



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Bienestar y resiliencia en adultos con Virus de Inmunodeficiencia Humana en una
institución de salud pública**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título
de Psicólogo Clínico

Autor: Wilson Paúl Ávila Vanegas

C.I: 0104893557

Directora: Mgt. Sandra Eugenia Lima Castro

C.I.: 0703976274

Cuenca- Ecuador

13 – 11 - 2019



Resumen

En el Ecuador tres de cada mil personas viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana según el Ministerio de Salud Pública, siendo importante investigar acerca de la salud mental en pacientes con esta condición, es por ello que el objetivo general de esta investigación fue describir los niveles de bienestar y resiliencia en adultos de 18 a 64 años diagnosticados con VIH en la ciudad de Cuenca. La investigación siguió un enfoque cuantitativo no experimental, de tipo transversal de alcance descriptivo. Los participantes fueron 100 personas diagnosticadas con VIH de entre 19 y 61 años que asistían a consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, de los cuales 86 pertenecen al género masculino y 14 al femenino. Se aplicó dos cuestionarios: la adaptación del Perfil PERMA en el contexto ecuatoriano para medir el nivel de bienestar, y la escala de resiliencia de Connor – Davidson. Para el análisis de los datos se utilizó estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central. Los resultados indican que la población seropositiva presenta niveles de bienestar y resiliencia que se encuentran por encima de la media de las escalas.

Palabras clave: Bienestar. Resiliencia. VIH.



Abstract

In Ecuador three out of every thousand people, live with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) according to the Ministry of Public Health, being important the investigation about mental health in patients with this condition. For that reason, the general objective of this research was to describe the levels of wellness and resilience in adults from 18 to 64 years old diagnosed with HIV Cuenca city. The research was done with a non-experimental quantitative approach, being of transversal type and of descriptive scope. The participants were 100 IESS patients diagnosed with HIV between the ages from 19 to 61 who attended to external medical consultation at the José Carrasco Arteaga Hospital. Of the 100 patients, 86 were male and 14 females. Two questionnaires were applied: the adaptation of the PERMA Profile in the Ecuadorian context to measure the level of well-being, and the Connor-Davidson resilience scale. For data analysis there were used descriptive statistics and central tendency measurements. The results indicated that the HIV-positive population presents levels of well-being and resilience that are above of the average of the scales.

Key words: Well-being. Resilience. HIV



Índice del trabajo

Índice de Contenidos

Fundamentación teórica	8
Proceso metodológico	17
Enfoque, tipo y alcance de investigación	17
Participantes y muestra	17
Instrumentos	19
Procedimiento y análisis de datos	20
Resultados	22
Niveles de bienestar	22
Dimensiones del bienestar	22
Niveles de Resiliencia en pacientes seropositivos	24
Niveles de resiliencia en función de variables sociodemográficas	25
Conclusiones y recomendaciones	31
Referencias	33
Anexos	41
Anexo 1 Consentimiento Informado	41
Anexo 2 Instrumentos de evaluación	43
Anexo 3 Ficha sociodemográfica	49

Índice de Tablas

Tabla 1	18
Tabla 2	22
Tabla 3	23
Tabla 4	23
Tabla 5	24
Tabla 6	25
Tabla 7	25
Tabla 8	27
Tabla 9	28
Tabla 10	28
Tabla 11	28
Tabla 12	30



Índice de Figuras

Figura 1. Análisis de resultados de las dimensiones del PERMA	23
Figura 2. Resiliencia según género	26
Figura 3. Resiliencia según orientación sexual.....	27
Figura 4. Resiliencia según satisfacción con los ingresos económicos	29
Figura 5. Nivel de resiliencia según el tiempo de diagnóstico en años	30



**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional**

Wilson Paúl Ávila Vanegas, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Bienestar y resiliencia en adultos con Virus de Inmunodeficiencia Humana en una institución de salud pública”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 13 de noviembre de 2019

Wilson Paúl Ávila Vanegas

C.I: 0104893557



Cláusula de propiedad intelectual

Wilson Paúl Ávila Vanegas, autor del trabajo de titulación "Bienestar y resiliencia en adultos con Virus de Inmunodeficiencia Humana en una institución de salud pública", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 13 de noviembre de 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Wilson Paúl Ávila Vanegas", is written over a horizontal line.

Wilson Paúl Ávila Vanegas

C.I: 0104893557



Fundamentación teórica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que afecta al organismo del ser humano, debilita el sistema inmune, alterando o anulando su función. Además, baja las defensas en el cuerpo y, si el tratamiento no es oportuno, da paso a la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA señala que actualmente 36.9 millones de personas viven con VIH en el mundo (ONUSIDA, 2019); esta epidemia se ha incrementado en los últimos años tanto a nivel mundial como nacional.

El ser humano está propenso al contagio de este virus por medio de la sangre, el semen, los fluidos vaginales, verticalmente de madre a hijo y el uso compartido de jeringas (OMS, 2018). No existe aún una cura para esta condición, al ser un virus de fácil variabilidad genética frecuentemente se vuelve resistente al medicamento (Gatell, Clotet, Podzamczar, Miró, & Mallolas, 2010). Sin embargo, el tratamiento antirretroviral puede disminuir de manera significativa el progreso del virus, evitando posibles complicaciones secundarias debido a la inmunodeficiencia de los linfocitos CD4, por lo que resulta indispensable un tratamiento médico permanente y controlado para los pacientes seropositivos (Gatell et al., 2010; Noda, Vidal, Pérez, & Cañete, 2013).

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2017) indica que, para el año 2016, tres de cada mil personas (0.3% de la población) estuvieron infectas con el virus; los datos revelan que entre los años 1984 – 2016 el número de personas infectadas en el Ecuador se incrementó, siendo el periodo 2008 -2010 el que registra un mayor índice de casos. Además, el *Global AIDS Monitoring* (GAM) realizado en Ecuador (MSP, 2017) reporta que en la región costa se concentra el mayor número de casos de VIH registrados (74.1%), únicamente en la provincia del Guayas se encuentra el 53.2% de diagnósticos en el país; mientras que, en la sierra (20.34%), en el oriente (1.93%) y en la región insular (0.11%) el porcentaje es menor. En Azuay se registraron 950 (1.5%) personas seropositivas durante el periodo 1984-2016. Para el año 2017, el MSP (2019) reportó 3533 nuevos casos de VIH (2344 hombres y 1189 mujeres) siendo los adultos de entre 20 y 49 años los más afectados.

A partir del diagnóstico de VIH, y con el progreso de la enfermedad, las personas seropositivas evidencian síntomas ansiosos depresivos como pensamientos de muerte recurrentes, lo cual exacerba el riesgo suicida; además, la presencia de cambios emocionales como: tristeza, desesperación, ansiedad, ira, baja autoestima y sentimientos de culpa se agudizan cuando existen antecedentes clínicos de salud mental, los cuales se asocian a una



serie de factores como: rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, creencias, estigma social y factores económicos, y lleva consigo una serie de limitaciones en la vida de la persona debido a su cronicidad y tratamiento (Cantú, Bermúdez, Torres-López, & Martínez, 2012; Roy, 2003). El impacto del diagnóstico puede generar un tipo de trastorno adaptativo en caso de que no exista una adecuada atención psicológica (Ballester, 2005).

Tanto la adherencia al tratamiento antirretroviral como la práctica de hábitos saludables en pacientes con VIH, están relacionadas con una serie de factores de riesgo y protección que influyen en la salud mental del paciente (Varela & Hoyos, 2015). Por ejemplo, el miedo a la discriminación y el hecho de no acudir a las citas médicas y psicológicas para el control de la enfermedad, son factores que inciden negativamente en el paciente y su entorno cercano (Cantú et al., 2012; Varela & Hoyos, 2015). Por lo tanto, es importante que la intervención esté orientada a reconocer factores de protección a nivel: individual, familiar y colectivo, así como a identificar los factores de riesgo que se pueden presentar, como la falta de información, estigmatización social y rechazo sociolaboral (Vinaccia, Fernández, Quiceno, López, & Otalvaro, 2008); y con ello tratar de evitar la aparición de síntomas relacionados con la ansiedad, depresión y aislamiento que afectan al bienestar de los pacientes.

Entonces en relación a la salud mental de las personas con VIH, es importante considerar el bienestar. Uno de los pioneros sobre el estudio de este tema es Bradburn (1969), en su propuesta teórica señala que se debe mantener un adecuado equilibrio entre emociones mutuamente excluyentes que corresponden al afecto positivo (regocijo, goce, felicidad) y negativo (temor, rabia, angustia) para alcanzar un nivel óptimo de bienestar. Posteriormente, Andrews y Withey (1976) añaden al bienestar el componente cognitivo, por el cual las personas realizan juicios basados en la reflexión sobre su vida y sus condiciones, apuntando que, en cierto grado, existe una relación entre el afecto positivo y negativo para lograr la satisfacción individual.

