



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

**APOYO SOCIAL RELACIONADO CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NO. 2 DE AGUASCALIENTES**

QUE PRESENTA:

DR. JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO.

ASESOR:

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS.

AGUASCALIENTES, AGS., A 21 DE ENERO DE 2011.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES
Commemoración del Bicentenario del inicio de la Independencia de México
y del Centenario de la Revolución Mexicana

**JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis Titulado:

**“APOYO SOCIAL RELACIONADO CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
NO. 2 DE AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

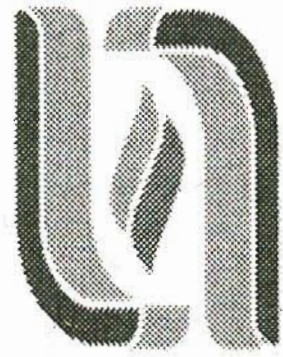
Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 21 de Enero de 2011

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



IMSS

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN.

PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que el Residente de Medicina Familiar del HGZ

No 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“APOYO SOCIAL RELACIONADO CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 DE AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2010-101-17** del Comité Local de Investigación en Salud Núm.
101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Residente Jaime Azahel Carranza Murillo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE


Dra. Martha Elena Trujillo Ávalos.



Aguascalientes, Ags. A 21 de enero del 2011.

**DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No.1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“APOYO SOCIAL RELACIONADO CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 DE AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2010-101-17** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Residente Jaime Azahel Carranza Murillo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dra. Martha Elena Trujillo Ávalos



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

“APOYO SOCIAL RELACIONADO CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 DE AGUASCALIENTES”.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

DR. JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO

ASESOR

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS

SINODALES

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

VOCAL 3: _____

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEÓN

DECANO DEL CENTRO BIOMEDICO

DRA. MARTHA E. TRUJILLO AVALOS

COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento:

A Dios por permitirme existir aquí y ahora.

A mi madre y hermanos porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de la vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mí depositaron.

A Karla, mi amada esposa: muchas gracias por estos años en los cuales hemos compartido tantas cosas y que ahora estás conmigo en este día tan importante para mí, sabiendo que no existirá una forma de agradecer los sacrificios y esfuerzos, quiero que sientas que el objetivo logrado también es tuyo y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue tu apoyo, comprensión, tolerancia y presencia incondicional.

A mis hijos Emiliano, Ximena y Santiago como un testimonio de gratitud ilimitada, porque su presencia y comprensión han sido y serán siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta.

A mi asesora Dra. Martha Elena Trujillo por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la terminación de este proyecto.

Al Dr. Marco Antonio López Montoya y a la Dra. Ana Hortensia López Ramírez quienes me brindaron orientación, consejos y apoyo bajo absoluta paciencia y cariño que fueron indispensables para la culminación de esta meta.

Al Dr. Nicolás Muro y su esposa, por su inmenso apoyo e infinita tolerancia.

A los médicos de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 que con su enseñanza y consejería hicieron de mí la persona que soy ahora, siempre bajo un clima de respeto y amistad.

Y por último a mis compañeros de clases quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos, les agradezco el haber llegado a mi vida y compartir esta experiencia llena de momentos agradables.

DEDICATORIA



A Emiliano, Ximena y Santiago con todo mi amor.

RESUMEN

Título. “Apoyo social relacionado con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA del HGZ-2 de Aguascalientes”.

Introducción. El IMSS, a través del departamento de Epidemiología y áreas afines tiene la responsabilidad de ofrecer al derechohabiente con VIH/SIDA los medios para control y tratamiento de su enfermedad, así como limitación del daño, para lo cual debe realizar acciones encaminadas a favorecer una adecuada adherencia farmacológica de los antirretrovirales, ya que de ello depende el progreso de la enfermedad y resistencia a los fármacos prescritos. La introducción de la terapia antirretroviral altamente activa en el mundo industrializado ha disminuido la mortalidad y mejorado la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA al disminuir la carga viral, hasta niveles muchas veces imperceptible. Esto ha transformado a la enfermedad en una condición crónica. Sin embargo, se requiere una adherencia casi perfecta superior al 95% para evitar la replicación y mutación del virus. Las investigaciones han mostrado que las personas con mayores índices de apoyo social presentan una mayor adherencia al tratamiento farmacológico y un mejor estado de salud.

Objetivo. El objetivo de esta investigación es analizar el Apoyo Social relacionado a la Adherencia Farmacológica con antirretrovirales en pacientes con VIH/SIDA adscritos al IMSS en la Clínica de VIH/SIDA.

Diseño metodológico. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal donde la población de estudio estuvo conformada por 162 pacientes derechohabientes del IMSS que cuentan con los criterios de la clasificación clínico-inmunológica de la infección VIH en Adolescentes y Adultos de la CDC, que se encuentran bajo tratamiento con antirretrovirales en la clínica del VIH/SIDA del HGZ-2. Se realizó la aplicación de un cuestionario que se compone de 56 ítems que identifica las características socio demográficas de la población en estudio, el apoyo social en sus dimensiones de apoyo emocional, instrumental, informativo e interacción social positiva a través del cuestionario MOS y la adherencia terapéutica a los antirretrovirales a través del cuestionario CEAT-VIH. Una vez identificado el grado de adherencia, se relacionó con el apoyo social y con la carga viral.

