

División Académica de Ciencias de la Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**EMPODERAMIENTO, AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA, EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA”**

**Tesis que para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

LUIS ALBERTO MENDOZA MARTINEZ

Directores:

DRA. CS. SILVIA MARÍA GUADALUPE GARRIDO PEREZ

DRA. CS. MARÍA ISABEL ÁVALOS GARCÍA

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2024



AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



2023
Francisco
VILLA
EL RECONQUISTADOR DEL NOROCCIDENTE

Villahermosa, Tabasco, 23 de noviembre de 2023

Of. No. 678/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Luis Alberto Mendoza Martínez

Especialidad en Medicina Familiar

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"EMPODERAMIENTO, AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA"** con índice de similitud **6%** y registro del proyecto **No. JI-PG-259**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Nidia Arlene Mendoza Hernández, Dra. Guadalupe Paz Martínez, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dra. Elia Gabriela Frías Reyes y la MSC. Ana Isabel López Salvador. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Cs. María Isabel Avalos García, Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García. - Director de tesis
C.c.p.- Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.- Director de tesis
C.c.p.- Dra. Nidia Arlene Mendoza Hernández. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. - Sinodal
C.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Elia Gabriela Frías Reyes. - Sinodal
C.c.p.- MSC. Ana Isabel López Salvador. - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/DC'OGMF/ypc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **13:30** horas del día **15** del mes de **noviembre de 2023** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

"EMPODERAMIENTO, AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA"

Presentada por el alumno (a):

Mendoza Martínez Luis Alberto

Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matrícula

2	1	1	E	7	0	0	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

Dra. Cs. María Isabel Avalos García

Directores de tesis

Dra. Nidia Arlene Mendoza Hernández

Dra. Guadalupe Paz Martínez

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dra. Elia Gabriela Frías Reyes

MSC. Ana Isabel López Salvador



CARTA DE SESIÓN DE DERECHOS

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Luis Alberto Mendoza Martínez , alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70065 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Empoderamiento, afrontamiento y adherencia terapéutica en pacientes con VIH-SIDA en una unidad de atención primaria.”**, bajo la Dirección del Dra. María Isabel Avalos García, Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada, Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: yo_dark70@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Luis Alberto Mendoza Martínez

Nombre y Firma





ÍNDICE

TABLAS Y FIGURAS	VII
AGRADECIMIENTOS	VIII
DEDICATORIAS	IX
RESUMEN	X
ABREVIATURAS	XIII
GLOSARIO DE TERMINO	XIV
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Definición VIH/SIDA	3
2.2 Antecedentes	4
2.3 Panorama epidemiológico	4
2.4 Afrontamiento	5
2.5 Modelos de intervención	7
2.6 Empoderamiento	7
2.7 Adherencia terapéutica	8
2.8 Estigma y discriminación	8
2.9 Estudios relacionados	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	15
6. OBJETIVOS	15
6.1 Objetivo general	15
6.2 Objetivos específicos	15
7. MATERIAL Y MÉTODO	16
7.1 Diseño del estudio	16
7.2 Población	16
7.3 Muestra	16
7.4 Criterios de selección	16
7.5 Variable Dependiente	17
7.6 Variable indicadora independiente	17
7.7 Variables Independientes	17



7.8 Proceso Operacionalización de las Variables del estudio.....	18
7.9 PROCEDIMIENTO, INSTRUMENTOS, RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS.....	21
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
9. RESULTADOS	26
10. CONCLUSIONES.....	48
11. DISCUSIÓN.....	49
12. RECOMENDACIONES.....	51
13. BIBLIOGRAFÍA.....	53
14. ANEXOS.....	55

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas, de los pacientes de VIH/SIDA	26
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con VIH/SIDA.....	28
Tabla 3. Empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA	29
Tabla 4. Adherencia Terapéutica de los pacientes con VIH/SIDA.....	29
Tabla 5. Tipología familiar con paciente VIH/SIDA.....	29
Tabla 6. Afrontamiento paciente con VIH/SIDA	30
Tabla 7. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y su influencia en el Afrontamiento.....	31
Tabla 8. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y adherencia terapéutica	32
Tabla 9. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y ocupación	33
Tabla 10. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y género	34
Tabla 11. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y religión	35
Tabla 12. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y residencia actual	36
Tabla 13. Empoderamiento y nivel socioeconómico	37
Tabla 14. Empoderamiento y tipología familiar	38
Tabla 15. Empoderamiento y comorbilidades.....	39
Tabla 16. Empoderamiento y vía de contagio	40
Tabla 17. Empoderamiento y estigma en las personas portadoras de VIH/SIDA	40
Tabla 18. Empoderamiento y Rechazo en las personas portadoras de VIH	41
Tabla 19. Empoderamiento y discriminación de las personas portadoras de VIH	42
Tabla 20. Empoderamiento y discreción con la familia acerca de ser portadores de VIH	43
Tabla 21. Adherencia y estigma en las personas portadoras de VIH/SIDA	44
Tabla 22. Adherencia y Rechazo en portadores de VIH/SIDA.....	45
Tabla 23. Adherencia y discriminación en portadores de VIH/SIDA	46
Tabla 24. Adherencia y discreción con la familia acerca de ser portadores de VIH/SIDA.....	47



AGRADECIMIENTOS

A dios por guiarme y acompañarme en esta especialidad de medicina familiar

A mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos.

A mis docentes Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Dra. María Isabel Avalos García, y al Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada a todos ellos les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí. Sin ustedes los conceptos serían solo palabras, y las palabras ya sabemos quién se las lleva, el viento.

Y por último Agradecerles a mi Team que se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas.



DEDICATORIAS

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

A mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante.

A mi abuelita, por los ánimos de seguir luchando por este sueño.

También a mi hermana, por brindarme su apoyo moral en esas noches que tocaba hacer guardia.

A mis profesores del CESSA Tierra colorada por transmitirme su sabiduría y enseñanzas que me otorgaron.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Este trabajo pretende averiguar acerca la problemática del diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), y la percepción del empoderamiento y este como influyen para el afrontamiento y la adherencia terapéutica. En su reporte histórico de VIH 2do trimestre 2021 las cifras de los casos notificados de VIH según la entidades federativa de residencia son 322,987 en general de esto siendo 60,315 féminas y 262,672 hombres lo cual va en aumento **OBJETIVO:** Conocer la percepción del empoderamiento y su influencia en el afrontamiento y adherencia terapéutica de las personas con VIH/SIDA del CESSA Tierra Colorada **MATERIAL Y METODO:** Diseño de estudio de observacional con enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo), de tipo transversal, analítico, realizado en el universo de N=100 pacientes con VIH/SIDA, CESSA Tierra Colorada periodo 2022 a 2023. Se aplicó un cuestionario mediante Google Forms integrado por 52 ítems, previo consentimiento informado. Las variables de estudio fueron sociodemográficas, familiares, clínicas, así como las escalas de empoderamiento, afrontamiento y adherencia terapéuticas. Se analizaron los datos con estadística descriptiva (medidas de frecuencia y tendencia central), así como análisis bivariado según a su distribución. Se utilizó el programa estadístico SPSS 26.0 (del inglés Statistical Package for Social Sciences), que significa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. Los resultados se expresaron en tablas. El estudio obtuvo la autorización del comité de ética de la unidad. **RESULTADOS:** Se demostró que los pacientes estudiados la mayoría se percibe sin afrontamiento en el 55% (55) con respecto a los que se perciben con afrontamiento. En cuanto el empoderamiento En la población bajo estudio se encontró que predominaron los pacientes que se perciben sin empoderamiento en un 69% (69) con respecto a los que si se sienten empoderados. En adherencia terapéutica En los pacientes estudiados la mayoría se percibe sin adherencia a su tratamiento en el 71% (71) con respecto a los que se perciben como adheridos. **CONCLUSION:** En este trabajo se logró demostrar que los pacientes con VIH/SIDA se perciben sin afrontamiento y empoderamiento. Los pacientes que se perciben sin empoderamiento



tienen más probabilidades de no afrontar su enfermedad. Se demostró que el empoderamiento y el afrontamiento, son un factor fundamental para el buen apego al tratamiento. Un factor de riesgo que se identificó fue el estigma y rechazo por el personal de salud hacia el paciente, lo que condiciona un mal apego al tratamiento. La falta de adherencia terapéutica tiene un origen multifactorial. Además, al tratarse de un comportamiento dinámico, puede modificarse a lo largo del tiempo, por lo que deberá evaluarse periódicamente.

PALABRAS CLAVES: Empoderamiento, afrontamiento, adherencia terapéutica y VIH/SIDA.

ABSTRACT

This work aims to find out about the problem of the diagnosis of Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS), and the perception of empowerment and how it influences coping and therapeutic adherence. In its historical HIV report for the 2nd quarter of 2021, the numbers of reported cases of HIV according to the federal entities of residence are 322,987, in general, of this being 60,315 women and 262,672 men, which is increasing **OBJECTIVE:** To know the perception of empowerment and its influence in the coping and therapeutic adherence of people with HIV/AIDS at CESSA Tierra Colorada **MATERIAL AND METHOD:** Observational study design with mixed approach (quantitative-qualitative), cross-sectional, analytical, carried out in the universe of N=100 patients with HIV/AIDS, CESSA Tierra Colorada period 2022 to 2023. A questionnaire was applied through integrated Google Forms for 52 items, prior informed consent. The study variables were sociodemographic, family, and clinical, as well as the therapeutic empowerment, coping, and adherence scales. The data were analyzed with descriptive statistics (measurements of frequency and central tendency), as well as bivariate analysis according to their distribution. The statistical program SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) was used. The results were expressed in tables. The study obtained authorization from the unit's ethics committee. **RESULTS:** It



was shown that the majority of the patients studied perceived themselves without coping, 55% (55) compared to those who perceived themselves as coping. Regarding empowerment, in the population under study it was found that patients who perceived themselves as lacking empowerment predominated by 69% (69) compared to those who did feel empowered. In therapeutic adherence In the patients studied, the majority perceived themselves as not adhering to their treatment in 71% (71) compared to those who perceived themselves as adherent. **CONCLUSION:** In this work it was possible to demonstrate that patients with HIV/AIDS perceive themselves as lacking coping and empowerment. Patients who perceive themselves as disempowered are more likely to not cope with their illness. It was shown that empowerment and coping are a fundamental factor for good adherence to treatment. A risk factor that was identified was stigma and rejection by health personnel towards the patient, which conditions poor adherence to treatment. The lack of therapeutic adherence has a multifactorial origin. Furthermore, as it is a dynamic behavior, it can change over time, so it must be evaluated periodically.

KEYWORDS: Empowerment, coping, therapeutic adherence and HIV/AIDS.



ABREVIATURAS

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia Humana Adquirida
ARV	Antirretrovirales
CESSA T.C.	Centro de Servicios de Salud Ampliados de Tierra Colorada
CD4	Cúmulo de Diferenciación 4
ARN	Ácido Ribonucleico
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
COVID-19	Coronavirus Disease 2019



GLOSARIO DE TERMINO

Empoderamiento

proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. Para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar.