Diener (1984) desarrolla una serie de *Teorías de Realización*, mediante las cuales propone que el cumplimiento de metas y objetivos, además de la consecución de necesidades básicas, influyen en el bienestar y felicidad del sujeto. Al tratar el tema del bienestar, este autor adopta dos tradiciones: la hedónica, vinculada con la satisfacción vital, la felicidad y los sentimientos positivos; y la eudaimónica, cuyo constructo se asocia con el funcionamiento psicológico positivo y a la resolución adecuada de los desafíos de la vida (Diener, Lucas, Schimmack, & Helliwell, 2009; Lyubomirsky & Lepper, 1999). En tal sentido, el bienestar implica los dos aspectos: el sentirse bien (hedónica) y el funcionar bien (eudaimónica); conceptualizando a felicidad como el bienestar emocional (o subjetivo) experimentado cuando se sienten más



emociones agradables y pocas desagradables; en cambio, cuando una persona posee bienestar psicológico está comprometida en actividades interesantes y se encuentra satisfecha con su vida (Diener, 2000).

En cuanto a las definiciones de bienestar, E.F. Diener y Diener (1995) señalan que se pueden agrupar en tres categorías. La primera radica en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en términos positivos; la segunda, determina el predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, entonces, la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar ambos sentimientos; la tercera y última categoría que se acerca a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe a la felicidad como una virtud o gracia, no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable.

El bienestar es un constructo multidimensional compuesto por: el bienestar emocional o subjetivo, el psicológico (Seligman, 2011) y el social (Keyes, 2002).

El bienestar emocional o subjetivo está constituido a su vez por 3 dimensiones que tienen como base estructuras cognitivas y afectivas: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el negativo (Diener & Lucas, 2000). Como ya se había mencionado, la felicidad es parte de este constructo, además está relacionado específicamente a la satisfacción y al funcionamiento afectivo a lo largo de la vida. Otros aspectos que están ligados al bienestar subjetivo son por un lado, el temperamento y la personalidad, y por otro, las diferentes formas de adaptación en ciertas situaciones del ciclo vital (Diener, 2000). De ahí que las personas, desde su estructura, realizan reflexiones acerca de que tan satisfechas están con sus vidas y el grado de complacencia de su existencia. Si esta valoración es positiva, se considera un estado óptimo de salud mental, así mismo se toma en cuenta aspectos sociales como las creencias, el medio, la familia, las relaciones con la comunidad y el uso del tiempo libre para la interacción que tienen con la realización personal (García-Viniegras & González, 2000).

El bienestar psicológico, se enfoca en el punto de vista eudaimónico. Este hace referencia, no solo a la afectividad negativa y positiva, sino a la necesidad de logro y al cumplimiento de metas (Ryff, 1989), es decir, que el individuo basa su desarrollo y crecimiento personal en aquellos sucesos que lo hacen sentir útil y original, trascendiendo así a los estados afectivos y a la búsqueda del placer (Ryan & Deci, 2001). Por lo tanto, la salud mental se caracteriza por los objetivos que se plantea la persona y como se desenvuelve para cumplirlos (Ryff & Keyes, 1995)



Ryff (1989) propone un modelo multidimensional, donde se han integrado conceptos de varios autores como la autorrealización de Maslow (1943), las teorías sobre salud mental positiva de Jahoda (1958), el funcionamiento pleno Rogers (1961), la madurez de Allport (1968) y las teorías sobre el ciclo vital de Erikson (2000). Constando así, su propuesta de seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; las cuales delimitan la salud mental en el nivel óptimo y el nivel deficitario (Ryff, 1989).

El bienestar social, se refiere al entorno y el contacto de las personas con el medio; es decir, depende de las relaciones interpersonales que se establecen y del ambiente en el que se desenvuelve el individuo (Blanco & Díaz, 2005). Se define como “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p. 122), por lo tanto, para considerar a la salud mental, son de relevancia los aspectos tanto individual como colectivo.

Según Keyes (1998, 2005), el bienestar social incluye cinco facetas. La *integración* hace referencia a cómo un individuo se relaciona con la comunidad y a la calidad de estas relaciones. La *aceptación* menciona que es imprescindible que una persona pertenezca a una sociedad, hecho que marca un sentido de pertenencia caracterizado por la confianza, bondad, honestidad y aceptación de los aspectos positivos y negativos de la vida. La *contribución social* pretende causar un sentimiento de utilidad en la persona cuando ofrece algo ventajoso al mundo pudiendo considerarse un miembro vital de la sociedad. La *actualización*, en donde concibe a la sociedad como fluctuante, resaltando que existen diferentes cambios en el individuo cuyo objetivo es cumplir metas que beneficien a la misma. La *coherencia social*, es la interpretación de las características de la sociedad, del cómo esta se organiza y funciona, por lo tanto, esta faceta incluye la preocupación por enterarse de lo que suscita en el mundo.

Otra de las perspectivas del bienestar que ha sido ampliamente aceptada en el mundo académico en la actualidad, es la teoría del bienestar de Martin Seligman propuesta desde la Psicología Positiva (Hassett et al., 2019; Lima-Castro, Peña, Cedillo, & Cabrera, 2017) que consta de tres aspectos: emoción positiva, compromiso y sentido; la felicidad se mide determinando la satisfacción con la vida que manifiestan sentir las personas, en consecuencia, el objetivo de la psicología positiva es aumentar esta satisfacción, dando paso al planteamiento del bienestar como eje central. Así, desde esta perspectiva, el bienestar no es medible por sí mismo, más bien es un constructo conformado por diversas dimensiones que sí son cuantificables, y lo que pretende es buscar la forma en la que se puede potencializar estas



unidades en la vida de las personas y comunidades para que logren florecer (Seligman, 2011).

Para la teoría de Seligman (2011) el bienestar se mide a través de 5 dimensiones (PERMA): emoción positiva (P – Positive Emotions), compromiso (E – Engagemnet), relaciones positivas (R – Relationships), propósito y significado (M – Meaning and Purpose), y logro (A – Accomplishment); los cuales deben cumplir tres características para poder considerarse como tales: 1) que contribuyan al bienestar; 2) que las personas los busquen como fines en sí mismos y 3) que se puedan definir de manera independiente. A continuación, se describen a cada uno de estos elementos.

La *emoción positiva* (P), está conformado por aspectos subjetivos como: felicidad, satisfacción, placer, éxtasis, comodidad entre otros. El *compromiso* (E), al igual que el anterior sólo puede ser valorado subjetivamente; tanto los pensamientos como los sentimientos con respecto a los placeres se pueden expresar en el instante en el que se suscitan. El siguiente componente es la *relación positiva* (R), que se establece con los otros, independientemente de la finalidad, esto tiene efectos importantes sobre el bienestar de las personas en función de que generan emociones agradables. El *propósito y significado* (M), este elemento tiene un carácter subjetivo y objetivo, con el primero es el hecho de que una persona sienta que lo que se hace es importante y significativo, mientras que el segundo es cuando emite un juicio objetivo o reflexión frente a ello. El último componente de la teoría del bienestar es el *logro* (A), los seres humanos lo buscan por el mero hecho de ganar algo más con libertad de elección, y no porque esto genere emociones positivas o dé sentido y significado a la vida. Es de resaltar que para esta teoría, ninguno de estos elementos de forma individual define al constructo bienestar como tal, más bien todos contribuyen a él (Seligman, 2011).

Además, es preciso señalar que el bienestar está relacionado con la resiliencia, al referirse al potencial de adaptación y superación del sujeto ante las diversas situaciones de riesgo o dificultades que pueden afrontar (Connor & Davidson, 2003; Morales & González, 2014). Por lo tanto, a continuación, se procede a describir el concepto desde diferentes autores y las dimensiones de la resiliencia desde la perspectiva adoptada en esta investigación.

El origen del estudio de la resiliencia en el campo de la psicología se remonta a la década de los 50 (Quiceno & Vinaccia, 2011) cuando se pretendía reconocer la etiología de la psicopatología, específicamente en niños con padres viviendo en situación de pobreza, conflictos emocionales o enfermedades mentales como la esquizofrenia (Garmezy, 1993). Al tratar de definir el concepto se han presentado dificultades para llegar a un acuerdo; sin



embargo, Richardson, Neiger, Jensen y Kumpfer (1990) la definen como la capacidad de superar las situaciones desagradables y traumáticas del ser humano.

Esta adaptación positiva en el contexto de un evento de contrariedad significativa es dinámica, es decir varía de acuerdo con las etapas del desarrollo a lo largo de la vida, concibiendo a la resiliencia desde un plano general más que dentro de una determinación estática (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Connor y Davidson (2003) por su parte pretenden clarificar las características que identifican a las personas capaces de salir adelante ante las adversidades, desde su perspectiva la resiliencia se define como el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen a los individuos para que afronten con éxito la adversidad, pudiendo progresar significativamente frente a estresores durante el curso de la vida. Por lo tanto, la resiliencia es un mecanismo autorregulador que protege a los sistemas personales de las consecuencias negativas en ciertas etapas difíciles del desarrollo humano; además, está conformada por elementos que la constituyen como: ecuanimidad, autoconfianza, soledad existencial, perseverancia y significado, lo que a su vez ha servido para la elaboración de las escalas de medición de este constructo (Wagnild & Young, 1993).

Es así que Connor y Davidson (2003) desarrollan una escala de resiliencia (Connor-Davidson Resilience Scale - CD-RISC) tomando en cuenta varias investigaciones previas, la de Kobasa (1979) sobre los eventos estresantes de la vida en relación con la personalidad y la salud; la de Rutter (1985) sobre los factores de protección y resiliencia en trastornos psiquiátricos; y los hallazgos de Lyons (1991) con respecto a las estrategias para evaluar el potencial de ajuste positivo después de un trauma. Con todo este bagaje, Connor y Davidson (2003) proponen que la resiliencia puede ser medida en base a 5 dimensiones: competencia personal, altos estándares y tenacidad; tolerancia al afecto negativo y control bajo presión; aceptación positiva del cambio y redes de apoyo; control y propósito; e influencias espirituales.