Resultados. De los 162 pacientes el 79% son de sexo masculino, residentes de Aguascalientes en un 96% y 55% es soltero. El 51% labora como empleado y 15% es profesionista. El rango de edad de los pacientes fue de 18 a 72 años con una media de 42 años (DE=10.8). El 79.9% se infectaron del virus por vía sexual (homosexual 35.2%, heterosexual 33.3% y bisexual 11.1%), el 6.2% por transfusión sanguínea y el 4.9% por uso de drogas vía parenteral. El número de personas que componen la red de apoyo social es de 2.5 para amigos y 5.6 para los familiares. El 80% de los pacientes tienen un apoyo social aceptable, el 42% cuenta con adherencia adecuada y el 10% con adherencia estricta. El conteo de linfocitos T CD4 tuvo una media de 499 células/mL, mientras que el 75% de los pacientes presentaron un nivel de carga viral indetectable. La fiabilidad del cuestionario MOS fue adecuada (alpha de Cronbach=0.96) y la del cuestionario CEAT-VIH (alpha de Cronbach=.672). Se encontró una correlación positiva significativa entre la adherencia y el apoyo social ($r=.366$, $p<.01$) y una correlación negativa significativa entre adherencia y carga viral ($r=-.054$, $p<.05$).

Conclusiones. Existe una clara relación entre el apoyo social que reciben los pacientes infectados con VIH con la adherencia al tratamiento antirretroviral, por lo que es importante fortalecer las redes de apoyo que le permitan hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento.

Palabras Clave: Adherencia, tratamiento antirretroviral, apoyo social, VIH/SIDA.

ÍNDICE DEL CONTENIDO.

AGRADECIMIENTOS.	v
DEDICATORIA.	vi
RESUMEN.	vii
INDICE DE CONTENIDO.	viii
I.- INTRODUCCION.	1
II.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.	3
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
IV.- JUSTIFICACION.	23
V.- MARCO TEORICO.	25
VI.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	52
VII.- HIPOTESIS.	53
VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS.	54
IX.- RESULTADOS.	61
X.- DISCUSION.	71
XI.- CONCLUSIONES.	74
XII.- ANEXOS	75
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	75
ANEXO 2. INSTRUMENTOS.	76
ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	81
ANEXO 4. OPERACIONALIZACION DE ACTIVIDADES.	82
ANEXO 5. PLAN PRESUPUESTAL.	85
XIII.- GLOSARIO.	86
XIV.-BIBLIOGRAFIA.	87

I.- INTRODUCCION.

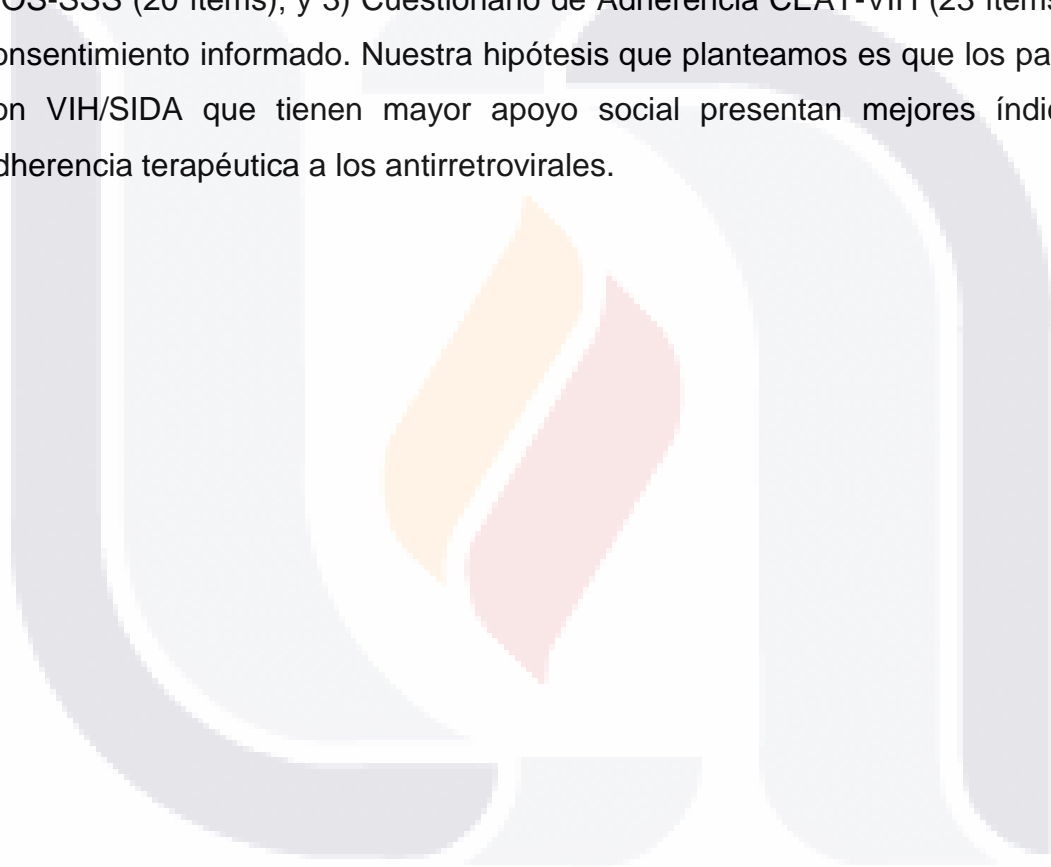
El SIDA es una enfermedad crónica que se vuelve altamente degenerativa si no se cuenta con los recursos, el apoyo social necesario y una adecuada adherencia al tratamiento para contrarrestarla. Ya que a pesar del aumento en el financiamiento y los progresos realizados por parte de organizaciones de salud para que tengan acceso al tratamiento del VIH/SIDA la mayor parte de la población, esta sigue siendo un problema de salud pública, ya que se ha estimado en el 2007 que 33.2 millones de personas en el mundo viven con VIH, 2.5 millones se han infectado y 2.1 millones de personas han muerto en ese mismo²⁷.