Adherencia terapéutica

El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario

Afrontamiento

se refiere, de forma general, a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas a manejar situaciones difíciles. Involucra aquellos procesos cognitivos, emocionales y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona

VIH

Es el virus de inmunodeficiencia humana adquirida, ataca a los glóbulos blancos, debilitando el sistema inmunitario, y esto hace que sea más fácil contraer enfermedades como la tuberculosis, otras infecciones y algunos tipos de cáncer.

SIDA

SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA es la fase más avanzada de la infección por el VIH.



1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende averiguar acerca la problemática del diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) y la consecuencia en la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento, en un Centro Ambulatorio Para La Prevención y Atención del SIDA e Infecciones De Transmisión Sexual, según el del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH; En su reporte histórico de VIH 2do trimestre 2021 las cifras de los casos notificados de VIH según la entidades federativa de residencia son 322,987 en general de esto siendo 60,315 féminas y 262,672 hombres. ⁽¹⁾

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) provoca la infección del mismo nombre, y ataca y elimina los linfocitos del sistema inmunitario. En su forma más grave, el VIH provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los primeros casos en el mundo occidental ocurrieron en Estados Unidos en 1981, entre grupos de homosexuales y drogadictos. ⁽²⁾ En 1983 se documentó el primer caso de VIH/SIDA en México, los cuales fueron 6 notificados y 67 diagnosticados. ⁽¹⁾

La familia funcional puede realizar las tareas que le son asignadas, de acuerdo con su propio ciclo vital familiar y en relación con las necesidades que percibe del medio externo; Es la combinación de sentimientos, conductas y expectativas entre los miembros de la familia, que permite a cada uno crecer como individuo, al mismo tiempo que les da la sensación de que no están solos y pueden contar con el apoyo de los demás. La relación entre el apoyo social, la depresión, el afrontamiento y la salud parece ser particularmente importante para las personas que viven con el VIH. Zich y Timoshuk expusieron que los pacientes de VIH-SIDA que carecían de apoyo social y familiar tenían más recaídas y síntomas físicos más severos. ⁽³⁾

Se entiende como estrategias de afrontamiento a los recursos psicológicos y sociales que las personas activan en respuesta a situaciones estresantes. Aunque su implementación no siempre garantiza la victoria, sirve para crear, evitar o reducir los



conflictos entre las personas, en beneficio propio, y asistiendo a su fortalecimiento. Además, McCubbin, Cauble y Patterson advierten que los métodos de afrontamiento no solo se expresan de forma aislada, sino que también emergen como mediadores en contextos sociales. De esta manera, se utilizan estrategias de afrontamiento de crisis normativas o para normativa en los grupos familiares para mantener y restablecer el equilibrio y asegurar el bienestar de los miembros de la familia. ⁽⁴⁾

Si bien tratar con individuos y familias implica esfuerzos conductuales y/o cognitivos para lidiar con situaciones estresantes, Mc Cubbin distingue entre ellos. El primero se refiere a los procesos individuales en los que los sujetos, aunque influenciados por la sociedad, determinan la dirección en la que enfrentan los problemas de la vida cotidiana y así determinan el tipo de estrategias que utiliza cuando enfrenta eventos críticos y estresantes en su realidad. Por su parte, el afrontamiento familiar ejemplifica dinámicas de grupo para reducir el estrés y velar por el bienestar de los miembros. ⁽⁴⁾



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La infección por VIH debilita gradualmente el sistema inmunitario y aumenta la incidencia de infecciones oportunistas.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita la resistencia de las personas con sistemas inmunitarios sanos a diversas infecciones y ciertos tipos de cáncer. Cuando el VIH destruye las células inmunitarias e impide que el sistema inmunitario funcione correctamente, las personas infectadas se debilitan gradualmente. Por lo general, la función inmunológica se mide por el recuento de CD4. La etapa más grave de la infección por el VIH es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que puede durar varios años en manifestarse según el individuo y si tiene tratamiento o no. Las personas con SIDA pueden desarrollar ciertos tipos de cáncer e infecciones o desarrollar otros síntomas clínicos crónicos graves.⁽⁵⁾

La diferencia entre la infección por VIH y el SIDA es que las personas VIH positivas son seropositivas y desarrollan SIDA cuando los linfocitos T CD4 (células afectadas por el virus) descienden por debajo de 200 células por ml de sangre al día. El VIH se transmite a través de fluidos corporales: sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

La enfermedad es causada por retrovirus, que son virus de ARN que se replican con ADN intermediario dependiente de la enzima ADN polimerasa, o retrotranscriptasa, derivada del ARN y que se encuentra en los viriones. Este grupo de enzimas permite que la información genética de este tipo de ARN sea copiada o transcrita a ADN. El proceso de fabricación de una partícula de información genética en forma de ARN se debe únicamente a estos virus. De estas, las que afectan a los humanos son el VIH 1 y el VIH 2, que fueron descubiertas en 1983 y 1986, respectivamente.⁽⁶⁾



2.2 Antecedentes

El VIH/SIDA es una pandemia y los primeros pacientes fueron diagnosticados en 1981 en ciudades como San Francisco, Los Ángeles y Nueva York. (7) al presentarse en cinco jóvenes homosexuales, estudiados en hospitales diferentes, neumonía por un germen oportunista: el protozoo *Pneumocystis Carinii* en mayo de 1980 y junio de 1981. En junio del mismo año, hubo 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi y otras infecciones oportunistas. Todas estas infecciones se acompañan de inmunosupresión severa, más común en homosexuales o consumidores de drogas, lo que sugiere que son causadas por gérmenes o bacterias de transmisión sexual a través del torrente sanguíneo, y no se denominaron infecciones adquiridas hasta 1982. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (6)

2.3 Panorama epidemiológico

En 2016, aproximadamente 36,9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, principalmente en África y Asia subsahariana. Cerca de 78 millones de personas se han infectado con el VIH y alrededor de 41 millones han muerto desde el inicio de la pandemia; 17.1 millones desconocían su diagnóstico y 22 millones no estaban en terapia antirretroviral (7)

El modelo Spectrum (versión 5.757 Beta 14) utilizado por ONUSIDA estima que a finales de 2018, la prevalencia del VIH/SIDA entre adultos en México era de alrededor de 0.2 por cada 100 personas de 15 a 49 años. Desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2019 se reportaron un total de 306,277 casos de VIH y SIDA, de los cuales el 81.1% (248,377) fueron hombres. El 18.9% (57,900) eran mujeres, y en 2019 la relación acumulada de casos de VIH entre hombres y mujeres fue de 4:1. (8)

El número de nuevos casos de SIDA aumenta constantemente, pero el número de casos de SIDA se ha mantenido constante y ha disminuido significativamente en comparación con el número de infecciones por el VIH.

39 millones de personas en todo el mundo vivían con el VIH en 2022. 1,3 millones de personas se infectaron por el VIH en 2022. 630 000 personas murieron de



enfermedades relacionadas con el sida en 2022. 29,8 millones de personas accedían a la terapia antirretroviral en 2022. 85,6 millones de personas se han infectado por el VIH y 40,4 millones han muerto por enfermedades relacionadas con el sida desde el inicio de la epidemia.

A 2019, las entidades federativas con mayor número de casos registrados de VIH y sida se describen a continuación: Ciudad de México 44,345 (14.5%), Estado de México 30,490 (10.0%), Veracruz 28,763 (9.4%), Jalisco 17,333 (5.7%). Chiapas 15,537 (5.1%), Puebla 13,760 (4.5%), Baja California 12,794 (4.2%), Guerrero 12,574 (4.1%), Oaxaca 10,306 (3.4%) y Nuevo León 10,072 (3.3%). Los estados con mayores tasas de VIH y sida en 2019 fueron: Quintana Roo, 55.2 por cada 100,000 habitantes, Campeche 38.8, Yucatán, 31.1, Colima, 30.5 y Baja California Sur 23.1, Veracruz 22.6, Tabasco 22.0, Baja California 20.9, Morelos 19.2 y Guerrero 17.0 por 100,000 habitantes. El grupo de edad de 20 a 44 años representó el 80.4% de los casos registrados. De los 17, 52 casos registrados en 2019, el 84.8% (14,452) fueron hombres y el 15.2% (2,600) mujeres. ⁽⁸⁾

En el 2022 se diagnosticaron 14,093 nuevos casos de VIH. Quintana Roo (48.92), Campeche (23.03), Yucatán (22.18), Colima (21.88) y Tabasco (17.86) cuentan con la mayor tasa de casos nuevos de VIH. ⁽⁹⁾

2.4 Afrontamiento

Hay varias definiciones de afrontamiento, pero en general el enfoque transaccional de Lazarus es actualmente aceptado por los expertos en estrategias de afrontamiento.

Según Lazarus en 1966, el afrontamiento era un proceso que se activaba cuando se percibía una amenaza, con el objetivo de corregir el conflicto emocional y eliminar esa amenaza. En estudios posteriores, Lazarus y Folkman en 1984 sugirieron que existe una relación entre el estrés y el afrontamiento, y que esto se considera una respuesta adecuada al estrés. Así, para los autores, el afrontamiento se define como los esfuerzos continuos de cambio cognitivo y conductual para gestionar necesidades externas y/o internas específicas que se valoran como una carga o incluso más allá de los recursos de la persona.



El afrontamiento es una respuesta que se produce en situaciones de estrés, es decir, que son las herramientas y recursos que un individuo desarrolla para hacer frente situaciones externas y/o internas más allá de los recursos personales. El afrontamiento activo una enfermedad grave se asocia con una reducción del estrés relacionado con la enfermedad. Por otro lado, se ha demostrado que el afrontamiento pasivo reduce la calidad de vida, ya que se asocia con una progresión más rápida de la enfermedad y un mayor estrés emocional. ⁽¹⁰⁾

Una de las autoras que utilizó el término "afrontamiento" en su teoría de la adaptación fue Callista Roy. En su trabajo, muestra que el afrontamiento ayuda a la adaptación. Y define los procesos de afrontamiento como "modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno"

Otro teórico para tener en cuenta es Merle H. Mishel, que en su Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad defiende que "el afrontamiento se produce de dos modos, y tiene como resultado la adaptación. El afrontamiento será en función de si la incertidumbre se valora como un peligro o como una oportunidad."

Lazarus y Folkman en 1988 manejan dos tipos de enfrentamiento dentro de su teoría:

- a) El enfrentamiento orientado al problema: implica cambiar el problema de la relación del hombre con el medio tomando acciones contra el medio o contra sí mismo.
- b) El enfrentamiento orientado a la emoción, es decir, cambiar la forma en que una relación estresante es con el entorno o el significado de lo que sucede durante una reunión estresante, reduciendo así el estrés.