La primera dimensión, *competencia, altos estándares y tenacidad*, hace referencia a la capacidad que tiene una persona para lograr los objetivos sin importar las adversidades, cuando se siente orgullosa de sí misma, confía en que encontrará soluciones y se esfuerza sin importar el resultado. Segundo, la persona tiene alta *tolerancia al afecto negativo y control bajo presión*, cuando considera que enfrentarse a las dificultades la convertirá en alguien más fuerte, y frente a ellas puede pensar de manera clara, su foco de atención se centra en la solución, además, decide por sí misma controlando sus sentimientos desagradables, incluso intentando ver el lado cómico de los problemas. El tercer factor: *Aceptación positiva del cambio y redes de apoyo*,



refleja la capacidad para adaptarse a los cambios, enfermedades, heridas u otras dificultades, además, posee el individuo posee al menos una relación cercana que brinda seguridad frente a situaciones estresantes. En cuanto a la cuarta dimensión: *control y propósito*, el sujeto puede con cierta facilidad buscar ayuda, posee metas y objetivos concretos que le dan sentido a su existencia. El quinto y último factor, *influencias espirituales*, se relaciona con la creencia de que los sucesos de dificultad tienen una razón de ser y algo externo al sujeto (suerte o Dios) puede ayudar a resolverlos (Connor & Davidson, 2003).

Una vez detallados los aspectos fundamentales de esta investigación con relación al VIH, al bienestar y a la resiliencia; se describen algunos estudios que se han realizado en los últimos años que congregan las tres variables. Este tema ha sido objeto de interés en diferentes partes del mundo, en Estados Unidos (De Santis, Florom-Smith, Vermeesch, Barroso, & DeLeon, 2013; Farber, Schwartz, Schaper, Moonen, & McDaniel, 2000), China (Yu et al., 2009) Uruguay (Francolino et al., 2010), Perú (Bedón, 2013), México (Vargas, Cervantes, & Aguilar-Morales, 2009) y Colombia (Moreno-Montoya, Barragán, Martínez, Rodríguez, & González, 2018).

El estudio realizado por Farber et al. (2000) examinó, en 200 pacientes seropositivos de entre 23 y 71 años, la resistencia del compromiso, desafío y control como factores de resiliencia en su adaptación a la condición médica, encontrando que la alta resistencia se relaciona significativamente con: niveles de angustia psicológica más bajos; mayor calidad de vida percibida en la salud física, salud mental y dominios de funcionamiento general; creencias personales más positivas con respecto a la benevolencia, autoestima y aleatoriedad de los eventos vitales; y menor creencia en la controlabilidad de los eventos que se suscitan.

Otro estudio realizado por De Santis et al. (2013) examina el caso de 15 pacientes mayores de 18 años que han sido diagnosticados con VIH, encontrando que la mayoría de ellos proporcionaron enriquecedoras descripciones de resiliencia, a pesar de los desafíos físicos, psicológicos y sociales de esta enfermedad. Los resultados sugieren que las personas pueden llegar a ser resistentes a través del tiempo en un proceso por el cual superan la adversidad de la infección y aprenden a manejar sus vidas, siendo el origen de éste, el sentido de la espiritualidad, los deseos de sobrevivir y de conocimiento, aceptación y apoyo psicosocial.

El estudio de Yu et al. (2009) sobre la resiliencia y la infección por el VIH, indica que las personas seropositivas que tienen una mayor resiliencia y autoestima tienen más probabilidades de afrontar positivamente su diagnóstico. Los expertos destacan que los programas relevantes deben eliminar los factores de riesgo (por ejemplo, la ausencia de tratamiento médico, la



discriminación relacionada con el VIH) y promover factores de protección (por ejemplo, la capacidad de recuperación), donde el grupo de apoyo es uno de los enfoques potencialmente útiles para proporcionar servicios psicológicos eficaces.

En una investigación de alcance descriptivo realizada por Francolino et al. (2010), donde se utilizó la escala *Functional Assessment of HIV Infection* (FAIH) para Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), en 109 pacientes portadores del virus; se evidenció que los nuevos conocimientos acerca de la enfermedad han permitido que los pacientes y los equipos de salud se manejen con nuevas estrategias, mejorando el bienestar de las personas infectadas con VIH y cómo influye de manera directa en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

En los pacientes con VIH se da un marcado proceso de reflexión que propicia una aceptación genuina de sí mismos a pesar de la patología, tal como lo demostró Bedón (2013) por medio de un estudio correlacional, cuyos resultados explican que existe una relación significativa entre el nivel de resiliencia, bienestar y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), en donde a mayor nivel de bienestar y resiliencia, mayor será la adherencia al TARGA.

Vargas, Cervantes y Aguilar-Morales (2009) demostraron que tanto hombres como mujeres diagnosticados con VIH reaccionan de manera distinta al enterarse del diagnóstico, razón por la cual es importante que se realice intervención psicológica para guiar a los pacientes a recibir mejor apoyo emocional y fortalecer su resiliencia. En este estudio participaron 20 personas seropositivas, en donde se evidenció que en los primeros años de recibir el diagnóstico se recurre al autoaliento como principal estilo de afrontamiento de su condición; también muestran una mayor capacidad para hacer planes sobre su persona y recurren al humor. Por el contrario, los pacientes con más de cinco años de haber sido diagnosticados manifiestan una mayor recurrencia al desahogo de sus emociones y reducen ligeramente su capacidad de confrontación activa.

Por su parte, Moreno-Montoya et al. (2018), indican que la calidad de vida el bienestar y la resiliencia depende mucho de cómo perciba el paciente la enfermedad, así como también del apoyo social con el que cuente, entendiendo desde este punto el asesoramiento psicológico como parte fundamental del tratamiento. Trabajaron con una muestra de 960 personas de entre 7 y 84 años con esta condición. En esta investigación se evidenció que las personas con VIH que cuentan con apoyo social tienen puntuaciones altas en calidad de vida, bienestar y resiliencia.



A pesar de la importancia de este tema y considerando que el número personas diagnosticadas con VIH es creciente, a nivel local no se han realizado estudios específicos sobre el bienestar y la resiliencia en esta población. Se considera que esta investigación aporta a la comprensión del bienestar y la resiliencia en personas seropositivas, y los resultados benefician de manera directa a los participantes y a los profesionales de la salud, especialmente de la salud mental, que trabajan con esta población, así como, de manera indirecta, para quienes estén interesados en estudios académicos de esta naturaleza.

Con esto se plantean las siguientes preguntas: ¿cuáles son los niveles de bienestar y resiliencia en adultos con VIH en la ciudad de Cuenca?, ¿cuáles son los niveles de bienestar en adultos con VIH según las dimensiones de relación, propósito y crecimiento? y ¿cuáles son los niveles de resiliencia de los adultos con VIH en función a las variables sociodemográficas?

Para dar respuesta a las preguntas planteadas, esta investigación tuvo como objetivo general describir los niveles de bienestar y resiliencia en adultos de 18 a 64 años diagnosticados con VIH en la ciudad de Cuenca; y como específicos: identificar los niveles de bienestar en adultos con VIH según las dimensiones de relación, propósito y crecimiento; y determinar los niveles de resiliencia de los adultos con VIH en función a las variables: edad, género, orientación sexual, estado civil y ocupación o profesión.



Proceso metodológico

Enfoque, tipo y alcance de investigación

El presente estudio se trata de una investigación cuantitativa no experimental, pues no existe manipulación de las variables; de corte transversal, ya que los datos se levantaron en un solo momento; de alcance descriptivo, puesto que los objetivos tienen la finalidad de realizar mediciones con base en datos estadísticos, sigue un orden riguroso y propone determinar las dimensiones de las variables de bienestar y resiliencia (Hernández, Fernández, & Baptista, 1998).

Participantes y muestra

La población de esta investigación estuvo constituida por pacientes diagnosticados con VIH del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, que se encuentren recibiendo tratamiento antirretroviral ($N= 200$ aproximadamente). Es un número aproximado debido a que no existe la posibilidad de acceder al número exacto de pacientes atendidos por la confidencialidad de la información.

Al ser una población de difícil acceso la muestra estuvo conformada por aquellos pacientes que aceptaron participar de la investigación, aplicando, por lo tanto, un muestreo no probabilístico por conveniencia, esto es, según Otzen y Manterola (2017), un tipo de muestreo que responde a limitaciones de acceso a la población de estudio donde es imposible tomar una muestra aleatoria, sino que los sujetos son seleccionados en función de su accesibilidad y disponibilidad de participación. Los participantes de este estudio fueron 100 pacientes seropositivos de nacionalidad ecuatoriana, de entre 19 y 61 años ($\bar{x}= 35.53$; $DT= 10$), que aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado; no formaron parte de este estudio aquellas personas que asistían a tratamiento psiquiátrico, con deterioro cognitivo grave o discapacidad intelectual, personas privadas de la libertad (PPL), diagnosticados con la enfermedad del SIDA, pacientes hospitalizados, o cualquier otra condición que hubiese imposibilitado la evaluación.

A continuación, se detallan las características de la muestra.