La introducción de la terapia antirretroviral altamente activa en el mundo industrializado ha disminuido la mortalidad y mejorado la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA al disminuir la carga viral, hasta niveles muchas veces imperceptible. Esto ha transformado a la enfermedad en una condición crónica. Sin embargo, se requiere una adherencia casi perfecta superior al 95% para evitar la replicación y mutación del virus^{26, 27}. Las investigaciones han mostrado que las personas con mayores índices de apoyo social presentan una mayor adherencia a tratamiento farmacológico y un mejor estado de salud²⁶.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene la responsabilidad de ofrecer tratamiento integral a los derechohabientes del estado que portan el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), con medicamentos antirretrovirales de última generación, así como atención de urgencias y psicológica que así lo requieran a través de los departamentos de Epidemiología, Psicología y áreas afines⁶⁷, con la finalidad de limitar el daño en lo posible y complicaciones derivadas de la misma historia natural de la enfermedad, incluyendo infecciones oportunistas, para lo cual debe realizar acciones encaminadas a que se lleve a cabo una adecuada adherencia farmacológica de los antirretrovirales, ya que de ello depende el progreso de la enfermedad, resistencia a los fármacos auto administrados, entre otras cosas²⁷.

El propósito fundamental de realizar esta investigación es la de analizar la variable Apoyo Social y la Adherencia Farmacológica con antirretrovirales en pacientes con VIH/SIDA adscritos al IMSS en la Clínica de VIH/SIDA, así como su relación.

Se realizó un estudio observacional descriptivo incluyendo a 162 pacientes adscritos a la Clínica de VIH/SIDA del HGZ 2 de Aguascalientes, aplicando un cuestionario auto administrado que consta de 56 ítems divididos en 3 partes: 1) Características sociodemográficas (13 ítems); 2) Cuestionario de Apoyo Social MOS-SSS (20 ítems); y 3) Cuestionario de Adherencia CEAT-VIH (23 ítems), bajo consentimiento informado. Nuestra hipótesis que planteamos es que los pacientes con VIH/SIDA que tienen mayor apoyo social presentan mejores índices de adherencia terapéutica a los antirretrovirales.



II.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

Las últimas cifras mundiales informan que a finales de 2007 había 33.2 millones de personas en el mundo con VIH, de ellos 2.9 millones son menores de 15 años; en el curso de ese año 2.5 millones contrajeron la infección y 2.1 millones murieron a causa del SIDA, y más del 90% de las infecciones ocurren en países de Asia, África, América Latina y el Caribe (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2008; ONUSIDA Y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007)⁸. Hacia finales del 2008, el estimado de personas viviendo con el VIH/SIDA en América Latina, ascendió a 2 millones y más del 70% de las personas viviendo con VIH/SIDA residían en los cuatro países más grandes de la región, Argentina, Brasil, Colombia y México. Considerando el número de infecciones, México ocupó el 2do lugar de 200,000 personas viviendo con VIH entre los países de América Latina y el Caribe; sin embargo, estas cifras están sujetas al importante problema de subregistro respecto a la infección por VIH/SIDA en el país. Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta, que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales, México se ubicó en el décimo séptimo lugar en América Latina. México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%)⁹.

Se ha encontrado, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol y Rowc, 1988), y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el apoyo que realmente recibe (Katz y Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen y Herbert, 1996, citados en Gómez, Pérez y Vila; Remor, 2002)⁵².

Hekman, Somlai, Sikkema, Kelly y Franzoi (1997), en el estado de Wisconsin Estados Unidos de América, desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar los predictores psicosociales de satisfacción general con la vida en 275 personas que padecían VIH-SIDA. Según los resultados de la investigación las variables predictivas asociadas a niveles elevados de satisfacción de vida general de las personas con VIH/SIDA fueron relacionadas con un mejor bienestar físico y funcional, un mejor apoyo social, un uso adecuado de estrategias de afrontamiento adaptativas, y que de parte de la comunidad fueran menos rechazados y estigmatizados socialmente. Por consiguiente, Heckman (2003) planteó un modelo para evaluar el apoyo social en enfermedades crónicas, donde teoriza que la satisfacción en la vida de las personas que viven con una enfermedad crónica con el VIH por ejemplo, depende de factores relacionados con la discriminación social, las barreras de la asistencia médica y servicios sociales, el bienestar físico, el apoyo social y la adaptación a la enfermedad. Este modelo fue evaluado usando datos de 275 personas que viven con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana. Las mujeres relataron menos satisfacción de vida, así como de apoyo social y enfrentaron más las barreras de asistencia médica y servicios sociales que los hombres, y los participantes de origen étnico caucásico reportaron tener percepciones más altas de discriminación relacionada con el SIDA que participantes afroamericanos⁵².

Crook, Brwune, Roberts y Gafni (2005), en Canadá examinaron el impacto de las variables sociodemográficas, la calidad de vida, el apoyo social sobre la utilización del servicio de salud en personas que viven con el VIH/SIDA. Se encontró que la mayoría de las personas que acudían a los servicios sanitarios vivían solas y que su salud en general era más deteriorada, pero el hecho de acudir con mayor frecuencia a la atención médica lograba que los niveles de depresión y de salud funcional fueran equivalentes a las personas que utilizaban poco los servicios de salud y tenían mayor apoyo social, aunque esto implicaba considerablemente más gastos para los servicios de la sala de urgencias y terapias complementarias⁵².

