesteros BF, Medina A, Caycedo C. El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá. *Colombia. Univ. Psychol. Bogotá*. 2006; 5 (2): 239-258.
3. Ortega CJJ, Sánchez HD, Rodríguez MOA, Ortega LM. Adherencia terapéutica un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2018; 16 (3): 226-232.
4. Pages-Puigdemont N, Valverde-Merino M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018; 59(4): 251-258.

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar 64

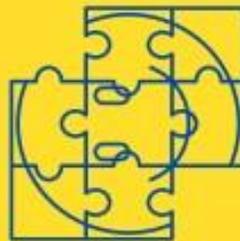
PAULIN MENDOZA MARCO ANTONIO  
R2 MEDICINA FAMILIAR

## FACTORES RELACIONADOS AL BIENESTAR PSICOLÓGICO

### ¿QUÉ ES BIENESTAR PSICOLÓGICO?

Define como el desarrollo personal de la persona, en el estilo y forma de hacer frente a los retos vitales, con el objetivo de conseguir una meta.

Interpretándose como el proceso y obtención de valores que hacen al individuo a sentirse vivo y auténticos, haciéndolos crecer como personase individuos, otorgándoles las herramientas para afrontar las dificultades presentadas en a lo largo de su vida



Se compone de seis dimensiones:

Autoaceptación, que es el conocimiento y la aceptación de las habilidades y limitaciones.

Las relaciones positivas, capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas y tener vínculos de confianza.

Autonomía, la cual permite que la persona puede concebirse viviendo de acuerdo a lo que cree, manteniendo en todo momento su independencia y autoridad.

Dominio del entorno, la cual hace referencia a la capacidad de poder elegir y crear en ambiente el cual favorezca su convicción para obtener los objetivos establecidos.

Propósito de vida define como la capacidad de uso de sus potencialidades

Crecimiento personal, el cual implica el uso que la persona hace de sus potencialidades y cualidades.

### ¿ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL?

La capacidad que tiene el paciente de involucrarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, el cual permita mantener el cumplimiento del mismo, con la finalidad de conseguir una disminución en la replicación viral.



La adherencia al tratamiento antirretroviral superior al 95%, ha demostrado suprimir adecuadamente la carga viral, como también se ha comprobado que una adherencia del 90%