Tabla 1

Características de los participantes

Características sociodemográficas	Frecuencia (n=100)
Edad	
Jóvenes (18-24)	11
Adulto joven (25-39)	57
Adulthood intermedia (40-49)	20
Adulthood tardía (50-64)	12
Género	
Masculino	86
Femenino	14
Orientación sexual	
Heterosexual	36
Homosexual	38
Bisexual	26
Estado civil	
Soltero	64
Casado	9
Divorciado	6
Unión libre	17
Separado	1
Viudo	3
Nivel de estudios alcanzado	
Sin bachillerato (primaria)	7
Con bachillerato (secundaria)	33
Estudios universitarios	60
A qué se dedica	
Ocupación	42
Profesión	58
Trabajo actual	
Sí	82
No	18
Satisfacción con los ingresos económicos	
Sí	52
No	48
Tiempo de diagnóstico en años	
Menos de 1 año	11
De 1 a 5 años	55
De 6 a 10 años	23
De 11 a 15 años	6
Más de 15 años	5



Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha sociodemográfica (Anexo 3) con la finalidad de recolectar la siguiente información: edad, género, orientación sexual, estado civil, nivel de estudios alcanzados, ocupación – profesión, trabajo actual, satisfacción de ingresos económicos y tiempo de diagnóstico.

Para medir la variable bienestar, se utilizó el perfil PERMA de Butler y Kern (2016), en su versión ecuatoriana adaptada por Lima-Castro et al. (2017) (Anexo 2), el cual se basa en la teoría de bienestar de Seligman (2011). El PERMA mide el bienestar en base a cinco elementos como son: 1) emoción positiva, 2) compromiso, 3) relaciones personales positivas, 4) significado y 5) logro, el tiempo de aplicación del instrumento es de 20 minutos aproximadamente, está organizado a partir de un total de 23 preguntas con opciones de respuesta en una escala de Likert del 0 (para nada) al 10 (completamente), de las cuales 15 evalúan los 5 elementos del bienestar. Las preguntas que conforman la emoción positiva son: P1 (3), P2 (6) y P3 (22); las de compromiso: E1 (2), E2 (14) y E3 (10); las de relaciones personales positivas: R1 (12), R2 (18) y R3 (21); las de significado: M1 (19), M2 (15) y M3 (11); y las de logro: A1 (1), A2 (5) y A3 (8). Además, esta escala contiene 6 ítems que son considerados factores asociados al bienestar y pretenden determinar las emociones negativas: N1 (4), N2 (7) y N3 (9) y la salud percibida: H1 (20), H2 (17) y H3 (13). Por último, la escala tiene 2 ítems criteriosales que buscan evaluar la soledad: LON (16) y la felicidad percibida HAP (23).

La adaptación de Lima-Castro et al. (2017) del perfil PERMA en una muestra ecuatoriana, presenta una estructura de tres factores: relación, propósito y crecimiento. El factor *relación*, está conformado por los tres ítems de la dimensión relaciones personales positivas (R1, R2 y R3) y por uno de emociones positivas (P3). El factor *propósito*, está conformado por las dimensiones de significado (M1, M2 y M3), dos de compromiso (E2 y E3) y uno de logro (A3). El factor *crecimiento*, lo constituyen dos ítems de logro (A1 y A2), dos de emociones positivas (P1 y P2) y una de compromiso (E1).

Para determinar los niveles de resiliencia, se utilizó la Escala de Resiliencia (CD-RISC) de Connor y Davidson (2003), en su adaptación al español Broche-Pérez et al. (2012). La misma se encarga de medir la resiliencia y la adaptación en situaciones de riesgo, la aplicación dura alrededor de 20 minutos aproximadamente y consta de 25 ítems, cuya opción de respuesta se basa en una escala de Likert de 0 a 4 en donde 0 representa “en absoluto”, 1 “rara vez”, 2 “a



veces”, 3 “a menudo” y 4 “casi siempre”, se encuentra organizada de la siguiente manera persistencia-tenacidad-autoeficacia (ítems: 10-12, 16, 17, 23-25); control bajo presión (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20); adaptabilidad y redes de apoyo (1, 2, 4, 5, 8); control y propósito (13, 21, 22) y espiritualidad (3, 9) la misma que indica que, una mayor puntuación implica que la persona tiene una mayor capacidad para recuperarse de un evento estresante. La adaptación al español de Broche-Pérez et al. (2012) que se empleó en el presente estudio, cuenta con un nivel aceptable de confiabilidad, Alfa de Cronbach (α) = .90.

En este estudio los instrumentos utilizados reportaron un adecuado nivel de confiabilidad, en el caso del perfil PERMA señala un alfa de Cronbach de .88 y en el caso de la CD-RISC se obtuvo un puntaje de .92.

Procedimiento y análisis de datos

Para el desarrollo de esta investigación se contactó a las autoridades del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) “José Carrasco Arteaga”, a quienes se les dio a conocer los objetivos de la investigación y se obtuvo el permiso respectivo para acceder a los pacientes en mayo 2019.

Posteriormente, entre los meses de mayo y septiembre de 2019 se procedió con la recolección de datos, a los pacientes que asistían a consulta externa en la unidad de infectología del hospital, en donde previo a la aplicación de los instrumentos de investigación, se les entregó el consentimiento informado indicándole a cada uno de los participante acerca de los objetivos del presente estudio, se solventaron las dudas que surgían, y se garantizó su anonimato (Anexo 1). Una vez que el participante terminaba de completar tanto la ficha sociodemográfica como las escalas, se revisó en su presencia que las mismas estén completas.

Una vez culminada la recolección de información, se dio paso a la elaboración de la base de datos para el posterior análisis. En el análisis de resultados, se empleó, medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias tanto de las variables sociodemográficas como de ambas escalas empleadas. Considerando que los instrumentos utilizados carecen de baremos estandarizados, para el cálculo del nivel de bienestar global, se procedió a la suma del puntaje de los 15 ítems, además, se realizó el respectivo cálculo de cada dimensión, reportando las medidas de tendencia central. Para el cálculo del nivel de resiliencia según el CD-RISC, se procedió a la suma de los 25 ítems, además se efectuó el procesamiento de cada dimensión, además se obtuvieron las medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias.



El procesamiento de datos fue realizado en el programa estadístico SPSS 25.0 y la edición de las tablas y gráficos en Excel Office 365.

Aspectos éticos

Se consideró los aspectos éticos propuestos por la Asociación Americana de Psicología (APA) los cuales se sometieron a revisión previa del Comité de Bioética en el área de la Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS). Se informó a los participantes sobre los objetivos de la investigación, aclarando que los fines fueron exclusivamente académicos. Los participantes conocieron sobre su derecho a no participar en la misma, o a no continuar haciéndolo de así considerarlo, aunque lo hayan aceptado inicialmente. Todos los participantes lo hicieron de manera voluntaria y anónima al firmar el consentimiento informado (Anexo 1), garantizando así la confidencialidad de la información brindada. Se recalcó que la investigación no tiene fines de lucro y no implicó un riesgo físico o psicológico para los participantes.

Considerando los aspectos éticos y el compromiso social de esta investigación, una vez que los resultados finales sean aprobados y verificados, se procederá a socializarlos con las autoridades de la institución pública en la que se realizó, además, en caso de que un participante requiera información, se le hará la entrega del reporte global de resultados.



Resultados

A continuación, se dan a conocer los resultados obtenidos en función de los objetivos de investigación. Primeramente se describe el nivel de bienestar global, y para la presentación de los puntajes de las dimensiones, se lo hace desde la propuesta de las cinco dimensiones de Butler y Kern (2016) y de los tres factores de Lima-Castro et al. (2017). En cuanto a la resiliencia, de igual manera se presenta el puntaje global obtenido por los participantes, luego se presenta el resultado de las cinco dimensiones que proponen los autores originales de la escala Connor y Davidson (2003) y Broche-Pérez et al. (2012) que adaptaron la misma al español, para finalmente determinar los niveles de resiliencia de los adultos con VIH en función de las variables sociodemográficas.

Niveles de bienestar

La percepción global del bienestar en pacientes seropositivos obtuvo valores entre 2.80 y 9.93 con una media de 7.93, una mediana de 8.23 y una desviación típica 1.51. Respecto a los niveles de bienestar global, que está conformado por las cinco dimensiones del perfil PERMA, los participantes registraron una media de 7.93/10 (ver Tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos del bienestar