Edwards L. (2006), mediante un estudio exploratorio cualitativo examino el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en mujeres afroamericanas con VIH/SIDA en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América debido al aumento en la incidencia de casos ocurrido en mujeres afroamericanas en comparación con otros segmentos de la población. Se reclutaron 33 pacientes entre 20 y 49 años de edad, de las cuales se excluyen 13 quedando la muestra de 20 pacientes que recibían tratamiento antirretroviral, que acudían a dicho hospital de forma periódica. Se realizó una capacitación a las pacientes para escribir en tres jornadas por semana un mínimo de 10 minutos durante un periodo de 2 semanas consecutivas en material proporcionado por el Hospital acerca de la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido. Posteriormente se realiza una entrevista semiestructurada enfocada al apoyo social percibido, la adherencia terapéutica y su experiencia de vida con VIH/SIDA. Se analizaron aspectos socio demográficos, edad, estado civil, nivel de escolaridad, presencia de hijos, ingreso mensual de dinero y forma de transmisión, además de tomaron del expediente datos en relación al tiempo de infección y determinación de cargas virales.

Resultados: las participantes refirieron que existen 4 principales barreras para mantener una adherencia: el estigma social relacionado al VIH/SIDA, sentimientos de desamor y falta de cuidados, relaciones turbulentas y estar casado con una persona infectada con VIH/SIDA. Por otra parte mencionaron que los facilitadores para mejorar la adherencia son: el tener un apoyo familiar y la presencia de hijos jóvenes en sus vidas.

Conclusión: las mujeres en este estudio indican que el apoyo social está asociado significativamente con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH²⁶.

Amberbir A., Woldemichael K., Getachew S., Girma B., Deribe K. (2008) realizaron un estudio prospectivo en el sureste de Etiopia dirigido por la unidad de terapia antirretroviral del Hospital Universitario de Especialidades de Jimma para valorar los predictores de adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes infectados con VIH, en los cuales participaron 400 pacientes infectados con VIH, auto

eliminandose 17, quedando la muestra de 387 al termino del estudio (M3). El estudio tuvo dos fases. En la fase 1 se realiza una medición base de adherencia (M0), y fue conducido en diciembre del 2006. En la fase 2 los participantes fueron estudiados prospectivamente en los 3 meses siguientes midiendo nuevamente la adherencia. El tamaño de la muestra fue calculado usando el programa estadístico EPI-Info 3.3.2. La variable dependiente fue la adherencia a la terapia antirretroviral que fue medida en este estudio con el auto reporte de las dosis tomadas en el día, día previo, tres días previos y la última semana. Clasificando a las personas adherentes si tomaron el 95% o más de las dosis prescritas correctamente, en el tiempo acordado y si siguieron las recomendaciones dietéticas. Los datos fueron recopilados inicialmente usando un cuestionario pre-test que contenía características sociodemográficas (edad, sexo, educación, ocupación, estado civil, edad), atributos psicosociales (apoyo social, depresión, uso activo de sustancia y alcohol, estigma social) características de la enfermedad (estadio clínico, tiempo de la infección), variables relacionadas al régimen (dosis y frecuencia, complejidad de las píldoras, dieta, efectos adversos, historial de hospitalizaciones), y variables relacionadas al equipo de salud. Los datos fueron vaciados, codificados y analizados con el programa SPSS 12.0. de Windows.

Resultados: dentro de las características psicosociales se encontró que la mayoría de los pacientes estudiados (77.8%) recibía apoyo social en la fase 1(M0) otorgado por su familia, amigos, parejas, clubs de VIH o compañeros de trabajo, pero al tercer mes (M3) disminuyo el porcentaje a 54% con una diferencia significativa ($p < 0.05$). Por otra parte los pacientes que presentaron una adherencia adecuada al tratamiento en el 1er mes fue de 79.3% y al tercer mes 75.7%, por lo que disminuyó un 3.6%. Las principales razones que mencionaron son: simplemente se olvidaron de tomar la dosis, sentirse enfermos, sentirse con sueño, entre otras. Se encontró que factores como el abandono, la depresión, el sentirse enfermo o con malestar general son factores predictores de baja adherencia al tratamiento farmacológico con antirretrovirales.

Conclusión: el nivel de adherencia al tratamiento en este estudio es alto y por lo tanto alentador. También muestra que la adherencia es un proceso dinámico con

cambios permanentes y que no puede predecirse, por lo tanto, debe de haber un seguimiento clínico regular²⁷.

Ncama B., McInerney P., Bhengu B., Colress I., Wantland D., Nicholas P., McGibbon C., Davis S. (2008) realizaron un estudio transversal con diseño exploratorio descriptivo cuyo objetivo fue examinar las características relacionadas al apoyo social y la adherencia terapéutica con antirretrovirales en pacientes con VIH en KwaZulu-Natal, Sudáfrica. La muestra estuvo compuesta por 149 individuos mayores de 18 años, que recibían tratamiento antirretroviral y que hablaban inglés y/o isizulú (idioma natal), a los cuales se les otorgo un cuestionario en ambos idiomas que contenía los instrumentos: entre ellos un cuestionario de características sociodemográficas; la escala de apoyo social MOS-SSS, que consta de 20 ítems; el cuestionario MOS SF-36, consta de 9 subescalas que miden la calidad de vida; la escala de adherencia de Morinsky, compuesta por 4 ítems; y la escala de no adherencia percibida (ACTG) que consiste en 9 preguntas. El cuestionario socio demográfico incluyo las variables edad, sexo, etnia, nivel de educación, número de hijos, ocupación, tiempo de diagnóstico con el VIH/SIDA, otros diagnósticos y condición médica asociada. Los datos fueron analizados usando el SPSS de Windows versión 13.0.