Para sobrevivir, una persona debe distinguir las situaciones favorables de las situaciones peligrosas, por lo tanto, la evaluación cognitiva en su forma básica de evaluación como un proceso mental de determinación continua de las consecuencias de una determinada situación o evento para esa persona. La evaluación cognitiva asume que las personas en general quieren y quieren comprender lo que sucede a su alrededor y cómo afecta su felicidad, siempre desde una perspectiva optimista, la interacción de factores personales como el compromiso, el deseo, el deseo de control personal y la existencia Creencias. Las creencias se influyen y se definen unas a otras Evaluaciones cognitivas Lazarus y Folkman en 1986. La evaluación cognitiva es evaluativa porque toma en cuenta el impacto y las consecuencias de los eventos; tiene



dos etapas: evaluación primaria, evaluación secundaria; el orden de aparición de ambos en la evaluación no es importante, el primero y el segundo independientemente de su orden de aparición ⁽¹¹⁾

2.5 Modelos de intervención

Es importante entender que la familia es la primera red de apoyo social, tiene todos los espacios para la protección y la asistencia; Sin embargo, también puede difundir información o comportamientos negativos, y en lugar de ser de apoyo, conlleva riesgos para la salud, como lo demuestra una encuesta realizada en Colombia, los hallazgos sugieren que hay Diversas respuestas familiares ante la enfermedad, que en algunos casos pueden ser apoyo emocional, falta de atención y apoyo, o manifestación de limitaciones y distancias en el trabajo o interacción personal con el paciente ⁽¹²⁾

2.6 Empoderamiento

El concepto de empoderamiento se utiliza en muchos contextos. En el sector salud, el empoderamiento ha sido adoptado, primero como directriz de las acciones de promoción de la salud, y desde hace varios años como estrategia de manejo de enfermedades crónicas. Sin embargo, a pesar del amplio consenso sobre su importancia y carácter multidimensional, no existe una definición unánimemente aceptada de empoderamiento, sus aspectos o su funcionamiento. ⁽¹³⁾

Para implementar estrategias de empoderamiento ya sea personalizadas y diferenciadas, los países y regiones deberán adaptar sus estrategias en respuesta a sus propias condiciones económicas y epidemiológicas, y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. y promover y proteger los derechos humanos y facilitar el progreso hacia la erradicación del sida para 2030. La estrategia incluye perfiles de siete regiones, que describen acciones prioritarias para iniciar respuestas regionales al VIH. Su objetivo es proporcionar a las personas los programas, el conocimiento y los recursos que necesitan para reclamar sus derechos, protegerse y prosperar frente al VIH. Estrategias para determinar dónde, por qué y para quién no funcionan las respuestas. Sobre la base de lecciones clave de la combinación de las pandemias de



SIDA y COVID-19, esta estrategia se basa en herramientas y enfoques probados de respuesta al VIH. Identifica prioridades estratégicas y acciones prioritarias para lanzar la respuesta al VIH para terminar con el SIDA como una amenaza para la salud pública para 2030.⁽¹⁴⁾

2.7 Adherencia terapéutica

La adherencia entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular. El término adherencia o cumplimiento terapéutico incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes.⁽¹⁵⁾

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario». Esta definición se basa en la propuesta por Haynes 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta⁽¹⁶⁾

2.8 Estigma y discriminación

La palabra estigma se utiliza para referirse a una cualidad o aspecto de uno mismo que es seriamente sospechoso. El estigma es un proceso social que depende del contexto colectivo en el que ocurre, ya que las características estigmatizantes de la evaluación



de un individuo dependen de otros, y ocurre en un contexto espacial y subjetivo influenciado por varios factores

El estigma opera en procesos sociales donde existen estructuras de poder en las que las personas son etiquetadas, estereotipadas, menospreciadas y discriminadas porque se las considera inferiores por diversas razones. El estigma y la discriminación pueden tener consecuencias potencialmente devastadoras para la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA, causando un daño enorme a la salud de las personas que viven con el SIDA y a los países que luchan por desarrollar políticas públicas que puedan controlar la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

2.9 Estudios relacionados

En 2021, Danica Caldera-Guzmán y colaboradores realizaron un estudio de función familiar de pacientes con VIH/SIDA en la Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato, con 65 pacientes, y obtuvieron los siguientes resultados. La disfunción familiar es algo prevalente en los pacientes con VIH/SIDA, siendo más prominente la falta de apoyo relacionada con la adaptación, la participación y el desarrollo, así como solo, lo que resulta en menos redes de apoyo para los pacientes. Estos aspectos conducen a una menor adherencia y mayores tasas de depresión y ansiedad. ⁽¹⁸⁾

En 2022, Camilo Macías Bestard y colaboradores realizaron un estudio sobre enfoques psicológicos en el tratamiento del VIH/SIDA, en el que se demostró que las consultas y reuniones con terapeutas profesionales son herramientas indispensables en el tratamiento del VIH/SIDA. El profesional médico bajo la guía de un psicólogo debe considerar fundamental que los temas abordados incluyendo la atención de los trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo puedan ocurrir después del diagnóstico y durante el mismo. Todo desarrollo de enfermedad o muerte de una persona si el pronóstico y la evolución son negativos, y el afrontamiento e integración en la sociedad y el trabajo, en la medida en que la enfermedad lo permita. ⁽¹⁹⁾



Maggie Campillay y sus colegas en 2021 reflexionan sobre el estigma y la discriminación que enfrentan las personas que viven con el VIH/SIDA. Esto es una violación de los derechos básicos de estas personas y un obstáculo para la eliminación de la enfermedad. Según estudios realizados en varios países, las personas en este estado se sienten discriminadas por la sociedad y los profesionales médicos. Esta es una de las áreas que dificulta el acceso al tratamiento, la adherencia al tratamiento y la educación sobre el cambio de comportamiento entre los grupos en riesgo. ⁽²⁰⁾

En 2022, Angie Carolina Arias Bustos y colaboradores realizaron un estudio en Bogotá, Colombia sobre la dinámica familiar en el cuidado del VIH/SIDA y las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los cuidadores familiares, y concluyeron que: El nivel de sobrecarga de los cuidadores en este caso es alto, cuando la persona asistida recae de una infección oportunista y progresa a SIDA, lo que se explica principalmente por la sobrecarga del cuidador, la ayuda es cuando la persona pierde el control de sí misma. disfrutó, además de que un evento inesperado requirió cuidados intensivos por tratarse de una enfermedad de cuidados paliativos; En segundo lugar, porque no hay suficiente asignación de cuidados y este recae precisamente en una sola persona, por lo que, dado el nivel de desconocimiento de la enfermedad viral, los cuidadores y las personas que viven con VIH/SIDA toman la decisión de guardar silencio frente a la familia. (consanguíneo) para no crear estigmas ni discriminación.

Deisy Viviana Cardona Duque realizó un estudio de 2022 sobre depresión y factores relacionados en pacientes colombianos con VIH/SIDA. Este fue un estudio transversal de 70 adultos diagnosticados con VIH. Llegaron a la conclusión de que la depresión a menudo afecta a las personas con VIH/SIDA. Personas que viven con el VIH y altos niveles de ansiedad asociados con él. Tener una relación sexual mejoró el estado de ánimo de estos pacientes, posiblemente porque era una fuente de apoyo social. ⁽²¹⁾

Marian A. Ramos Pineda y colaboradores en el 2020 realiza una investigación sobre la Discriminación social y su relación con el afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH, Estudio analítico, transversal y correlacional. El universo está constituido por



personas viviendo con VIH que acuden a un hospital controlado por VIH/SIDA, de julio a agosto de 2019 en el estado de Aguascalientes. Sin embargo, existe mucha discriminación en cuanto a la atención médica, por lo que los usuarios reportan diferentes percepciones del trato.

Existe evidencia de que los pacientes con VIH/SIDA hacen un uso extensivo de estrategias de afrontamiento cognitivas (centradas en el problema) y buscan el apoyo de profesionales de la salud y religiosos. ⁽²²⁾

Ana María Restrepo Muñoz en 2021, investigo métodos para implementar estrategias de afrontamiento y esquemas mal adaptativos en personas diagnosticadas con VIH. Se evaluaron patrones de respuesta y estrategias de afrontamiento en 31 pacientes de Medellín diagnosticados con VIH. Para ello se utilizaron estrategias de afrontamiento y de esquemas mal adaptativos para la población colombiana. Los resultados evidencian que claramente existe un vínculo entre algunas estrategias de afrontamiento y mal adaptativos, como aquellos con reducción de resiliencia y reevaluación positiva, renuncia religiosa, restricción inadecuada y evitación emocional sobre programas inapropiados; relación es consistente con la teoría cognitiva. En resumen, el esquema de contingencia es el eje central del procesamiento de la información que puede utilizarse en estrategias de afrontamiento específicas, como el diagnóstico de VIH-SIDA. ⁽²³⁾

Carlos Cerdeño en 2023 estudió la correlación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia en personas diagnosticadas con VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Para ello, sobre una muestra de 40 personas se utilizó el inventario de estrategias de afrontamiento de Tobin y col(1989), la adaptación española de Cano y col (2007) y la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993).

Los resultados mostraron que la mayoría de los sujetos eran altamente resilientes y que las estrategias de afrontamiento más comunes utilizadas en el diagnóstico del VIH eran estrategias adaptativas, centradas tanto en los problemas como en las emociones. Correlación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento resilientes y adaptativas. ⁽²⁴⁾



Melina Miaja Avila y colaboradores en 2021, en este estudio, se diseñó una muestra no probabilística en base a un número igual de género de pacientes con VIH/SIDA (hombres y mujeres) atendidos en Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de Nuevo León, la población general y en muestra cínica. La relación del afrontamiento con la ansiedad ante la muerte se determinó más en los ensayos clínicos que en la población general. Los estilos de afrontamiento negativos y las estrategias de evitación, así como un menor nivel educativo, son predictores del miedo a la muerte. En muestras clínicas, los factores de supervivencia esperados, incluida la vigilancia antirretroviral, un tiempo más prolongado después del diagnóstico y una carga viral indetectable, fueron predictivos de una reducción del miedo a la muerte. ⁽²⁵⁾

Maria J. Fuster Ruiz de Apodaca y colaboradores en 2021 utilizaron un modelo cuasiexp con controles no equivalentes y ensayos previos y posteriores al juicio. Participaron 221 personas seropositivas, 164 recibieron la intervención y 56 estaban en el grupo de control no equivalente. estrategia de métodos y - respeto y calidad de vida. Estos resultados sugieren que las personas que viven con el VIH pueden hacer frente al estigma. ⁽²⁶⁾



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA se descubrió por primera vez en todo el mundo en la década de 1980 y cobró miles de vidas. Se convertirá en un virus y una pandemia mundial sin importar la edad, el sexo, la raza, la religión, la cultura o la región, creando enormes dimensiones biológicas, económicas, familiares y de psicológicas.

En el 2020 los datos relacionados de VIH/SIDA fueron alarmantes a nivel mundial; 37,7 millones [30,2 millones–45,1 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2020, casi toda la población de Tokio, Japón. 5 millones [1,0 millones–2,0 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2020.

680.000 [480.000–1,0 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en 2020. 79,3 millones [55,9 millones–110 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia. 36,3 millones [27,2 millones–47,8 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.

Esta investigación explora la percepción del empoderamiento que tienen las personas con VIH/SIDA, el estigma por su estado, así como la manera en que afrontan la enfermedad y su adherencia terapéutica, ya que la consistencia en la toma de la terapia antirretroviral es fundamental.