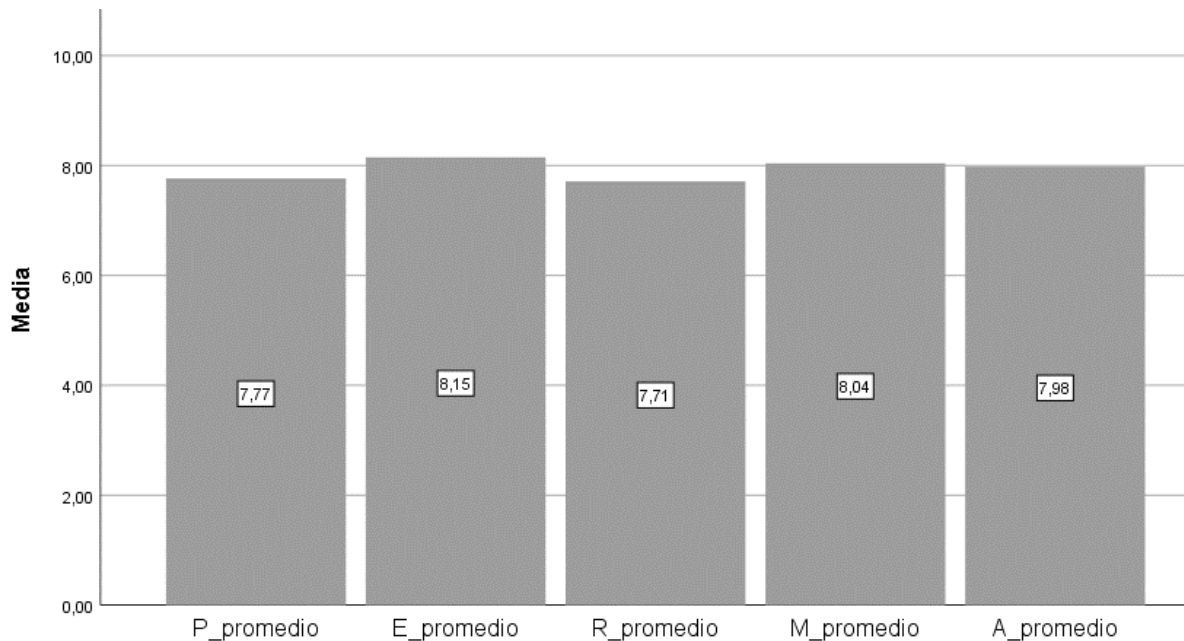
	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
PERMA global	2.80	9.93	7.93	8.23	1.51

Litwinczuk y Groh (2007) al contrario de los resultados de esta investigación, encontraron que, en una muestra de 46 adultos, hombres y mujeres, diagnosticados con VIH reportan niveles bajos de bienestar, las autoras brindan una explicación a esta situación centrada en que existen factores que influyen en el descenso del bienestar pero no son determinantes, como el tiempo de diagnóstico, ya que esta variable en conjunto con el propósito en la vida, promueve el proceso de asignación de significado personal que a su vez da una sensación de mayor bienestar general y una redefinición de la salud.

Dimensiones del bienestar

En cuanto a las dimensiones que componen el PERMA desde la propuesta de Butler y Kern (2016): P = Emociones positivas, E = Compromiso, R = Relaciones, M = Significado, A = Logros. Se reportó en todas las dimensiones un valor promedio por encima de cinco, considerando que 0 es el valor más bajo y 10 el más alto (ver Figura 1).

Figura 1. Análisis de resultados de las dimensiones del PERMA



Nota: la figura de barras muestra las medias obtenidas de cada dimensión del perfil PERMA

Con relación a los factores asociados al bienestar, se evidencia que la media de salud percibida es de 7.43 y la de emociones negativas es de 4.81 (ver Tabla 3).

Tabla 3

Factores asociados al bienestar

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Emociones negativas	0	9.33	4.81	4.67	1.93
Salud percibida	1.67	10.00	7.43	7.67	1.80

En cuanto a los ítems criterioles, se encontró que la percepción de felicidad de los participantes alcanzó una media de 7.87/10, mientras que en la de la percepción de soledad se obtuvo una media de 3.67/10. Estos resultados reflejan que en esta población la sensación de soledad es menor y la de felicidad mayor (ver Tabla 4).

Tabla 4

Ítems criterioles

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Felicidad	4.0	10	7.63	8.0	1.59
Soledad	0	10.0	3.67	3.0	2.51



En cuanto a estudios internacionales sobre este tema, no se encontraron datos basados en una población similar a la de este estudio, ni con el perfil PERMA para la comparación de resultados. Sin embargo, Lyons, Heywood y Rozbroj (2016) realizaron una investigación con pacientes seropositivos en Australia, en donde encontraron que los niveles de bienestar dependían de variables psicosociales asociadas como por ejemplo, el apoyo percibido, sentido de pertenencia, menor estigma internalizado, entre otras. Lo cual está en consonancia con lo propuesto por Seligman (2011), dentro de la teoría del bienestar que integra las cinco dimensiones del PERMA.

A continuación, se presentan los datos del bienestar de los pacientes seropositivos en relación a los tres factores propuestos por Lima-Castro et al. (2017). Según lo reportado en la tabla 5, los participantes puntúan más elevado en el factor propósito en comparación con los otros dos.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos del bienestar según tres factores

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Relación	8	40	30.9/40	32.0	6.66
Propósito	15	60	49.0/60	50.5	9.20
Crecimiento	15	50	38.9/50	41.0	8.03

Niveles de Resiliencia en pacientes seropositivos

Por otro lado, en cuanto al nivel de resiliencia de los pacientes seropositivos, evaluado por el CD-RISC, se obtuvo un valor promedio de 76.86/100 (DT= 13.92), en donde el valor mínimo fue de 33 y el máximo de 97. Respecto a las cinco dimensiones que componen esta escala, se obtuvo en *Persistencia-tenacidad-autoeficacia* una media de 26.08/32, en *control bajo presión* una media de 19.98/28, en *adaptabilidad y redes de apoyo* 15.44/20, en la dimensión de *control y propósito* una media de 9.04/12 y en *espiritualidad*, una media de 6.32/8. En la Tabla 6 se presentan los valores mínimos y máximos puntuados en cada escala, la mediana y la desviación estándar. Según Broche-Pérez et al. (2012) a medida que el puntaje sea más elevado, el nivel de resiliencia de los participantes será mayor.



Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala de resiliencia CD-RISC

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Persistencia-tenacidad- autoeficacia	12	32	26.08	27	4.97
Control bajo presión	9	28	19.98	21	4.1
Adaptabilidad y redes de apoyo	4	20	15.44	16	3.48
Control y propósito	2	12	9.04	10	2.46
Espiritualidad	2	8	6.32	7	1.52

En el estudio realizado por Fernandes (2014) en una muestra española, en cambio se encontró que el nivel de resiliencia en pacientes seropositivos es menor al hallado en esta investigación, el autor determinó que la media en resiliencia total de los pacientes fue de 62.98, en cuanto a las medias de las dimensiones también se evidencian medias inferiores, para *persistencia-tenacidad-autoeficacia* $\bar{x}=21.07$, *control bajo presión* $\bar{x}=15.54$, *adaptabilidad y redes de apoyo* $\bar{x}=14.30$, *control y propósito* $\bar{x}=8.01$ y *espiritualidad* $\bar{x}=4.05$.

En otros estudios se muestra que los pacientes diagnosticados con VIH han sido, a pesar de su condición médica, capaces de adaptarse y salir adelante (resiliencia) (De Santis et al., 2013; Kurtz, Buttram, Surratt, & Stall, 2012; Munro & Edward, 2008).

Niveles de resiliencia en función de variables sociodemográficas

En cuanto a los niveles de resiliencia según la etapa del desarrollo, se encontró que las personas que atraviesan la adultez intermedia reportan un nivel superior a la media (76.86/100) (ver Tabla 7). En cambio, aquellos que pertenecen al grupo etario de la adultez joven y tardía obtienen valores cercanos a la media, mientras que los jóvenes puntúan más bajo.

Tabla 7

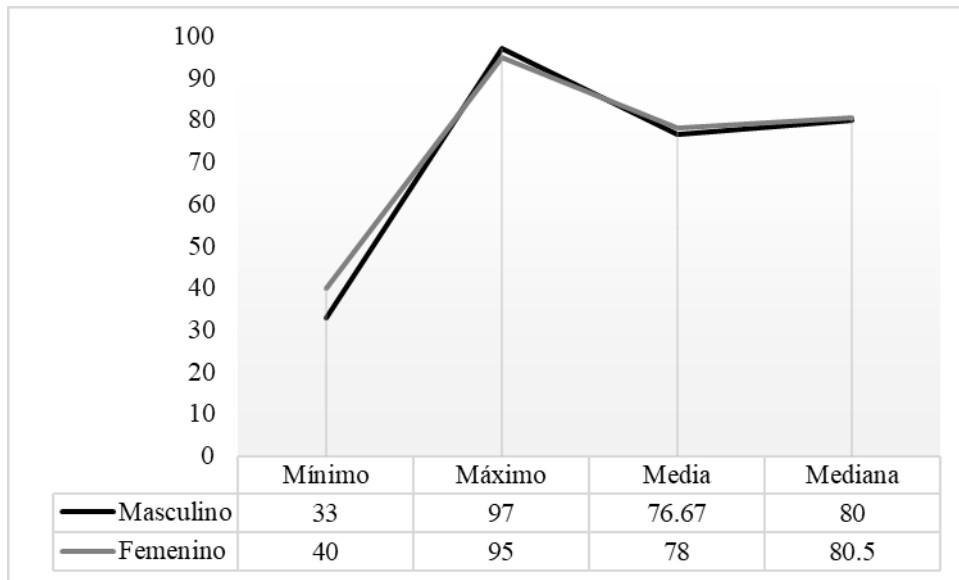
Resiliencia según etapas de desarrollo

Etapa del desarrollo	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Jóvenes (n=11)	33	95	62.82	58	22.98
Adulto joven (n=57)	55	96	77.67	80	11.86
Adultez intermedia (n=20)	63	97	81.45	80.5	10.99
Adultez tardía (n=12)	55	91	78.25	80.5	9.85



En cambio, se evidenció que tanto el género femenino (76.67 DT=16.45) como el masculino (78 DT=13.56), en promedio, presentaron un puntaje similar al de la media de todos los participantes (76.86/100) (ver Figura 2).