Resultados: la medida de adherencia fue alta en toda la muestra (media=3.72; desviación estándar= 0.69) con un rango de 1-4 en la escala de adherencia de Morinsky. Una puntuación de 3 o más indica alta adherencia, reportada en el 79% de los pacientes. No hubo diferencia significativa de los pacientes que reportaban alta adherencia y los que reportaban baja adherencia en relación al apoyo social y calidad de vida. El análisis de los datos indican que el apoyo social fue moderado con una puntuación media de 64.4% en el cuestionario MOS-SSS, y el promedio de amigos y familiares a quien recurrir está compuesto por 7 personas que componen la red.

Conclusión: el apoyo social es importante para los pacientes que viven con VIH/SIDA en Sudáfrica, ya que favorece la adherencia, aunque en este estudio no

se encontró una diferencia significativa entre los que presentan alta o baja adherencia en relación al apoyo social³⁰.

Wrubel J., Stumbo S., Johnson M. (2010) realizaron un estudio cualitativo que examina el apoyo social recibido con la adherencia terapéutica a antirretrovirales analizando parejas de hombres homosexuales. De diciembre del 2006 a marzo del 2007 fueron reclutadas 20 parejas de hombres homosexuales, de las cuales 10 parejas estaban los dos infectados por el VIH (seroconcordantes) y las otras 10 parejas restantes solo un integrante de la pareja estaba infectado (serodiscordantes). Se utilizaron los datos de las narraciones de las entrevistas realizadas por separado incluyendo preguntas acerca de la relación de pareja (actividades mutuas, puntos de desacuerdo, finanzas y su vida sexual), apoyo social relacionado con la salud (la salud del participante y de la pareja, que hacen para apoyarse mutuamente), VIH (historia del diagnóstico, historia del tratamiento), y prácticas de adherencia (cuando se toma el medicamento, estrategias para adherirse, que se hace con la pareja para apoyar la adherencia, entre otras). Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas en ATLAS.ti, un programa de software para análisis de datos narrativos. Se dividieron a los participantes en tres grupos: el primer grupo que ve a la adherencia como una responsabilidad personal, el segundo grupo ve a la adherencia como una responsabilidad de pareja y agrega apoyo social a la relación para mantener una adecuada adherencia y un tercer grupo que terminó su relación de pareja durante el tiempo que duró la investigación.

Resultados: dentro del primer grupo que ve a la adherencia como una responsabilidad personal (5 parejas) reportaron altos niveles de adherencia, el segundo grupo que ve a la adherencia como una responsabilidad de pareja (12 parejas) reportaron niveles intermedios de adherencia, pero realizan estrategias para aumentar el apoyo social y participan de forma mutua, y por último 3 parejas que corresponden al tercer grupo que terminaron su relación tenían niveles bajos de adherencia principalmente debido al desconocimiento de los nombres de los

antirretrovirales, lo que corresponde a una falta completa de atención en el régimen.

Conclusión: el hecho de tener un apoyo social suficiente no siempre es sinónimo de adherencia adecuada⁶⁰.

DiMateo R. (2004) realizó un meta análisis de 1948 a 2001, para valorar el apoyo social tanto funcional como estructural relacionados con los regímenes de adherencia terapéutica. Se encontraron en la literatura 122 artículos relacionados con el tema, buscados tanto en la literatura médica y de psicología en las bases de datos del PsychLit y MedLine, de los cuales 29 estudios relacionan la adherencia terapéutica con el apoyo social de tipo práctico, otros 11 estudios relacionan la adherencia apoyo social de tipo emocional y 28 estudios estudian la adherencia y el apoyo social unidimensional, también encuentra 14 estudios de adherencia y su relación con familias cohesivas y 6 más de adherencia y familias conflictivas o disfuncionales. En cada estudio se midió la correlación del coeficiente r , que representa la dirección de la asociación entre las mediciones de adherencia y las mediciones de apoyo social estructural y funcional.

Resultados: 29 estudios transversales de apoyo social y adherencia tenían un rango de correlación entre $-.22$ a $.75$. lo que significa una fuerte correlación positiva entre la adherencia y el apoyo social practico, con una diferencia de desviación estándar del 0.65 en la adherencia entre pacientes que reciben apoyo social practico y los que no reciben apoyo social. Se comprueba que los pacientes que reciben apoyo social son 3.6 veces más adherentes que los que lo tienen y el riesgo relativo de no adherencia es doce veces más alto en pacientes que no reciben apoyo social comparado con los que si reciben apoyo social. Por otro lado hay 11 estudios que relacionan el apoyo social emocional y la adherencia donde la media y la mediana son idénticas ($.15$). Hay una diferencia de la desviación estándar de 0.30 de la adherencia entre los pacientes que reciben apoyo social emocional y los que no reciben. El riesgo de no adherencia es 1.3 veces más alto de los pacientes que no reciben apoyo emocional. De los 27 estudios que miden el apoyo social de forma unidimensional se encontró un rango de correlación de

adherencia entre -.06 a .60, y la media y la mediana fueron similares (.20 y .21, respectivamente), con una diferencia de la desviación estándar de 0.43 de la adherencia entre altos y bajos niveles de apoyo social y la adherencia es 2.35 veces más alta de los pacientes que tiene altos niveles de apoyo y el riesgo de no adherencia es 1.53 veces más alto en los pacientes que no cuentan con apoyo social. También se encontró que los pacientes que tienen familias cohesivas son 3.03 veces más adherentes que los que no tienen familias cohesivas, y que los pacientes casados son 1.27 veces más adherentes que los que no lo están.