Otro aspecto importante que el Médico Familiar valora es la función familiar durante el desarrollo de la enfermedad, ya que los organismos de salud solo ven la enfermedad a nivel biológico, quedando en el olvido el componente social, emocional y familiar. Los resultados de este estudio permitirán al médico familiar contar con información valiosa para abordar una problemática de gran magnitud con estrategias innovadoras y con herramientas efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.



Por lo cual se plantea las siguientes preguntas de investigación

¿Cuál es la percepción de empoderamiento que tienen los pacientes con VIH/SIDA?

¿Cómo es el afrontamiento del paciente ante el VIH/SIDA?

¿Cómo es la adherencia terapéutica en el paciente con VIH/SIDA?

4. JUSTIFICACIÓN

En Tabasco, México en 2023, viven 13, 489 personas con el VIH/SIDA.

El VIH/SIDA, es un desafío en el campo de la salud global, con implicaciones en la calidad de vida y el bienestar. En la atención primaria, el empoderamiento, afrontamiento efectivo y el apego al tratamiento son aspectos críticos para el manejo exitoso del VIH/SIDA. Se sabe que cada persona con VIH/SIDA tiene una familia, que deben hacer frente a este complejo evento de vida que vulnera la funcionalidad familiar.

Por lo que es importante investigar cuales son las principales crisis internas o eventos estresantes que se tornan en amenazas, que pueden afectar la homeostasis de la familia y el paciente. Esta tesis tiene como objetivo explorar la interrelación de estos elementos sustantivos, desde la perspectiva de los pacientes.

Se busca no solo identificar factores relacionados, sino no también buscar estrategias para fortalecer el apoyo y la atención integral en aquellas personas que viven con VIH/SIDA.



5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Hipótesis alternativa

La percepción del empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA influye en el afrontamiento y en la adherencia terapéutica en el CESSA Tierra Colorada.

5.2 Hipótesis nula

La percepción del empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA no influye en el afrontamiento y en la adherencia terapéutica en el CESSA Tierra Colorada.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Conocer la percepción del empoderamiento y su influencia en el afrontamiento y adherencia terapéutica de las personas con VIH/SIDA del CESSA Tierra Colorada.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con VIH/SIDA en una unidad de atención primaria.
- Describir el nivel de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA unidad de atención primaria
- Identificar la percepción del empoderamiento en pacientes con VIH/SIDA unidad de atención primaria.
- Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA unidad de atención primaria.



7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Diseño del estudio

La presente investigación es de índole científico, social con enfoque cuanti-cualitativo, de tipo transversal, por cuanto está encaminada para determinar la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA y cuenta con el uso de métodos para realizar la investigación.

7.2 Población

El universo del estudio estará constituido por pacientes del CESSA Tierra Colorada de Villahermosa Tabasco, México en el periodo del 2021 al 2023.

7.3 Muestra

Se encuestará a todos los pacientes con diagnóstico de VIH que acudan al CESSA Tierra Colorada de Villahermosa Tabasco, México en el periodo del 2021 al 2023.

7.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Familias de pacientes con VIH/SIDA que CESSA Tierra Colorada de Villahermosa Tabasco, México
- Pacientes con VIH/SIDA que CESSA Tierra de Villahermosa Tabasco, México
- Que acepten participar en el estudio.
- Que el consentimiento informado sea firmado por los integrantes de la familia.

Criterios de exclusión.

- Pacientes sin familia.

Criterios de eliminación.

- Se eliminarán los cuestionarios incompletos
- Ausencia de consentimiento informado



- Que no acepten participar
- Familias que no participen con la totalidad de los miembros.

7.5 Variable Dependiente

Afrontamiento

Adherencia terapéutica (Test de Morisky-Green)

7.6 Variable indicadora independiente.

Empoderamiento al VIH/SIDA

7.7 Variables Independientes.

Sociodemográficas: Edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, religión, lugar de residencia.

Familiares: Tipología Familiar.

Clínicas: Tratamiento, Vía de contagio, comorbilidad, tiempo de diagnóstico, tiempo de tratamiento.



7.8 Proceso Operacionalización de las Variables del estudio

Operacionalización de variables independientes sociodemográficas.

Nombre de la Variable	Variable/Escala	Definición Conceptual	Definición operacional	Codificación
Edad	Cuantitativa Discreta	De acuerdo a la definición establecida de la lengua española es el tiempo en años transcurrido a partir de la fecha de nacimiento.	Tiempo expresado en años en base a la fecha de nacimiento del sujeto de estudio hasta la fecha de la aplicación de la encuesta.	Edad real del sujeto en años
Género	Cualitativa, Nominal Dicotómica	De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se refiere a los roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres	Características sexuales externas, visibles, asignadas al momento del nacimiento al que pertenece el paciente	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Nominales	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada.	Escolaridad al momento de la encuesta	1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria o equivalente 4. Bachillerato o preparatoria equivalente superior 5. Licenciatura 6. Especialidad 7. Maestría 8. Doctorado
Estado Civil	Cualitativa/ Nominal	El estado civil es una situación personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida.	Estado civil al momento de la encuesta.	1.-Soltero 2.-Casado, 3.-Unión Libre. 4.-Viudo 5.-Divorciado
ocupación	Nominales	Se define como la actividad laboral que realiza	Actividad laboral que realiza al momento de la encuesta	1. Jubilado 2. Desempleado 3. Ama de Casa 4. Comercio 5. Campesino 6. Empleado 7. Obrero
Nivel Socioeconómico	Ordinal	Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	nivel socioeconómico al momento de la encuesta	1. Alto 2. Medio Alto 3. Medio Bajo 4. Bajo
Religión	Nominal	Sistema cultural de determinados comportamientos y prácticas	Religión que profeso o no profesa al momento de la encuesta	1. Católica 2. Cristiana 3. Adventista 4. Testigos de Jehová 5. Otra 6. Ninguna
Lugar de residencia	Nominal	Sitio o región donde reside actualmente	Lugar donde reside al momento de la encuesta	1. Balancán 2. Cárdenas 3. Centla 4. Centro 5. Comalcalco 6. Cunduacán 7. Emiliano Zapata 8. Huimanguillo 9. Jalapa 10. Jalpa de Méndez 11. Jonuta 12. Macuspana 13. Nacajuca 14. Paraíso 15. Tacotalpa 16. Teapa 17. Tenosique



Operacionalización de variables independientes clínicas

Nombre de la Variable	Variable/Escala	Definición Conceptual	Definición operacional	Codificación
Tratamiento	Cualitativa Dicotómica	De acuerdo a la OPS se define como conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades	Medios de curación o paliación de VIH a que estén sometidos los pacientes, al momento del estudio, de acuerdo al esquema de tratamiento de las Guías de Práctica Clínica en México para VIH	1. Con Terapia Antiretroviral Altamente Activa 2. Sin Terapia Antiretroviral Altamente Activa
Vía De Contagio	Cualitativa Politémica	De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como cada uno de los mecanismos por el cual una enfermedad entra al organismo	Mecanismo por el cual el paciente adquirió el Virus de Inmunodeficiencia Humana	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Placentaria 4. Transfusión 5. Otros
Comorbilidad	Cualitativa Dicotómica	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario de acuerdo al manual de Infectología Kumate 2013	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	1. Sin comorbilidad 2. Diabetes Mellitus 3. Hipertensión Arterial 4. Dislipidemias 5. Hepatitis
Tiempo de diagnostico	Cuantitativa Discreta	Hace referencia al periodo expresado en años, a partir de la fecha que se le diagnosticó la enfermedad hasta determinada fecha. Semiología Surós 2017	Periodo expresado en años de que se diagnosticó VIH hasta el momento de la aplicación de la encuesta.	El tiempo total de diagnóstico expresado en años
Tiempo de tratamiento	Cuantitativa Discreta	De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de Atención de salud se refiere al lapso comprendido entre el diagnóstico de la enfermedad y el tiempo actual	Se refiere a la medida de tiempo expresada en años en que se inició el tratamiento retroviral.	El tiempo total de tratamiento expresado en años

Operacionalización de variables independientes familiares

Nombre de la Variable	Variable /Escala	Definición Conceptual	Definición operacional	Codificación
Tipología Familiar	Cualitativa Politémica	Clasificación taxonómica de la familia en base a distintos factores dependiendo del enfoque que se le quiera dar, que puede incluir más de dos autores para su estudio, De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud	Clasificación o taxonomía de la familia de acuerdo a los sus complicaciones y su composición, en base a la clasificación de la familia del consejo de medicina familiar.	1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extensa 4. Compuesta 5. Similares a familia 6. Unipersonal



Operacionalización de variables Dependiente e indicadora independiente.

Nombre de la Variable	Variable Escala	Definición Conceptual	Definición operacional	Codificación
Afrontamiento (escala de afrontamiento en VIH/SIDA)	Cuantitativa	conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes	Se realizará el test para conocer la afrontamiento al tratamiento	Cuestionario
Adherencia Terapéutica (Test de Morisky-Green)	Cuantitativa	Valora la adherencia al tratamiento	Se realizará el test para conocer la adherencia al tratamiento	Cuestionario
Empoderamiento (Cuestionario de empoderamiento en el autocuidado en pacientes con VIH/SIDA)	Cuantitativa	Es el proceso que se activa cuando una amenaza es percibida, y que apunta a regular los conflictos emocionales y a eliminar esa amenaza	Se realizará el test para conocer el grado de empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA	Cuestionario



7.9 PROCEDIMIENTO, INSTRUMENTOS, RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS.

7.9.1 PROCEDIMIENTO.

Para el desarrollo de esta investigación se realizó una junta informativa con la directora y el médico encargado del servicio de prevención combinada del VIH/SIDA del CESSA TC, se consiguió la autorización de realizar con ayuda de personal médico y de enfermería capacitado para la aplicación del cuestionario.

Se realizó el informe posteriormente en donde se dieron a conocer los resultados a las autoridades correspondiente principalmente a la directora del CESSA Tierra colorada, se decidió a trabajar con la totalidad de los pacientes encuestado. El cuestionario consta de datos sociodemográficos, así como también la aplicación de instrumentos para medirla adherencia terapéutica, afrontamiento y el empoderamiento en el autocuidado pacientes con VIH/SIDA por el investigador.

7.9.2 instrumentos

Se aplicó los siguientes cuestionarios

Cuestionario de características Sociodemográficas y Clínicas.

Para medir las características sociodemográficas, clínicas. Dentro de los ítems, se encuentran los siguientes, edad de los padres, el sexo con dos opciones, femenino y masculino, se incluyó también la religión, en donde se puede optar por católica, protestante o ninguna, el nivel socioeconómico dividido en alto, medio y bajo. Escolaridad que van de primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, profesional, especialidad, maestría y doctorado. Estado civil, que consta de soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado, separado; se preguntó también si tenían antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión,



obesidad, dislipidemia; de igual manera se preguntó si el padre de familia tiene alguna comorbilidad o enfermedad crónica.

Se analizó igual las plataformas que saben utilizar para la búsqueda de información como Facebook, WhatsApp, Google, Teams, Zoom; los temas más sobresalientes fueron nutrición, ejercicio, autoestima, enfermedades crónicas, estilos de vida saludables.