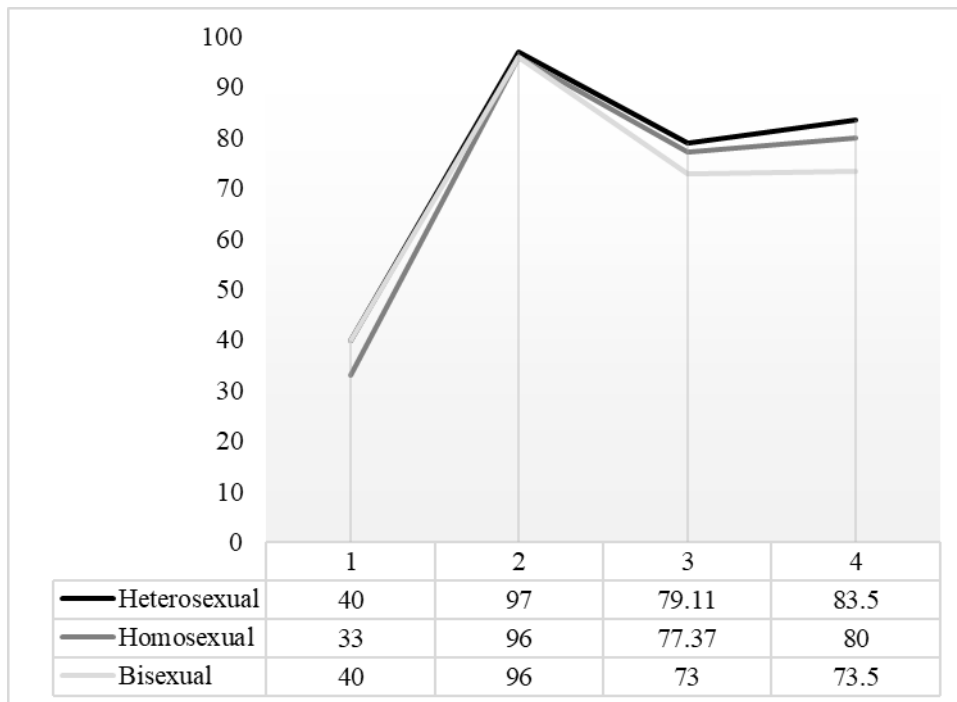
Figura 2. Resiliencia según género



Nota: la figura muestra los valores del nivel de resiliencia según el género.

Con respecto a la orientación sexual, tras el análisis de resultados, se encontró que las personas heterosexuales tienen en promedio (79.11 DT=15.13) un nivel de resiliencia similar de la muestra total (76.86/100), al igual que las homosexuales (77.37 DT=13.11) y las bisexuales (73 DT=12.99) (ver Figura 3).

Figura 3. Resiliencia según orientación sexual



Nota: la figura muestra los valores del nivel de resiliencia según la orientación sexual.

En comparación con la media global (76.86/10) las personas diagnosticadas con VIH casadas, viudas y la separada que participaron en este estudio, reportaron niveles más altos de resiliencia, los pacientes divorciados niveles más bajos, y los solteros y los de unión libre niveles muy similares (ver Tabla 8).

Tabla 8

Resiliencia según estado civil

Estado civil	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Soltero (n=64)	33	96	75.72	78	14.38
Casado (n=9)	56	92	79.44	81	11.16
Divorciado (n=6)	55	88	71.83	72	12.04
Unión libre (n=17)	40	94	77.53	83	13.52
Separado (n=1)	97	97	97	97	-
Viudo (n=3)	90	95	93	94	2.65

Los pacientes diagnosticados con VIH que culminaron sus estudios de bachillerato y de tercer nivel, presentan niveles más altos de resiliencia que aquellos que alcanzaron la primaria (ver Tabla 9).



Tabla 9

Resiliencia según el nivel de estudios alcanzado

Nivel de estudios alcanzado	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Sin bachillerato (primaria) (n=7)	63	88	72.86	72	8.65
Con bachillerato (secundaria) (n=33)	33	97	74.15	78	17.53
Estudios universitarios (n=60)	55	96	78.81	81.5	11.86

Los pacientes diagnosticados con VIH que brindan sus servicios ya sea en entidades públicas o privadas con una certificación profesional, reportaron niveles similares de resiliencia que aquellos que tienen una ocupación (ver Tabla 10).

Tabla 10

Resiliencia según actividad a la que se dedica el paciente

A qué se dedica	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Ocupación (n=42)	33	97	74.19	76	16.28
Profesión (n=58)	55	96	78.79	80.5	11.69

Aquellos participantes de este estudio que actualmente tienen una actividad económicamente activa, en donde perciben sus propios ingresos, tienen en promedio un nivel de resiliencia similar al de la muestra estudiada (76.86/100), mientras que aquellas personas que no tienen un trabajo al momento de la aplicación de los instrumentos reportan un nivel más bajo de resiliencia (ver Tabla 11).

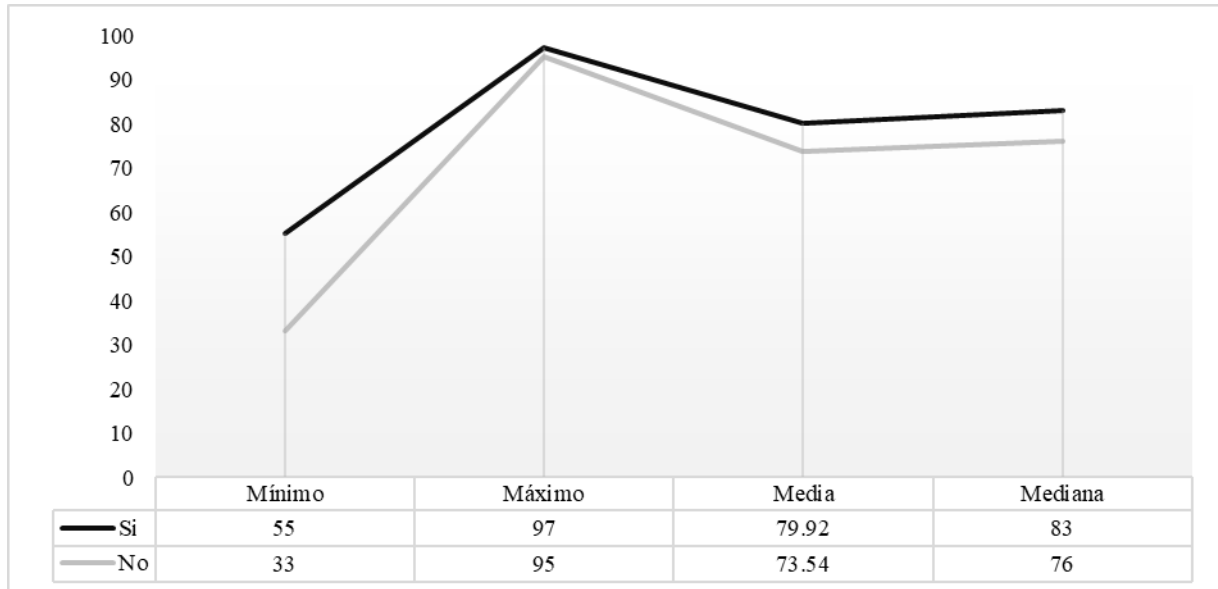
Tabla 11

Resiliencia según actividad económicamente activa

Trabajo actual	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Sí (n=82)	45	97	78.59	81	12.05
No (n=18)	33	95	69	72	18.89

Aquellas personas que no se encuentran satisfechas con sus ingresos (77.14 DT=12.69), puntúan un nivel de resiliencia menor en comparación de aquellas que si están satisfechas (84.91 DT=10.21) (ver Figura 4).

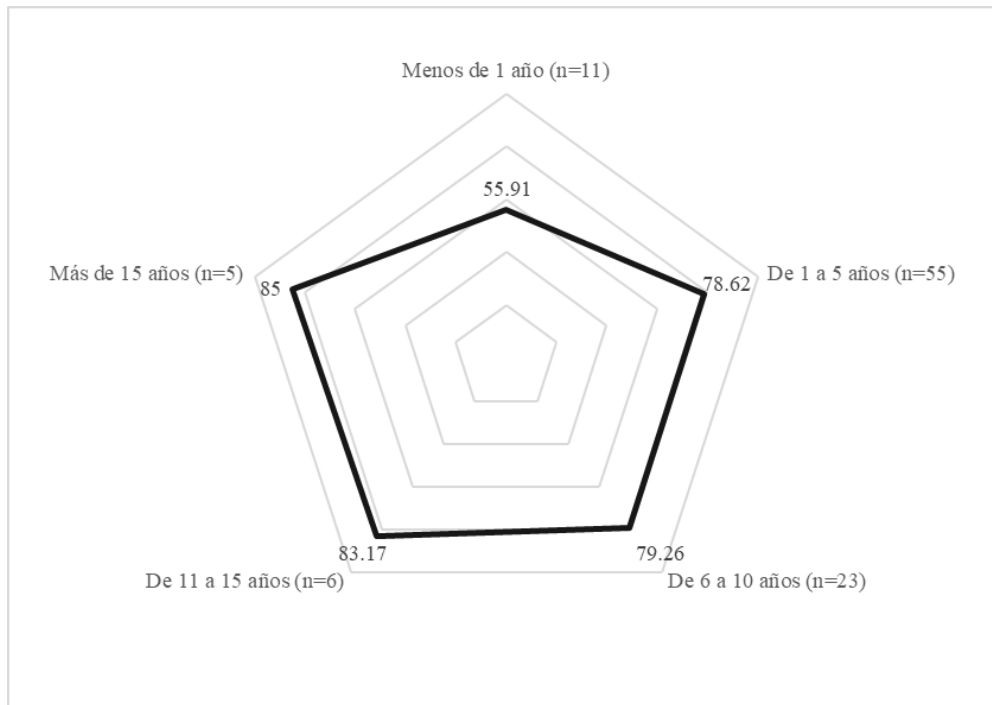
Figura 4. Resiliencia según satisfacción con los ingresos económicos



Nota: la figura muestra los valores del nivel de resiliencia según la satisfacción de los ingresos económicos.