Conclusiones. El resultado de este meta análisis provee evidencia cuantitativa de que el apoyo social tiene efectos sustanciales en la adherencia de los pacientes, y que varía este beneficio dependiendo del tipo de apoyo social, el apoyo social funcional tiene efectos más fuertes sobre la adherencia que el apoyo estructural, deduciendo que no importa tanto la presencia de otras personas sino la calidad de las relaciones, sin embargo el apoyo social puede ser no siempre benéfico, ya que puede variar dependiendo particularmente de la situación, del tipo y severidad de la enfermedad y la complejidad del régimen terapéutico, así como del tipo de instrumento usado para medirlo⁶¹.

Servellen G. & Lombardi E. (2005) realizaron un estudio transversal exploratorio en población latina con bajos ingresos en los Ángeles California con el propósito de describir la relación de apoyo social percibido, emocional o informacional, calidad de la relación y comunicación con los médicos, y adherencia antirretroviral en una muestra de hombres y mujeres latinos que tienen bajos ingresos económicos, que hablan español, que son VIH positivos y que reciben tratamiento antirretroviral para VIH/SIDA. La muestra estuvo conformada por 85 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA con ingresos mensuales de 500 dólares o menos, a los cuales se les aplicó un cuestionario que contenía características demográficas (tales como edad, género, ingresos, lenguaje de nacimiento, escolaridad, etc.), también contenía el instrumento MOS-SSS en sus subescalas de apoyo emocional e informacional para determinar el nivel de apoyo con sus amigos y familiares; la calidad de la relación y comunicación con el médico consistió en 9

preguntas con respuesta tipo Likert de 5 opciones; la adherencia fue medida con el cuestionario base de Adherencia de la ACTG (Grupo de Pruebas Clínicas con adultos con SIDA). El análisis estadístico primario fue realizado utilizando el SPSS para Windows versión 11. El análisis bivariado fue realizado usando SAS en su versión 8.2 para examinar la relación de apoyo social de amigos y familiares y la comunicación con médicos o la relación con la medición de adherencia terapéutica usando la Chi cuadrada.

Resultados. La media de personas que tienen para apoyarse socialmente es de 6.91 personas, la media de apoyo emocional o informacional fue de 52.33 de una escala de 0-100, la media de apoyo tangible y apoyo afectivo fue de 53.92 y 66.16 respectivamente. Se encontró una asociación significativa entre el apoyo social emocional o informacional y los pacientes con adherencia superior al 90% durante los últimos 4 días ($p=.05$). También se encontró una asociación significativa entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica ($p=.0002$).

Conclusión. El apoyo emocional o informacional de amigos y familiares y la calidad de la relación médico-paciente y su comunicación están fuertemente asociados con la adherencia terapéutica a antirretrovirales⁶².

Ladero L., Orejudo S., Carrobles J.A. (2010) realizaron un estudio longitudinal durante un año en 2003 a 2004 con 100 pacientes infectados con VIH en un programa con metadona con el objetivo de analizar las relaciones existentes entre la variable apoyo social y la adherencia a los tratamientos antirretrovirales seleccionando a los pacientes de dos Centros de Atención Integral a Drogodependencias de Madrid, España que tenían 18 años o más, que fuesen portadores de VIH y que se encontrarán en el programa de metadona y que tuvieran una prescripción facultativa de antirretrovirales. La variable de adhesión a los antirretrovirales fue medida con un auto informe con tres criterios temporales, ayer, la última semana y el último mes con valores desde cumplimiento perfecto a incumplimiento total con algunos grados intermedios. El apoyo social se midió a través de una encuesta elaborada *ad hoc* para evaluar el apoyo social percibido por el paciente sobre la familia, pareja y personal de salud que consta de 4 ítems

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con escala tipo Likert de 4 opciones. Los datos se tabularon con el programa estadístico SPSS para Windows versión 12.

Resultados. En cuanto a la adhesión al tratamiento antirretroviral, en el año 2003 el 61% realizó el día anterior la toma correcta, mientras que en el 2004 lo hizo el 69%, para el caso de la última semana, lo hicieron el 60% y 64%, respectivamente y para el mes fueron el 44% y 52%. En relación al apoyo social, la muestra percibe en el momento inicial un apoyo similar de la familia, media de 9.6 (DE=3) y del personal de salud, una media de 9.5 (DE=2.4), pero ambos se reducen de manera estadísticamente significativa con el paso del tiempo, media de 8.8 (DE=3.4) el apoyo familiar ($t=2.12$, $p=.037$) y 8.6 (2.4) para el apoyo del personal de salud ($t=3.41$, $p<.000$).

Conclusión. La adherencia cambia con el paso del tiempo, encontrando en este estudio que se observa un aumento de la adherencia con el paso del tiempo, contrario a lo que se encuentra en otros estudios. En cuanto al apoyo social existe una diferencia en el nivel de apoyo social percibido en el inicio y al final de la evaluación, concluyendo que los pacientes que perciben una mayor pérdida de apoyo social son aquellos que permanecen no adherentes con el paso del tiempo. Por lo tanto hay una clara relación entre el apoyo social percibido y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes en programas de mantenimiento con metadona⁶³.

Peñarrieta I., Kendall T., González N., Martínez N., Rivera A.M., Flores F., Del Ángel E. (2009) realizó un estudio transversal con el objetivo de conocer la magnitud de la no adherencia al tratamiento antirretroviral e identificar los factores que intervienen en personas adscritas al programa de VIH de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México entre junio de 2006 hasta octubre del 2008, incluyendo a las 117 personas del programa de tratamiento, considerándose no adherentes aquellos que manifestaron no haber ingerido la dosis prescrita en los 4 días últimos o en las últimas cuatro semanas. Se utilizó regresión logística para identificar factores asociados en la no adherencia. La modalidad de las preguntas para identificar la adherencia fue extraída a partir del test de creencias frente al

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tratamiento antirretroviral de alta efectividad, la escala de depresión de Zung y el test de apoyo social Duke-UNC como: Funcional Social Support Questionnaire (FSSQ) SSQB. Las encuestas fueron codificadas y capturadas en el programa estadístico SPSS para Windows versión 14.