Escala de Afrontamiento escala de afrontamiento y apoyo en VIH CSE

Escala de Afrontamiento escala de afrontamiento y apoyo en VIH CSE fue construido con base en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) y a los estresores específicos que puede vivir cualquier persona con VIH/SIDA diseñado por Pakenham y Rinaldis (2002). Consta de las siguientes subes-calas: lista de problemáticas, estrés en cuidadores de VIH, apoyo social, apreciación cognitiva, estrategias de afrontamiento, estado subjetivo de salud y síntomas físicos asociados al VIH. Para este estudio, se utilizó la subescala de apreciación cognitiva que a su vez evalúa tres tipos de apreciación: amenaza, desafío y control.

Escala de Autocuidado de la Familia

LA escala empoderamiento en el autocuidado en pacientes con VIH/SIDA es referente la escala PHS-ES,15 que consta de 21 reactivos, agrupados en cuatro dimensiones: 1) toma de decisiones; 2) movilización de los recursos; 3) control sobre su salud; 4) promoción de conductas saludables. Cada reactivo tiene respuestas en una escala de tipo Likert de 9 puntos, donde 1 corresponde a “no puede hacerlo” y 9 se refiere a estar “completamente segura de que puede hacerlo”. La puntuación máxima de PHSES es de 189 y la mínima es 21. Aunque su versión original está en idioma inglés, se contaba con la versión española adaptada para ¿Latinoamérica y residentes en EUA.13



Adherencia terapéutica (Test de Morinsky-Green)

escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8) mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. Ha sido validada en pacientes hipertensos. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646.

7.9.3 Recolección de la información

Para la recolección de datos se utilizó la plataforma Google Form, se mandó una liga donde se podría acceder al cuestionario, de igual forma se realizó cuestionario en forma presencial

Se capturan los datos obtenidos en los cuestionarios del CESSA TC en la plataforma antes mencionada SPSS. El personal que apoyo dicha investigación es personal de salud del CESSA Tierra Colorada, entre los que destacan personal de enfermería, nutrición, pasantes de enfermería, promotores de salud, médicos encargados de la investigación.

7.9.4 Procesamiento y análisis de la información.

Una vez recolectada la información se procedió a la captura de ésta en una base de datos utilizando el programa SPSS 25 (*Statistical Package for the Social Sciences* [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales]).

Para el análisis univariado de los datos se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas y



discontinuas (discretas), y medidas de frecuencias absolutas ($|x|$) y relativas (%) para las variables nominales y de orden (proporciones y porcentajes).

Se recodificó la escala de afrontamiento en y apoyo en VIH/SIDA, Morinsky-Green y cuestionario de empoderamiento para el autocuidado acorde a los puntajes obtenidos en cuatro categorías o niveles de exposición. Así mismo se realizó lo propio con la escala de autocuidado en salud con cinco categorías o niveles.

Posteriormente se realizó el análisis bivariado (dependiente e independientes), por medio de pruebas de comparación de frecuencias como la chi cuadrada de Pearson, sus grados de libertad (gl) y el valor de $p < .05$.

Para la medición de la magnitud de asociación entre la variable dependiente e independientes, se realizó la razón de prevalencia (RP), sus intervalos de confianza (IC95%) y el valor de $p < .05$ de la prueba exacta de Fisher.

En los casos en los que los valores observados en las tablas de comparación fueron menores a los esperados, se realizó la prueba exacta de Yates, así como la prueba exacta de McNemar. Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas integradas o cuadros de salida.



8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio se realizó apegado a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud según lo establecido en el título 2do y capítulo 1, artículo 13 que señala que “toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, así como las bases expuestas en el artículo 14 cláusulas I al X, adaptándose a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica en favor a la posible contribución de problemas de salud.

Se realizó una explicación oral con lenguaje claro y se extendió consentimiento informado por escrito según lo sujeto en dicho artículo.

El estudio se consideró como Investigación con riesgo mínimo según lo sujeto en el Título segundo, Capítulo 1, cláusula II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Los datos obtenidos, se manejaron de manera confidencial y exclusiva para los fines que convinieron a esta investigación. También se tomó en cuenta la declaración de Helsinki en sus apartados sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica considerada como una investigación de bajo riesgo, ya que, sus procedimientos no fueron invasivos y no dañaron la integridad física, mental y social de los sujetos de estudio. Además de que la investigación médica tuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales en su precepto que es deber del médico proteger la vida, la salud y la dignidad del ser humano. El comité de investigación del CESSA aprobó el estudio.



9. RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio de los pacientes con VIH/SIDA.

Análisis Univariado

Características socio-demográficas, clínicas y familiares de los pacientes de VIH/SIDA.

De la población estudiada se obtuvo que la identidad de género que predominó fue la homosexual en el 36% (36), seguido de los hombres 36% (36). En lo que respecta a la escolaridad en su mayoría son de nivel medio superior en el 35%(35) seguido de licenciatura con el 32%(32), en cuanto a la ocupación se observó que el mayor porcentaje estuvo representado por empleados en el 52%(52), referente a la religión la mayoría fueron de religión católica con el 56%(56), en cuanto a su lugar de residencia se encontró que predominaron los pacientes del municipio del centro con el 97%(97), al clasificarlos según su estatus socioeconómico la mayoría estuvo representado por el nivel medio-bajo con el 66%(66).

Tabla 1. Características sociodemográficas, de los pacientes de VIH/SIDA

GÉNERO	<i>f</i>	%
Bisexual	6	6
Homosexual	36	36
Hombre	36	36
Mujer	21	21
No Binario	1	1
Total	100	100
ESCOLARIDAD	<i>f</i>	%
Bachillerato o preparatoria equivalente	35	35
Especialidad	4	4
Licenciatura	32	32
Maestría	3	3
Primaria	3	3
Secundaria	18	18
Sin Instrucción	1	1
Superior	4	4



Total	100	100
OCUPACION	<i>f</i>	%
Ama de casa	11	11
Campesino	1	1
Comercio	7	7
Desempleado	9	9
Empleado	52	52
Estudiante	20	20
Total	100	100
RELIGION	<i>f</i>	%
Adventista	1	1
Católica	56	56
Cristiana	15	15
Ninguna	20	20
Otra	6	6
Testigos De Jehová	2	2
Total	100	100
LUGAR DE RESIDENCIA	<i>f</i>	%
Centro	97	97
Jalpa De Méndez	1	1
Macuspana	1	1
Nacajuca	1	1
Total	100	100
NIVEL SOCIO-ECONOMICO	<i>f</i>	%
Bajo	22	22
Medio Alto	12	12
Medio Bajo	66	66
Total	100	100

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos, clínicos y familiares (n=100)



La mayoría de los pacientes estudiados no tienen una comorbilidad en el 66%(66), en cuanto a la vía de contagio más frecuente fue la homosexual en el 57% de los casos estudiados, en lo que se refiere al tratamiento actual predominaron los que llevan terapia antirretroviral altamente activa en el 85%(85)

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con VIH/SIDA

COMORBILIDADES	<i>f</i>	%
Diabetes Mellitus	4	4
Dislipidemias	4	4
Hepatitis	6	6
Hipertensión Arterial	6	6
Otra	14	14
Sin Comorbilidad	66	66
Total	100	100
VIA DE CONTAGIO	<i>f</i>	%
Heterosexual	19	19
Homosexual	57	57
Otros	24	24
TRATAMIENTO	<i>f</i>	%
con terapia antirretroviral altamente activa	85	85
sin terapia antirretroviral altamente activa	15	15
total	100	100

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográfico, clínico y familiares (n=100)



En la población bajo estudio se encontró que predominaron los pacientes que se perciben sin empoderamiento en un 69% (69) con respecto a los que si se sienten empoderados.

Tabla 3. Empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA

EMPODERAMIENTO	<i>f</i>	%
Sin Empoderamiento	69	69
Con Empoderamiento	31	31
Total	100	100

Fuente: Escala de empoderamiento para el autocuidado en pacientes con VIH/SIDA n=100

En los pacientes estudiados la mayoría se percibe sin adherencia a su tratamiento en el 71% (71) con respecto a los que se perciben como adheridos.

Tabla 4. Adherencia Terapéutica de los pacientes con VIH/SIDA

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	<i>f</i>	%
Sin Adherencia	71	71
Con Adherencia	29	29
Total	100	100

Fuente: Escala de adherencia de Morisky Green n=100

En los pacientes estudiados la mayoría se proviene de una familia nuclear 46% (46)

Tabla 5. Tipología familiar con paciente VIH/SIDA

TIPOLOGÍA	<i>f</i>	%
Compuesta	4	4
Extensa	11	11
Monoparental	22	22
Nuclear	46	46
Reconstituida	1	1
Unipersonal	16	16
Total	100	100

Cuestionario de datos sociodemográfico, clínico y familiares (n=100)

En los pacientes estudiados la mayoría se percibe sin afrontamiento en el 55% (55) con respecto a los que se perciben con afrontamiento.



Tabla 6. Afrontamiento paciente con VIH/SIDA

AFRONTAMIENTO	f	%
Sin Afrontamiento	55	55
Con Afrontamiento	45	45
Total	100	100

Fuente: Escala de afrontamiento y apoyo en VIH/SIDA n=100

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Análisis bivariado

En esta tabla se observa que los pacientes con VIH/SIDA sin empoderamiento perciben que no han afrontado de manera efectiva su enfermedad en el 65.2% (45), con una $\chi^2 = 9.388^a$ con $gl:1$ y valor de $p=0.002$ estadísticamente significativo.

Tabla 7. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y su influencia en el Afrontamiento

Afrontamiento	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	χ^2	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$	
Sin afrontamiento	f	45	10	55	9.388 ^a	1	0.002	1.534	1.14	2.1	0.003
	%	65.20%	32.30%	55.00%							
Con afrontamiento	f	24	21	45							
	%	34.80%	67.70%	45.00%							
Total	f	69	31	100							
	%	100.0%	100.0%	100.0%							

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado en pacientes con VIH/SIDA y escala de afrontamiento y apoyo en VIH/SIDA CSE n=100

De acuerdo con la magnitud de la asociación se observó que aquellos pacientes sin afrontamiento tuvieron $RP=1.534$ veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos que si tuvieron afrontamiento IC95% Li 1.136; Ls 2.072 y un valor de $p=0.003$ resultado que es estadísticamente significativo.



Se encontró que los pacientes con VIH/SIDA sin empoderamiento no tienen adherencia a su tratamiento en el 78.3% (54), con una $\chi^2= 5.699^a$ con *gl*: 1 y valor de $p=0.01$ estadísticamente significativo.

Tabla 8. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y adherencia terapéutica

Adherencia	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	χ^2	<i>gl</i>	$p=0.05$	<i>RP</i>	IC95%		* $p=0.05$
Sin adherencia	<i>f</i>	54	17	71	5.699 ^a	1	0.017	1.47	1.011	2.14	0.031
	%	78.3	54.8	71.0%							
Con adherencia	<i>f</i>	15	14	29							
	%	21.70%	45.2	29.0%							
Total	<i>f</i>	69	31	100							
	%	100%	100%	100%							

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y Test de Morisky Green n=100

De acuerdo con la magnitud de la asociación se observó que aquellos pacientes sin adherencia terapéutica tuvieron $RP=1.470$ veces más probabilidad de no tener empoderamiento comparado con aquellos que si tuvieron adherencia IC95% Li 1.011; Ls 2.140 y un valor de $p=0.031$ resultado que es estadísticamente significativo.