En cuanto al nivel de resiliencia según el tiempo de diagnóstico, se encontró que a medida que aumenta el tiempo en el que los pacientes conviven con el virus, se reporta mayores niveles de resiliencia. Aquellos pacientes han sido diagnosticados en un periodo inferior al de un año, puntúan niveles más bajos de resiliencia, en cambio, aquellos pacientes que han sido diagnosticados por más de 15 años presentan un nivel más alto de resiliencia en comparación con la media global (76.86/100) (ver Figura 5 y Tabla 12).

Figura 5. Nivel de resiliencia según el tiempo de diagnóstico en años



Nota: la figura radial muestra los valores del nivel de resiliencia según el tiempo de diagnóstico de los pacientes.

Tabla 12

Resiliencia según tiempo de diagnóstico en años

Tiempo de diagnóstico en años	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DT
Menos de 1 año (<i>n</i> =11)	33	94	55.91	55	17.02
De 1 a 5 años (<i>n</i> =55)	55	95	78.62	80	11.49
De 6 a 10 años (<i>n</i> =23)	56	97	79.26	81	10.75
De 11 a 15 años (<i>n</i> =6)	69	96	83.17	83	11.87
Más de 15 años (<i>n</i> =5)	74	92	85	85	7

Con respecto a la resiliencia y variables sociodemográficas, Dale et al. (2014) ponen de manifiesto que las personas de género femenino diagnosticadas con VIH, cuyos niveles académicos y económicos son bajos y se encuentran desempleadas tenían altos niveles de resiliencia, datos que no van en consonancia con los hallazgos en el contexto del presente estudio, en cambio, con los resultados obtenidos por Lima, Azevedo, Amorim y Saldanha (2014), existen coincidencias debido a que estos autores concluyen que las personas seropositivas con menor nivel educativo y bajo nivel económico puntúan niveles más bajos de resiliencia.



Conclusiones y recomendaciones

Esta investigación tuvo como finalidad identificar los niveles de bienestar y de resiliencia en adultos con VIH; de acuerdo con los resultados obtenidos, se puede concluir que en general, los pacientes seropositivos que acuden periódicamente a los controles médicos en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “José Carrasco Arteaga”, puntúan un nivel de bienestar por encima de la media del perfil PERMA y de todas sus dimensiones, por lo que se podría considerar que presentan niveles elevados de bienestar, lo cual evidencia que los participantes centran su atención en su crecimiento personal antes que en el diagnóstico.

Si se considera la adaptación del perfil PERMA en una muestra ecuatoriana de Lima-Castro et al. (2017), en donde se proponen los factores de Relación, Propósito y Crecimiento, se observa que el factor propósito es el más elevado, lo que denota que los pacientes tienen autopercepción de que sus vidas tienen propósito, consideran que lo que hacen tiene sentido, se proyectan a futuro en función de sus metas, además, además se sienten entusiasmados en sus actividades cotidianas denotando responsabilidad en ellas.

En cuanto a los puntajes de resiliencia, los resultados obtenidos en esta muestra permiten concluir que, a pesar de la condición médica presente en los pacientes con VIH, existe un nivel cercano al máximo propuesto por la escala, indicando que los participantes del estudio pueden salir adelante a pesar de sus dificultades; a excepción de quienes han sido diagnosticados hace menos de un año.

En función a las variables sociodemográficas se concluye que quienes puntuaron un nivel de resiliencia más elevado fueron el género femenino, separados y viudos, aquellos que han culminado la educación superior y quienes se encuentran satisfechos con sus ingresos económicos.

Con todo lo anteriormente mencionado, a pesar de que los constructos de resiliencia y de bienestar han sido estudiados en el campo de la psicología, estas variables no se han investigado a profundidad, en nuestro contexto, en pacientes con VIH, por lo que el enfoque sigue siendo predominantemente médico. Por ello se recomienda realizar estudios en los que se profundicen estas variables desde una perspectiva multimétodos (cualitativos y cuantitativos), con el objetivo de comprender lo que contribuye en términos subjetivos y objetivos a la formación de



la resiliencia y bienestar en pacientes con VIH, además que permitan, desde una perspectiva integrativa, abordar las experiencias vividas a partir del diagnóstico.

Se recomienda también que los estudios futuros consideren aspectos que ayuden a ampliar la comprensión de esta población en términos psicológicos, como por ejemplo los estilos de personalidad, mecanismos de defensa, estrategias de afrontamiento y calidad de vida, así como la manera en que influyen estos en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Este conocimiento aportará tanto a la comunidad científica como a los profesionales de la salud para optimizar sus procesos de intervención.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, la dificultad más significativa que se presentó está relacionada con tamaño de la muestra, debido a que la población representa un grupo vulnerable y de difícil identificación y acceso, lo que no permitió que se puedan generalizar los resultados.



Referencias

- Allport, G. (1968). *The person in psychology: Selected essays*. Beacon Press.
- Andrews, F., & Withey, S. (1976). *Social indicators of Well-Being. Americans perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la Psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-59. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3989>
- Bedón, Y. (2013). Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *PSIQUEMAG*, 2(1). Recuperado de <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/10>
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=72717407>
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Oxford, England: Aldine.
- Broche-Pérez, Y., Rodríguez-Martín, B., Pérez, S., Alonso, G., Hernández, A., & Blanco, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). En *Validación de instrumentos psicológicos* (pp. 71-75).
- Butler, J., & Kern, M. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>
- Cantú, R., Bermúdez, J., Torres-López, E., & Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial asociado al diagnóstico de infección por vih/sida: Apartados cualitativos de medición. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2(2), 39-68. <https://doi.org/10.25009/remsys.2012.2.63>



- Connor, M., & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Dale, S. K., Cohen, M. H., Kelso, G. A., Cruise, R. C., Weber, K. M., Watson, C., ... Brody, L. R. (2014). Resilience among women with HIV: Impact of silencing the self and socioeconomic factors. *Sex roles, 70*(5-6), 221-231. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0348-x>
- De Santis, J., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S., & DeLeon, D. (2013). Motivation, management, and mastery: A theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 19*(1), 36-46. <https://doi.org/10.1177/1078390312474096>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E. F., & Diener, M. L. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(4), 653-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- Diener, E., & Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies, 1*(1), 41-78. <https://doi.org/10.1023/A:1010076127199>
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy* (Oxford University Press). New York: Oxford University Press.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós.



- Farber, E., Schwartz, J., Schaper, P., Moonen, D., & McDaniel, J. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41(2), 140-146. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.140>
- Fernandes, L. (2014). *Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/sida: Diferencias entre infectados y no infectados por el VIH* (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/35179/24460874.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Francolino, C., Galzerano, J., Mansilla, M., Dapuetto, J., Llado, M., & Deque, B. (2010). Evaluación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: Functional assessment of HIV infection, en pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana. *Revista Médica del Uruguay*, 26(3), 129-137. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902010000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- García-Viniegras, C., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>
- Gatell, J., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J., & Mallolas, J. (2010). *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (10ma.). Barcelona: Antares.



- Hassett, A., Fisher, L., Vie, L., Kelley, W., Clauw, D., & Seligman, M. (2019). Association Between Predeployment Optimism and Onset of Postdeployment Pain in US Army Soldiers. *JAMA Network Open*, 2(2), e188076. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.8076>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación* (2.^a ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- Kurtz, S., Buttram, M., Surratt, H., & Stall, R. (2012). Resilience, syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. *AIDS Education and Prevention*, 24, 193-195. <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.3.193>



- Lima, F., Azevedo, R., Amorim, I., & Saldanha, A. (2014). Resiliencia em pessoas com o diagnóstico de HIV/AIDS: depressão e ansiedade como fatores de risco. Recuperado de <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/resumo.php?idtrabalho=843>
- Lima-Castro, S., Peña, E., Cedillo, C., & Cabrera, M. (2017). Adaptación del perfil perma en una muestra ecuatoriana. *Eureka (Asunción, En línea)*, 14(1), 69-83. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-14-1-12.pdf>
- Litwinczuk, K. M., & Groh, C. (2007). The Relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(3), 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.03.004>
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00168>
- Lyons, A., Heywood, W., & Rozbroj, T. (2016). Psychosocial factors associated with flourishing among Australian HIV-positive gay men. *BMC Psychology*, 4(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0154-z>
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 93-111. <https://doi.org/10.1002/jts.2490040108>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(1), 370-396.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Informe GAM Ecuador. Monitoreo global del sida* (N.º 1; p. 65). Recuperado de ONUSIDA, MSP website:



http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2019). VIH – VIH en el Ecuador. Recuperado 2 de marzo de 2019, de VIH website: <https://www.salud.gob.ec/vih/>

Morales, M., & González, A. (2014). Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y Capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 40(1), 215-228. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052014000100013>

Moreno-Montoya, J., Barragán, A., Martínez, M., Rodríguez, A., & González, Á. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 38(4), 577-585. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.3819>

Munro, I., & Edward, K. (2008). The lived experience of gay men caring for others with HIV/AIDS: resilient coping skills. *International Journal of Nursing Practice*, 14(1), 122-128. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00675.x>.