Resultados. Al evaluar la adherencia, se observa que el 50% no son adherentes en las últimas cuatro semanas y un 48% en los últimos 4 días de aplicada la encuesta. La mayoría de los encuestados (53%) refiere presentar algún nivel de dependencia económica, siendo esta mayormente de la pareja o de la familia. En relación a la percepción de la situación actual de salud, 76% presentan satisfacción. En relación a la adherencia de las últimas 4 semanas se encontró que existe 3 veces más probabilidad de ser no adherente cuando no se guarda en un lugar específico el medicamento, 27 veces más probable de ser no adherente cuando no se sigue la prescripción médica, 47% más probabilidades de ser no adherente cuando se tiene una percepción negativa de su salud actual y 66% de probabilidades de ser no adherente a la presencia de mayor número de efectos secundarios por el tratamiento antirretroviral. En la adherencia de los últimos 4 días se encontró que existe 4 veces más la probabilidad de ser no adherente cuando no se guarda en un lugar específico el medicamento, 44 veces más la probabilidad de ser no adherente cuando no se sigue la prescripción médica, 2 veces más de probabilidades de ser no adherente a la presencia de mayor número de efectos secundarios por el tratamiento antirretroviral.

Conclusión. Los factores identificados como explicativos a la no adherencia al tratamiento antirretroviral, son factibles de ser modificados por el sistema de salud, aspecto de gran importancia a tener en cuenta en los programas de asistencia a las personas que viven con VIH. Sobre todo, fortalecer el compromiso para seguir la prescripción médica, a través de programas de apoyo social⁶⁴.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Titulo. Apoyo Social relacionado con la Adherencia a tratamiento con antirretrovirales en el Hospital general de Zona No. 2 del IMSS de Aguascalientes.

Objeto de estudio. Relación.

Sujeto de estudio. Pacientes con VIH/SIDA.

Contexto: en el Hospital General de Zona número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes.

En Aguascalientes existen 843 casos de VIH/SIDA acumulados hasta junio del 2010, ocupando el lugar 29 a nivel nacional de acuerdo al número de casos registrados, y el lugar 25 de acuerdo a la incidencia acumulada de 72.7 por cada 100,000 habitantes¹, de los cuales 2.9% se encuentran sin estudios, 35% terminó la primaria, secundaria el 33%, bachillerato 14% y 11% son profesionistas; de acuerdo a su estado civil 57% son solteros, casados 13%, unión libre 22%; el tiempo de infección oscila entre 3 y 157 meses, con un promedio de 49 meses². La principal vía de transmisión es la sexual 74%, desglosado de la siguiente forma: homosexual 18%, bisexual 17%, heterosexual 24%, trabajo sexual y/o comercial 6%, por transfusión sanguínea se ha detectado el 2% y perinatal el 1% y en el 22% de los casos no se especifico la forma de adquisición¹. De estos 843 casos en Aguascalientes solo 203 pacientes son derechohabientes del IMSS, y de ellos el 79.3% son de sexo masculino, y 20.6% femenino, el grupo de edad más afectado es de 26 A 45 años con el 64%, seguido del de 46-50 con el 11.8 %, con un promedio de 36 años, la relación hombre mujer es de 4:1².

El apoyo social en el mundo ha tomado gran auge en las investigaciones a partir de los años 70s. En Sudáfrica, se menciona en la literatura que los pacientes que cuentan con apoyo social asciende a un 64.4%³⁰, en España los pacientes con VIH obtuvieron una media de apoyo social de 40.8%⁵, y en México en el noreste de Sonora se obtuvo una puntuación máxima de apoyo social de las personas seropositivas al VIH de 39.9% en 2007⁶. En Aguascalientes se desconoce el porcentaje de pacientes que cuentan con apoyo social.

En los tratamientos crónicos se estima que el grado de adherencia global está entre el 50% y el 75% sin embargo para obtener un buen resultado terapéutico se consideran aceptables grados superiores al 80%, a excepción de los antirretrovirales que necesitan un grado superior al 95%¹¹. Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH/SIDA, conocidas también como terapia antirretroviral altamente activa han demostrado ser eficaces para reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2004) señala que sólo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas de adherencia al tratamiento subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad¹². Los conocimientos actuales en Latinoamérica que permitan entender como promover y apoyar la adherencia a los antirretrovirales son aun insuficientes¹⁰. La adherencia al tratamiento farmacológico con antirretrovirales en Bangalore India en 2008 contaba con una adherencia adecuada 60.4%⁷, en España en el 2002 solo un tercio de los pacientes con VIH cumplieron los criterios de adhesión estricta¹³, mientras que en México en un estudio realizado en la Ciudad de México la prevalencia de no adherencia oscilo entre 13 y 65% en 2004⁶⁸ y en Tampico, Tamaulipas en 2006-2007, se sugiere serios problemas de adherencia en las personas que viven con VIH, mostrando que solo el 50% es adherente¹⁰. Se ha estimado que la adherencia en México se ha ido incrementando desde la notificación del 1er caso en 1983 hasta la fecha, ya que la inexperiencia con la epidemia fue el principal factor de baja adherencia a tratamiento, asociado a un número reducido de medicamentos y que estos producían mayores efectos adversos, así como una clara desorganización de los servicios para brindar atención al paciente con VIH/SIDA, ya que en un principio estuvieron totalmente estigmatizados¹⁴.