Los pacientes con VIH/SIDA que se perciben sin empoderamiento son empleados en el 53.6% (37) con una $\chi^2= 3.967^a$ con *gl*: 5 y valor de $p=0.554$ estadísticamente no significativo.

Tabla 9. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y ocupación

Ocupación	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	χ^2	<i>gl</i>	$p=0.05$
Ama de Casa	f	8	3	11	3.967 ^a	5	0.554
	%	11.60%	9.70%	11.0%			
Campesino	f	1	0	1			
	%	1.40%	0%	1.0%			
Comercio	f	3	4	7			
	%	4.30%	12.90%	7.0%			
Desempleado	f	5	4	9			
	%	7.20%	12.90%	9.0%			
Empleado	f	37	15	52			
	%	53.60%	48.40%	52.0%			
Estudiante	f	15	5	20			
	%	21.70%	16.10%	20.0%			
Total	f	69	31	100			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



Los pacientes con VIH/SIDA que se perciben sin empoderamiento son heterosexuales en el 37.70 (26) con una $\chi^2= 3.957^a$ con $gl:4$ y valor de $p=0.412$ estadísticamente no significativo.

Tabla 10. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y género

Genero	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	total	χ^2	gl	$p=0.05$
Bisexual	f	4	2	6	3.957 ^a	4	0.412
	%	5.80%	6.50%	6%			
Gay	f	21	15	36			
	%	30.40%	48.40%	36%			
Heterosexuales	f	26	10	36			
	%	37.70%	32.30%	36%			
Mujer	f	17	4	21			
	%	24.60%	12.90%	21%			
No Binario	f	1	0	1			
	%	1.40%	0%	1%			
Total	f	69	31	100			
	%	100%	100%	100%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



Los pacientes con VIH/SIDA que se perciben sin empoderamiento profesan la religión católica 52 % (36) con una $\chi^2= 3.816^a$ con $gl:5$ y valor de $p=0.576$ estadísticamente no significativo.

Tabla 11. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y religión

Religión	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	total	χ^2	gl	$p=0.05$
Adventista	f	1	0	1	3.816 ^a	5	0.576
	%	1.40%	0	1.0%			
Católica	f	36	20	56			
	%	52.20%	64.50%	56.0%			
Cristiana	f	10	5	15			
	%	14.50%	16.10%	15.0%			
Ninguna	f	17	3	20			
	%	24.60%	9.70%	20.0%			
Otra	f	4	2	6			
	%	5.80%	6.50%	6.0%			
Testigos de Jehová	f	1	1	2			
	%	1.40%	3.20%	2.0%			
Total	f	69	31	100			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



Los pacientes con VIH/SIDA que se perciben sin empoderamiento son originarios del municipio del Centro 97.1 % (67) con una $\chi^2 = 5.820^a$ con $gl:5$ y valor de $p=0.324$ estadísticamente no significativo.

Tabla 12. Empoderamiento del paciente con VIH/SIDA y residencia actual

Lugar de residencia	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	total	χ^2	gl	$p=0.05$
Centro	f	67	30	97	5.820 ^a	5	0.324
	%	97.1%	96.8%	97.0%			
Jalpa de Méndez	f	1	0	1			
	%	1.4%	0.0%	1.0%			
Macuspana	f	0	1	1			
	%	0.0%	3.2%	1.0%			
Nacajuca	f	1	0	1			
	%	1.4%	0.0%	1.0%			
Total	f	69	31	100			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



Los pacientes con VIH/SIDA que se perciben sin empoderamiento pertenecen al nivel socioeconómico medio bajo 66.7% (46) con una $X^2= 2.177^a$ con $gl:2$ y valor de $p=0.337$ estadísticamente no significativo.

Tabla 13. Empoderamiento y nivel socioeconómico

Nivel-Socioeconómico	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	X^2	gl	$p=0.05$
Bajo	f	13	9	22	2.177 ^a	2	0.337
	%	18.8%	29.0%	22.0%			
Medio Alto	f	10	2	12			
	%	14.5%	6.5%	12.0%			
Medio Bajo	f	46	20	66			
	%	66.7%	64.5%	66.0%			
Total	f	69	31	100			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



Los pacientes con VIH/SIDA que se perciben sin empoderamiento pertenecen a una familiar nuclear 43.5% (30) con una $\chi^2= 5.820^a$ con $gl:5$ y valor de $p=0.324$ estadísticamente no significativo.

Tabla 14. Empoderamiento y tipología familiar

Tipología familiar	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	total	χ^2	gl	$p=0.05$
Compuesta	f	2	2	4	5.820 ^a	5	0.324
	%	2.9%	6.5%	4.0%			
Extensa	f	10	1	11			
	%	14.5%	3.2%	11.0%			
Monoparental	f	17	5	22			
	%	24.6%	16.1%	22.0%			
Nuclear	f	30	16	46			
	%	43.5%	51.6%	46.0%			
Reconstituida	f	1	0	1			
	%	1.4%	0.0%	1.0%			
Unipersonal	f	9	7	16			
	%	13.0%	22.6%	16.0%			
total	f	69	31	100			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



Se encontró que los pacientes con VIH/SIDA estudiados que se perciben sin empoderamiento no presentan comorbilidades 68.1% (47) con una $\chi^2= 2.405^a$ con $gl:5$ y valor de $p=0.791$ estadísticamente no significativo.

Tabla 15. Empoderamiento y comorbilidades

Comorbilidades	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	total	χ^2	gl	$p=0.05$
Diabetes Mellitus	f	2	2	4	2.405 ^a	5	0.791
	%	2.9%	6.5%	4.0%			
Dislipidemias	f	3	1	4			
	%	4.3%	3.2%	4.0%			
Hepatitis	f	4	2	6			
	%	5.8%	6.5%	6.0%			
Hipertensión Arterial	f	5	1	6			
	%	7.2%	3.2%	6.0%			
Otra	f	8	6	14			
	%	11.6%	19.4%	14.0%			
Sin comorbilidad	f	47	19	66			
	%	68.1%	61.3%	66.0%			
total	f	69	31	100			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario empoderamiento para el autocuidado y cuestionario de datos sociodemográficos n=100



De los pacientes con VIH/SIDA cuya vía de contagio fue por medio de relaciones homosexuales se observaron sin empoderamiento el 50.7% (35), comparados con las otras categorías, con una $\chi^2= 3.576^a$ con $gl:2$ y valor de $p=0.167$ estadísticamente no significativo.

Tabla 16. Empoderamiento y vía de contagio

Vía de contagio	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	total	χ^2	gl	$p=0.05$
Heterosexual	f	15	4	19	3.576a	2	0.167
	%	21.70%	12.90%	19.00%			
Homosexual	f	35	22	57			
	%	50.70%	71.00%	57.00%			
Otros	f	19	5	24			
	%	27.50%	16.10%	24.00%			
total	f	69	31	100			
	%	100.00%	100.00%	100.00%			

Fuente: Cuestionario de empoderamiento DES 28 y cuestionario de datos sociodemográficos n=100

En los pacientes con VIH/SIDA que percibieron estigma se encontraron sin empoderamiento un 87.0% (60), con una $\chi^2=.668^a$ y un valor de $p=0.414$, estadísticamente no significativo.

Tabla 17. Empoderamiento y estigma en las personas portadoras de VIH/SIDA

Estigma	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	χ^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	$*p \leq 0.05$
Si	f	60	25	85	.668 ^a	1	0.414	1.176	.795;1.74	0.545
	%	87.00%	80.60%	85.00%						
No	f	9	6	15						
	%	13.00%	19.40%	15.00%						
Total	f	69	31	100						
	%	100.00%	100.00%	100.00%						

Fuente: Cuestionario de empoderamiento y estigma de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.



De acuerdo con la fuerza de asociación se encontró que los portadores de VIH/SIDA que refirieron ser estigmatizados tienen $RP= 1.176$ veces más probabilidad de no tener empoderamiento, comparados con los que refirieron no ser estigmatizados, con $IC95%= Li .795; Ls 1.74$ y un valor de $*p=0.545$, estadísticamente no significativo.

En los pacientes con VIH/SIDA que percibieron rechazo por parte del personal de salud, se encontraron sin empoderamiento el 36.2% (25), comparados con aquellos sin rechazo, con una $X^2=14.976^a$ $gl=1$, y un valor de $p=0.0001$, estadísticamente significativo

Tabla 18. Empoderamiento y Rechazo en las personas portadoras de VIH

Rechazo	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	X^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	$IC95\%$	$p \leq 0.05$
Si	f	25	0	25	14.976 ^a	1	0	1.704	1.297;2.236	0.0001
	%	36.20%	0.00%	25.00%						
No	f	44	31	75						
	%	63.80%	100.00%	75.00%						
Total	f	69	31	100						
	%	100.00%	100.00%	100.00%						

Fuente: Cuestionario de empoderamiento y rechazo de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

De acuerdo a la fuerza de asociación se encontró que los pacientes con VIH/SIDA que refirieron rechazo por parte del personal de salud, tienen $RP=1.704$ veces más probabilidad de encontrarse sin empoderamiento, comparados con los que no refirieron rechazo, con $IC95%=Li 1.297; Ls=2.236$ y un valor de $p=0.0001$ estadísticamente significativo.



En los pacientes con VIH/SIDA que percibieron discriminación, se observaron sin empoderamiento 44.9% (31), con una $X^2=6.001^a$, $gl=1$ y un valor de $p=0.014$, estadísticamente significativo.

Tabla 19. Empoderamiento y discriminación de las personas portadoras de VIH

Discriminación	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	X^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	$p \leq 0.05$
Si	f	31	6	37	6.001 ^a	1	0.014	1.389	1.066;1.809	0.0152
	%	44.90%	19.40%	37.00%						
No	f	38	25	63						
	%	55.10%	80.60%	63.00%						
Total	f	69	31	100						
	%	100.00%	100.00%	100.00%						

Fuente: Cuestionario de empoderamiento y estigma de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

De acuerdo a la fuerza de asociación se observó que los pacientes con VIH/SIDA que refirieron discriminación, presentan $RP=1.389$ veces más la probabilidad de estar sin empoderamiento, con $IC95\%=Li\ 1.066; Ls\ 1.809$ y un valor de $p=0.0152$ estadísticamente significativo.



Los pacientes que refirieron que es mejor no contarle a su familia y amigos que tienen VIH/SIDA se observaron sin empoderamiento el 62.3% (43), comparados con aquellos que no les importa que se entere su familia, con una $X^2=.163$ y un valor de $p=0.687$, estadísticamente no significativo.