Noda, A., Vidal, L., Pérez, J., & Cañete, R. (2013). Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. *Revista Cubana de Medicina*, 52(2), 118-127. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232013000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ONUSIDA. (2019). Número de personas que viven con el VIH (2017). Recuperado 5 de febrero de 2019, de Poner fin a la epidemia de sida para 2030 website: <http://www.unaids.org/es/Homepage>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Temas de salud. VIH/SIDA. Recuperado 20 de octubre de 2018, de WHO website: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/



- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200007
- Richardson, G., Neiger, B., Jensen, S., & Kumpfer, K. (1990). The Resiliency Model. *Health Education*, 21(6), 33-39. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614589>
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*.
- Roy, A. (2003). Characteristics of HIV patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 41-44. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02033.x>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 147, 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is It? Explorations on the meaning of psychological Well-Being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. Recuperado de <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.



- Varela, M., & Hoyos, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: Más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 528-540. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>
- Vargas, J., Cervantes, M., & Aguilar-Morales, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29111986006>
- Vinaccia, S., Fernández, H., Quiceno, J., López, M., & Otalvaro, C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 26(1), 125-132. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100011>
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Yu, X., Lau, J., Mak, W., Cheng, Y., Lv, Y., & Zhang, J. (2009). Risk and protective factors in association with mental health problems among people living with HIV who were former plasma/blood donors in rural China. *AIDS Care*, 21(5), 645-654. <https://doi.org/10.1080/09540120802459770>

**Anexos****Anexo 1 Consentimiento Informado****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Bienestar y resiliencia en adultos con Virus de Inmunodeficiencia Humana en instituciones de salud pública

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Wilson Paúl Avila Vanegas	0104893557	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hospital Vicente Corral Moscoso y en el Hospital José Carrasco Arteaga. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Tanto a nivel mundial, como local, los casos de VIH han aumentado considerablemente. Este fenómeno puede explicarse por diversos factores, dentro de los cuales se encuentra la falta de información. No existe un adecuado tratamiento psicológico en esta población lo cual motiva los estudios en este campo. El tema central en el que se basa la investigación es el bienestar y la resiliencia en personas con VIH. En el Ecuador, 3 de cada 1000 personas viven con VIH. Como investigador considero que, el estudio del bienestar y la resiliencia son elementos claves para el desarrollo de intervenciones psicológicas para personas seropositivas, con el fin de encontrar métodos de ayuda y acompañamiento de la población con VIH en nuestro país.

Objetivo del estudio

Describir los niveles de bienestar y resiliencia en adultos diagnosticados con VIH.

Descripción de los procedimientos

El proceso de evaluación contará con la participación de 60 pacientes de instituciones de salud pública. A cada participante se le solicita llena además de la ficha sociodemográfica que recoge datos generales, dos instrumentos: el Cuestionario de perfil PERMA (Butler y Kern, 2016) el cual evalúa bienestar basándose en 16 preguntas con opciones de respuesta que va desde 1 a 10; y la y la escala de resiliencia de Connor – Davidson la cual evalúa la resiliencia en situaciones de riesgo y se basa en 25 preguntas con opción de respuesta del 0 a 4. El proceso de evaluación individual tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Riesgos y beneficios

Dentro de la investigación existen riesgos como el quebrantar la confidencialidad de datos, obtener información alterada o errónea o la invalidación de un instrumento debido a preguntas sin responder. Estos riesgos se minimizan al codificar los datos del participante, es decir no se incluirá nombres ni números de cédulas en la base de datos, se animará a los pacientes a responder con total veracidad, ya que la información que brinden genera resultados que reflejen su realidad; y, se enfatizará durante la aplicación de los instrumentos sobre la importancia de contestar todas las preguntas, respectivamente. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted, pero al final de la investigación permitirá determinar los niveles de bienestar y resiliencia en personas con VIH en la población cuencana. Al mismo tiempo esta investigación sería útil como punto de partida para futuros estudios relacionados a la calidad de vida en personas seropositivas.

Otras opciones si no participa en el estudio



En caso de que alguna persona decida no participar en el estudio, se debe conocer que esta en su completo derecho a rehusarse y que existirá represalia alguna.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987740050 que pertenece a Wilson Paúl Avila Vanegas o envíe un correo electrónico a wpaul.avilav@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Wilson Paúl Avila Vanegas

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

**Anexo 2 Instrumentos de evaluación****INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.**

Lugar:

Cuestionario: #

Sección 1. Perfil PERMA.

(Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizphe, C. y Cabrera-Veléz, M)

Las siguientes preguntas tienen que ver con sus sentimientos frente a diferentes situaciones de la vida. A cada pregunta responda con un número que va desde 0 hasta el 10, encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta.

1. A1 ¿Con qué frecuencia siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. E1 ¿Con qué frecuencia se siente fascinado con lo que hace?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. P1. En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. N1. En general, ¿con qué frecuencia se siente angustiado?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. A2. ¿Con qué frecuencia logra metas importantes que usted mismo se ha puesto?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. P2. En general, ¿con qué frecuencia se siente optimista?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



7. N2. En general, ¿con qué frecuencia se siente enojado?

Nunca Siempre
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. A3. ¿Con qué frecuencia es capaz de manejar sus responsabilidades?

Nunca Siempre
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. N3. En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?

Nunca Siempre
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. E3. ¿Con qué frecuencia siente que el tiempo vuela cuando hace algo que le gusta?

Nunca Siempre
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. M3. En general ¿hasta qué punto lleva una vida con propósito y sentido?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. R1. ¿Hasta qué punto recibe apoyo de otras personas cuando lo necesita?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. H3. En comparación con otras personas de su misma edad y sexo, considera ¿qué tiene un excelente estado de salud?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. E2. En general, ¿hasta qué punto se siente entusiasmado con sus actividades?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



15. M2. En general, ¿hasta qué punto siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. LON ¿Qué tan solo se siente en su vida?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. H2. ¿Qué tan satisfecho con su salud física se siente actualmente?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. R2. ¿Qué tan querido se siente por otras personas?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. M1. ¿Generalmente, sabe lo que quiere hacer con su vida?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. H1. En general, ¿Tiene una excelente salud física?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. R3. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. P3. En general, ¿hasta qué punto se siente satisfecho con su vida?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



23. HAP Considerando todas las cosas de su vida en conjunto, ¿qué tan feliz es?

Para nada Completamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sección 2. Escala de Resiliencia de Connor - Davidson.

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0= "Nunca", 1= "Rara vez", 2= "A veces", 3= "A menudo", 4= "Casi siempre".

1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios.

0 1 2 3 4

2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a.

0 1 2 3 4

3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte /Dios puede ayudarme.

0 1 2 3 4

4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.

0 1 2 3 4

5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.

0 1 2 3 4

6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico.

0 1 2 3 4

7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.

0 1 2 3 4

8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades buenas o malas.



0 1 2 3 4

9. Creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.

0 1 2 3 4

10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.

0 1 2 3 4

11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.

0 1 2 3 4

12. No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución.

0 1 2 3 4

13. Durante los momentos de estrés/crisis, sé dónde puedo buscar ayuda.

0 1 2 3 4

14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente.

0 1 2 3 4

15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí.

0 1 2 3 4

16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso.

0 1 2 3 4

17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.

0 1 2 3 4

18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.

0 1 2 3 4



19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado.

0 1 2 3 4

20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué).

0 1 2 3 4

21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.

0 1 2 3 4

22. Me siento en control de mi vida.

0 1 2 3 4

23. Me gustan los desafíos.

0 1 2 3 4

24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino.

0 1 2 3 4

25. Estoy orgulloso/a de mis logros.

0 1 2 3 4



Anexo 3 Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad:		<input type="text"/>		
Género:	Masculino	<input type="text"/>		
	Femenino	<input type="text"/>		
	Otros	<input type="text"/>	¿Cuál?
Orientación sexual:	Heterosexual	<input type="text"/>		
	Homosexual	<input type="text"/>		
	Bisexual	<input type="text"/>		
	Otros	<input type="text"/>	¿Cuál?
Estado Civil:	Soltero	<input type="text"/>		
	Casado	<input type="text"/>		
	Divorciado	<input type="text"/>		
	Unión libre	<input type="text"/>		
	Otros	<input type="text"/>	¿Cuál?
¿Cuál es el nivel de estudios más alto que alcanzó?	Sin instrucción	<input type="text"/>		
	Sin bachillerato (primaria)	<input type="text"/>		
	Con bachillerato (secundaria)	<input type="text"/>		
	Estudios universitarios	<input type="text"/>		
Ocupación - profesión:	<input type="text"/>			
Trabaja actualmente:	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
Se encuentra satisfecho con sus ingresos económicos:	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
Tiempo que se encuentra diagnosticado:	<input type="text"/>			
Recibe tratamiento antirretroviral:	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>