Tabla 20. Empoderamiento y discreción con la familia acerca de ser portadores de VIH

Que se entere su familia	f/%	Sin empoderamiento	Con empoderamiento	Total	X^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	$p \leq 0.05$
Si	f	43	18	61	.163 ^a	1	0.687	1.057	.805;1.388	0.8249
	%	62.30%	58.10%	61.00%						
No	f	26	13	39						
	%	37.70%	41.90%	39.00%						
Total	f	69	31	100						
	%	100.00%	100.00%	100.00%						

Fuente: Cuestionario de empoderamiento y estigma de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

La fuerza de asociación observada en portadores de VIH/SIDA que no desean que se entere su familia que son portadores, confiere $RP=1.057$ veces más la probabilidad de no presentar empoderamiento, comparados con los que no les importa que su familia sepa su diagnóstico, con un $IC95\%= Li .805; Ls 1.388$ y un valor de $p=0.8249$ estadísticamente no significativo.



Los pacientes con VIH/SIDA que percibieron estigma, se encontraron sin adherencia al tratamiento un 85.90% (61), con una $X^2=.161^a$ y un valor de $p=0.688$, estadísticamente no significativo.

Tabla 21. Adherencia y estigma en las personas portadoras de VIH/SIDA

Estigma	f/%	Sin Adherencia	Con Adherencia	Total	X^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	* $p \leq 0.05$
Sí	f	61	24	85	.161 ^a	1	0.688	1.076	0.749; 1.545	0.7599
	%	85.90%	82.80%	85.00%						
No	f	10	5	15						
	%	14.10%	17.20%	15.00%						
Total	f	71	29	100						
	%	100.00%	100.00%	100.00%						

Fuente: Test Morisky Green y estigma de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

De acuerdo a la fuerza de asociación se encontró que los portadores de VIH/SIDA que consideraron que existe estigma contra las personas portadoras de VIH/SIDA, tienen RP= 1.076 veces más probabilidad de no tener adherencia, comparados con los que se refirieron sin estigma, con IC95%= Li 0.749; Ls 1.545 y un valor de $*p=0.7599$ estadísticamente no significativo.



En los pacientes con VIH/SIDA que percibieron rechazo por parte del personal de salud se encontraron sin adherencia, 31.0% (22), comparados con aquellos sin percepción de rechazo con una $\chi^2=4.679^a$; $gl=1$ y un valor de $p=0.031$, estadísticamente significativo.

Tabla 22. Adherencia y Rechazo en portadores de VIH/SIDA

Rechazo	f/%	Sin Adherencia	Con Adherencia	Total	χ^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	$p \leq 0.05$
Si	f	22	3	25	4.679 ^a	1	0.031	2.995	1.102;8.134	0.0409
	%	31.0%	10.3%	25.0%						
No	f	49	26	75						
	%	69.0%	89.7%	75.0%						
Total	f	71	29	100						
	%	100.0%	100.0%	100.0%						

Fuente: Test Morisky Green y rechazo de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

De acuerdo con la fuerza de asociación se encontró que los portadores de VIH/SIDA rechazados por el personal de salud presentaron $RP=2.995$ más probabilidad de no tener adherencia, comparados con los que se percibieron sin rechazo y si tienen adherencia: $IC95\%= Li1.102; Ls 8.134$ y un valor de $p=0.0409$ estadísticamente significativo.



En los pacientes que refirieron sentirse señalados o discriminados por tener VIH/SIDA, se encontraron sin adherencia el 42.30% (41), con una $\chi^2=2.899^a$ y un valor de $p=0.089$, estadísticamente no significativo.

Tabla 23. Adherencia y discriminación en portadores de VIH/SIDA

Discriminación	F/%	Sin Adherencia	Con Adherencia	Total	χ^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	$p \leq 0.05$
SI	F	30	7	37	2.899 ^a	1	0.089	1.245	0.966;1.6067	0.112
	%	42.30%	24.10%	37.00%						
No	F	41	22	63						
	%	57.70%	75.90%	63.00%						
TOTAL	F	71	29	100						
	%	100.00%	100.00%	100.00%						

Fuente: Test Morisky Green y discriminación de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

De acuerdo a la fuerza de asociación se encontró que los pacientes que refirieron no sentirse señalados o discriminados por tener VIH/SIDA, tienen $RP= 0.8249$ veces más probabilidad de presentarse sin adherencia, comparados con los que no se sienten señalados y tienen adherencia, con $IC95%= Li 0.966; Ls 1.606$ y un valor de $*p=0.112$ estadísticamente no significativo.



En los pacientes que no están de acuerdo que su familia se entere que son portadores de VIH/SIDA, se observaron sin adherencia 56.3% (40), con una $\chi^2=2.237$ y un valor de $p=0.135$, estadísticamente no significativo.

Tabla 24. Adherencia y discreción con la familia acerca de ser portadores de VIH/SIDA

Que se entere su familia	f/%	Sin Adherencia	Con Adherencia	Total	χ^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC95%	$p \leq 0.05$
SI	f	40	21	61	2.237 ^a	1	0.135	1.222	0.9408;1.561	0.1765
	%	56.3%	72.4%	61.0%						
No	f	31	8	39						
	%	43.7%	27.6%	39.0%						
Total	f	71	29	100						
	%	100.0%	100.0%	100.0%						

Fuente: Test Morisky Green y discriminación de las personas portadoras de VIH, CESSA Tierra Colorada, 2023.

De acuerdo a la fuerza de asociación se encontró que aquellos que no desean que se entere su familia que son portadores de VIH/SIDA tienen $RP=1.212$ veces, más probabilidad de no presentar adherencia, comparados con aquellos que si enteraron a su familia, con un IC95% Li 0.9408; Ls=1.0625 y un valor de $p=0.1765$ no estadísticamente significativo.



10. CONCLUSIONES

En este trabajo se logró demostrar que los pacientes con VIH/SIDA se perciben sin afrontamiento y empoderamiento.

Los pacientes que se perciben sin empoderamiento tienen más probabilidades de no afrontar su enfermedad.

Se demostró que el empoderamiento y el afrontamiento, son un factor fundamental para el buen apego al tratamiento.

Un factor de riesgo que se identificó fue el estigma y rechazo por el personal de salud hacia el paciente, lo que condiciona un mal apego al tratamiento.

La falta de adherencia terapéutica tiene un origen multifactorial. Además, al tratarse de un comportamiento dinámico, puede modificarse a lo largo del tiempo, por lo que deberá evaluarse periódicamente.

La falta de adherencia terapéutica al en personas con VIH/SIDA es multicausal, pero se da principalmente por factores personales ente los que se destaca la edad y el nivel de instrucción, pero también se incluyen: el género masculino, ocupación, situación económica baja, estilos de vida poco saludables como el consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de este campo también se incluyen las costumbres, creencias, actitudes y valores socioculturales y religiosos que llevan al abandono del TARV por la medicina alternativa.



11. DISCUSIÓN

En este estudio se identificó que la percepción del empoderamiento y afrontamiento del VIH/SIDA estuvieron ausentes y la influencia de esto, en la adherencia terapéutica fue negativa en los pacientes estudiados.

Se demostró que los pacientes estudiados la mayoría se percibe sin afrontamiento en el 55% con respecto a los que se perciben con afrontamiento. En cuanto el empoderamiento En la población bajo estudio se encontró que predominaron los pacientes que se perciben sin empoderamiento en un 69% con respecto a los que si se sienten empoderados. En adherencia terapéutica En los pacientes estudiados la mayoría se percibe sin adherencia a su tratamiento en el 71% con respecto a los que se perciben como adheridos.

Estos resultados son similares por Richard William Barrera-Espinoza en el 2021 el 94% de los pacientes se encuentra en mala adherencia terapéutica. Según el análisis multivariado, el sexo masculino y las comorbilidades relacionadas al VIH se encuentran asociadas a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Respecto al sexo, los hombres tienen mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento, al igual que las personas que presentan comorbilidades relacionadas al VIH/SIDA.

En cuanto el afrontamiento en el 2023 en Antioquia León Jaramillo y asociado evaluaron las estrategias de afrontamiento asociadas al diagnóstico VIH se puede evidenciar que el factor conformismo se encuentra por debajo de la media 9,2 que indica en participantes no cuentan con estrategias cognitivas para tolerar el estrés; el factor evitación emocional indica que los participantes no cuentan con las habilidades para gestionar sus emociones; el factor evitación cognitiva muestra que los participantes no manifiestan estrategias para neutralizar pensamientos negativos y el



factor búsqueda de apoyo social expresa pocas alternativas para resolver conflictos con otras personas; el factor religión evidencia la baja creencia de la espiritualidad como mecanismo para afrontar las situaciones.

En el 2023 un estudio realizado por Saenz Leon en lima peru sobre el empoderamiento evidenciándose que el 46% de pacientes VIH de este estudio, tienen un nivel de empoderamiento medio, el 32% cuenta con un nivel bajo y sólo el 22% restante alcanza un nivel alto. Así también se observa que el 49% de pacientes presentan las habilidades para compartir y capacitar a otros en un nivel medio siendo el más alto porcentaje de las dimensiones y niveles, el 45 % de los pacientes cuentan con un nivel medio de habilidades para la toma de decisiones siendo el segundo porcentaje más alto de dimensiones y niveles. Por otro lado, la dimensión adquisición y comprensión de conocimientos presenta el más alto porcentaje en el nivel bajo alcanzando el 45%, seguida de la dimensión habilidades para la toma de decisiones con 34% para el mismo nivel. La dimensión habilidades para compartir y capacitar a otros es la dimensión que alcanza el mejor porcentaje para el nivel alto alcanzando el 25% y la dimensión habilidades para la toma de decisiones es la que presenta el porcentaje más bajo para el nivel alto alcanzando el 21%.



12. RECOMENDACIONES

A los servicios de salud

capacitar al personal médico y diseñar un programa para la atención integral del paciente con VIH/SIDA

Al los medico familiares

debe mejorar el nivel de empoderamiento de los pacientes con VIH/SIDA a fin de mejorar el afrontamiento y la adherencia terapéutica, estableciendo estrategias sanitarias que aseguren una interacción efectiva y apropiada con los pacientes VIH/SIDA generando en ellos capacidades y competencias que les permita afrontar su enfermedad y elevar la categoría de la calidad de vida relacionada con su salud.

Es necesario que los profesionales de la salud aborden los factores que llevan a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas con VIH/SIDA pues de esta manera no solo se podrá preservar la función inmunitaria, mejorar la calidad de vida y reducir la morbi-mortalidad por esta causa, sino que también se logrará reducir al mínimo el riesgo de contagio y frenar en impacto social y económico que esta situación genera.

Proporciona información clara y precisa: Educa a tus pacientes sobre el VIH/SIDA, su tratamiento, efectos secundarios y opciones de cuidado. Proporciona información clara y precisa en un lenguaje que puedan entender.

Fomentar la participación del paciente: Involucra a tus pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado médico. Anima a tus pacientes a hacer preguntas y a ser proactivos en su propio cuidado.



Trata a tus pacientes con respeto y comprensión: Evita el estigma y la discriminación al tratar a tus pacientes con respeto, comprensión y empatía. Ayuda a crear un entorno seguro y de confianza para que tus pacientes se sientan cómodos al hablar sobre su condición.

A la familia

Apoyo emocional, de familiares, grupos de apoyo o terapeutas. Compartir tus sentimientos y preocupaciones con personas de confianza puede ayudarte a sobrellevar las emociones relacionadas con el VIH/SIDA.

Aprender todo lo que puedas sobre el VIH/SIDA, su tratamiento y cómo afecta al cuerpo. La información ayudará a comprender mejor la condición a tomar decisiones informadas sobre el cuidado.



13. BIBLIOGRAFÍA

1. CEBALLOS LICEAGA SE, CARBAJAL SANDOVAL G, ARELLANOS JACINTO , RAMÍREZ LÓPEZ , MARTÍNEZ GÓMEZ. INFORME HISTÓRICO DE VIH 2DO TRIMESTRE 2021. TABLA DINAMICA. CUIDAD DE MEXCO: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA; 2021.
2. Farago D, Triantafilo , Martí , Perry , Quiñones , Di Silvestre. VIH/SIDA: DEFINICIÓN, SIGNIFICADOS Y VIVENCIAS. Revista Chilena de salud Pública. 2017 Nov; 22(1).
3. Chávez-Rodríguez E CM. medigraphic.com. [Online].; 2020 [cited 2022 11 28. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr202b.pdf>.
4. Amarís Macías M, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. SCIELO. [Online].; 2013 [cited 2021 11 28. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007#no*.
5. OMS. www.who.int. [Online].; 2021 [cited 2022 01 04. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
6. Lopez Del Valle V, Troya Moscol GB, Varas Landivar NDR, Guzmán Vega MB. Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018 Oct; 2(4).
7. BOZA CR. www.medigraphic.com. [Online].; 2017 [cited 22 01 11. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>.
8. GOBIERNO DE MEXICO, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. epidemiologia.salud.gob.mx. [Online].; 2020 [cited 2022 01 12.
9. ACOSTA ZAPATA E, LOPEZ RAMON C, MARTINEZ CORTES ME, ZAPATA VAZQUEZ R. SCIELO.ORG. [Online].; 2017 [cited 2022 01 12. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200139.
10. GONZALEZ W. Y, ESTELINA ODG, CASTILLO DLR, WHETSELL PHD M. Enfoque, Revista Científica de Enfermería, VOL. XXI, N° 17 Julio a Diciembre 2017 ISSN 1816-2398 Impreso 109 Facultad de Enfermería-Universidad de Panamá Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Versión Española de Cano, Rodríguez. [Online].; 2007 [cited 2022 01 04. Available from: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/45/37>.
11. Polo Payares P. <http://www.scielo.org.co/>. [Online].; 2021 [cited 2022 01 12. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v39n1/2256-3334-rfnsp-39-01-e340517.pdf>.
12. scielo.br. [Online].; 2016 [cited 2022 07 06. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6Wq35FprvvvLWTCGDy3QBKD/?lang=es&format=pdf>.



13. ONUSIDA. [www.unaids.org](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf). [Online].; 2021 [cited 2022 07 06. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf.
14. CALDERA GUZMAN D, PACHECO ZAVALA MDP. <https://www.medigraphic.com/>. [Online].; 2019 [cited 22 01 12. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr202b.pdf>.
15. MACÍAS BESTARD C, ISALGUÉ MARSILLÍ M, LOO MUÑOZ DLM, ACOSTA SARDINA J. <http://scielo.sld.cu/>. [Online].; 2018 [cited 22 01 12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000300660&lng=es&nrm=iso.
16. CAMPILLAY CAMPILLAY M, MONARDEZ MONARDEZ M. scielo.isciii.es. [Online].; 2019 [cited 2022 01 12. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008.
17. CARDONA DUQUE DV, MEDINA PEREZ A, HERRERA CASTAÑO SM, OROZCO GOMEZ PA. scielo.sld.cu. [Online].; 2015 [cited 2022 01 12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010.
18. RAMOS PINEDA MA, GONZALEZ HERRERA MG, VILLASEÑOR GONZALEZ DA, DIAZ BERMEJO JA, CASTAÑEDA GUERRERO MDL. <http://www.incmnsz.mx>. [Online].; 2020 [cited 22 02 21. Available from: <http://www.incmnsz.mx/2020/RevistaEnfermeria/2020-2.pdf#page=8>.
19. RESTREPO MUÑOZ AM. <http://www.sidastudi.org/>. [Online].; 2015 [cited 21 02 22. Available from: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD27505.pdf>.
20. CERDEÑO C. uba.edu.ve. [Online].; 2017 [cited 22 01 21. Available from: <http://uba.edu.ve/wp-content/uploads/2020/03/r4.pdf#page=49>.
21. MEJIA AVILA MM, MORAL DE LA RUBIA J. www.medigraphic.com. [Online].; 2014 [cited 22 01 22. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2014/mip141c.pdf>.
22. FUSTER RUIZ DE APODACA MJ, MOLERO F. www.redalyc.org. [Online].; 2016 [cited 22 02 2022. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16743391005.pdf>.
23. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/>. [Online].; 2020 [cited 2021 NOVIEMBRE 28. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
24. ARIAS BUSTOS AC, BRAVO NEIRA A, GALVIS CASTILLO M. ciencia.lasalle.edu.co/. [Online].; 2018 [cited 22 01 12. Available from: https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1242&context=trabajo_social.
25. Campillay Campillay M, Monárdez Monárdez M. SciELO. [Online].; 2019 [cited 23 10 2023. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008.



14. ANEXOS

Escala De Afrontamiento Y Apoyo En VIH CSE

Primero divido mis problemas en partes más pequeñas y luego pienso en cada parte del problema a la vez.	No puedo hacerl Seguro que si
Resuelvo lo que se puede cambiar y lo que no se puede cambiar.	No puedo hacerl Seguro que si
Dejo mis opciones abiertas cuando las cosas se ponen estresantes y encuentro diferentes soluciones para mis problemas más desafiantes.	No puedo hacerl Seguro que si
Resisto el impulso de actuar precipitadamente cuando estoy bajo presión.	No puedo hacerl Seguro que si
Cuando me enfrento a un problema, primero hago un plan de acción; luego intente encontrar una solución diferente para mi problema si mi primera solución no funciona.	No puedo hacerl Seguro que si
Hacerme creer que soy capaz de solucionar mis problemas.	No puedo hacerl Seguro que si
Desarrollo nuevos pasatiempos o recreaciones.	No puedo hacerl Seguro que si
Detener emociones y pensamientos desagradables.	No puedo hacerl Seguro que si
Siempre trato de evitar los pensamientos desagradables ya que, muy probablemente, me hacen sentir triste y solo.	No puedo hacerl Seguro que si
Busco algo positivo para mí en una situación negativa.	No puedo hacerl Seguro que si
Trato de rezar para mantener la calma cuando estoy bajo presión.	No puedo hacerl Seguro que si
Aparto de mi mente los pensamientos desagradables.	No puedo hacerl Seguro que si
Trato de visualizar una actividad agradable o un lugar en una situación desagradable.	No puedo hacerl Seguro que si
Busco apoyo de amigos y familiares	No puedo hacerl Seguro que si
Recibo apoyo emocional de organizaciones o recursos comunitarios.	No puedo hacerl Seguro que si
Tengo amigos que me ayudan con las cosas que necesito.	No puedo hacerl Seguro que si
Recibo apoyo emocional de amigos y familiares.	No puedo hacerl Seguro que si
Hacer algo positivo por mí mismo cuando me siento desanimado.	No puedo hacerl Seguro que si



Cuestionario de empoderamiento en el autocuidado en VIH/SIDA

INSTRUCCIONES. Siempre lea al paciente la frase: “En general creo que yo” en seguida lea la frase numerada (en orden) y anote su respuesta (con una cruz “X”) en la casilla que mejor represente su acuerdo o su desacuerdo.

En general creo que yo:

No.	ítem	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	De Acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
1.	Puedo identificar con qué acciones del cuidado de mi salud en VIH/SIDA					
2.	En relación con mi enfermedad soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto					
3.	Puedo hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr mis metas relacionadas con el control del VIH/SIDA					
4.	Puedo encontrar maneras para sentirme bien aún con mi enfermedad					
5.	Conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa tener VIH/SIDA					
6.	Conozco en dónde puedo encontrar apoyo para cuidar de mi salud					
7.	Conozco lo que me ayuda a permanecer motivado para cuidar de mi salud					
8.	Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud					



TEST DE MORISKY GREEN

1. ¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No
5. Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal.	Sí	No
6. No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación.	Sí	No
7. Mi pensamiento está más claro si tomo la medicación.	Sí	No
8. Tomando la medicación, prevengo ponerme enfermo.	Sí	No
9. Me noto raro, como un zombi, con la medicación.	Sí	No
10. La medicación hace que me note cansado y lento.	Sí	No



VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EMPODERAMIENTO , AFRONTAMIENTO Y ADEHERENCIA TERAPEUTICA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA CESSA TIERRA COLORADA”

Bienvenida a la encuesta dedicada a la evaluación del empoderamiento del paciente
con VIH/SIDA para mejora el afrontamiento

NOMBRE DEL PACIENTE

NB

No TEL.

1. EDAD

2. GENERO

Hombre

Mujer

Gay

Bisexual

Transgenero

Trasvesti

Transexual

Lesbiana

No Binario

3. ESTADO CIVIL

CASADO

SOLTERO

UNION LIBRE

VIUDO

DIVORCIADO

4. ESCOLARIDAD

Sin Instrucción

Primaria

Secundaria O Equivalente

Bachillerato O Preparatoria Equivalente

Superior

Licenciatura

Especialidad

Maestria

Doctorado

5. OCUPACION

Jubilado



Desempleado
Ama de Casa
Comercio
Campesino
Empleado
Obrero

6. RELIGION

Católica
Cristiana
Adventista
Testigos de Jehová
Otra
Ninguna

7. LUGAR DE RESIDENCIA

Balancán
Cárdenas
Centla
Centro
Comalcalco
Cunduacán
Emiliano Zapata
Huimanguillo
Jalapa
Jalpa de Méndez
Jonuta
Macuspana
Nacajuca
Paraíso
Tacotalpa
Teapa
Tenosique

8. NIVEL SOCIOECONOMICO

Alto
Medio Alto
Medio Bajo
Bajo

9. TIPOLOGIA FAMILIAR

Nuclear
Monoparental
Extensa
Compuesta
Similares a familia
Unipersonal

10. COMORBILIDADES



- Sin comorbilidad
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Dislipidemias
- Hepatitis
- 11. TIEMPO DE DIAGNOSTICO
- 12. TIEMPO DE TRATAMIENTO

- 13. VIA DE CONTAGIO
 - Heterosexual
 - Homosexual
 - Placentaria
 - Transfusión
 - Otros
- 15. TRATAMIENTO
 - Con Terapia Antiretroviral Altamente Activa
 - Sin Terapia Antiretroviral Altamente Activa

- 16. ¿Considera que existe estigma contra las personas portadoras de VIH/SIDA

- 17. ¿En algún momento usted ha sentido rechazo por parte del personal de

- 18. ¿Se siente señalado o discriminado por tener VIH/SIDA?

- 19. ¿Piensa que es mejor si no lo cuenta a su familia y amigos que tiene VIH/SIDA?