Por otro lado se ha estudiado la relación de apoyo social con adherencia en KwaZulu-Natal, una provincia de Sudáfrica uno de los países con más prevalencia en el mundo de VIH/SIDA y se ha encontrado que no existe diferencia

significativa en los pacientes que presentan una alta adherencia (79%) y los que presentan baja adherencia (21%) en relación al apoyo social cuya puntuación media fue de 64.4%³⁰.

En Aguascalientes el IMSS cuenta con dos Hospitales Generales de Zona (HGZ) y 10 Unidades de Medicina Familiar (UMF) para la atención del paciente con VIH/SIDA, de los cuales el HGZ 2 es el hospital de referencia y concentración de los pacientes en donde se encuentra la clínica de VIH/SIDA, donde participan en el programa 3 médicos especialistas, 1 epidemióloga, 3 enfermeras y 3 personas de administrativos para la atención del paciente con VIH/SIDA².

Las cuentas de cargas virales y el conteo de linfocitos T CD4 se realizan cada 6 meses por medio de un laboratorio subrogado de la Ciudad de Querétaro y en el cuadro básico del IMSS se encuentran disponibles 16 medicamentos antirretrovirales para prescripción².

El IMSS dispone de guías para el manejo de los pacientes entre las que se encuentran: Guía para la Atención de Pacientes con VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales³⁴, Guías de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA³⁵, la MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana³¹, la Guía de Métodos Eficaces de Esterilización y Desinfección contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana³⁶, el Sistema de Clasificación del SIDA Pediátrico (menores de 13 años)³⁷, las Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH³⁸, las Pautas para la atención clínica del niño infectado por VIH³⁹, y la Ley General de Salud⁴⁰.

En 1983 se reporta el primer caso de SIDA en México, año en que se conocía poco de la infección²³. Desde la aparición del VIH/SIDA en el país, la respuesta gubernamental fue fundamental. En 1986, se fundó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, y dos años después se convirtió en Consejo Nacional, con participación multisectorial (hoy CENSIDA). A partir de 1988 se instalan los primeros COESIDAS, en 2000 se descentralizan los programas de SIDA en los estados, de 1998 a 2000 se instalan 61 servicios de atención especializado en

todo el país²⁴. En Aguascalientes el IMSS no cuenta con reyes de apoyo social para la integración del paciente, pero existen asociaciones no gubernamentales que brindan esta atención, como el Centro de Capacitación para el Desarrollo Comunitario, A.C. (CECADEC), FRENPAVIH, Aguascalientes, y Fundación para la prevención del VIH y promoción de los Derechos Humanos (VIHDHA)¹⁵.

El SIDA es una enfermedad crónica que se vuelve altamente degenerativa si no se cuenta con los recursos, el apoyo social necesario y una adherencia al tratamiento adecuada casi perfecta. Y a pesar del aumento en el financiamiento y los progresos realizados para que se tenga acceso al tratamiento del VIH/SIDA, esta enfermedad sigue adelantándose a la respuesta mundial²⁴.

Las investigaciones realizadas señalan que las personas con diversas enfermedades crónicas que cuentan con apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad²⁵. Aun cuando esto sucede las cifras de pacientes que tiene apoyo social no supera en 40%⁶ y la adherencia farmacológica a antirretrovirales en México es inferior al encontrado en otros países del 50%¹⁰.

A nivel mundial se informa que a finales de 2007 había 33.2 millones de personas en el mundo con VIH, de ellos 2.9 millones son menores de 15 años; en el curso de ese año 2.5 millones contrajeron la infección y 2.1 millones murieron a causa del SIDA, y más del 90% de las infecciones ocurren en países de Asia, África, América Latina y el Caribe (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2008; ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007)⁸. Hacia finales del 2008, el estimado de personas viviendo con el VIH/SIDA en América Latina, ascendió a 2 millones y más del 70% de las personas viviendo con VIH/SIDA residían en los cuatro países más grandes de la región, Argentina, Brasil, Colombia y México. Considerando el número de infecciones, México ocupó el 2do lugar con 200,000 personas viviendo con VIH entre los países de América Latina y el Caribe; sin embargo, estas cifras están sujetas al importante problema de subregistro respecto a la infección por VIH/SIDA en el país. Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adulta, que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales, México se ubicó en el décimo séptimo lugar en América Latina. México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%)⁹.

En México al 30 de junio de 2010 hay 141,356 casos registrados acumulados de SIDA. En Aguascalientes existen 843 casos de VIH/SIDA acumulados hasta junio del 2010, ocupando el lugar 29 a nivel nacional de acuerdo al número de casos registrados, y el lugar 25 de acuerdo a la incidencia acumulada de 72.7 por cada 100,000 habitantes¹, sin embargo las cifras reales de personas que viven con la enfermedad son mayores a la reportadas, ya que por cada caso reportado de VIH hay 10 personas que tienen el virus sin saberlo⁴. La epidemia en Aguascalientes se concentra en los municipios de Aguascalientes con el 86%, Jesús María 2.7% y Calvillo con el 2.4% y el resto en otros municipios³.

Y como ya se ha mencionado anteriormente las cifras de pacientes que tiene apoyo social no supera en 40%⁶ y la adherencia farmacológica a antirretrovirales en México es inferior al encontrado en otros países del 50%¹⁰.

Actualmente a nivel mundial se estima que existen más de 40 millones de personas infectadas con VIH⁸, en México hay cerca de 200,000 personas viviendo con VIH, es decir una de cada 333 personas adultas¹⁶, de las cuales solo el 39.9%⁶ cuenta con apoyo social y solo la mitad de la misma población tienen índices de adherencia adecuada¹⁰, teniendo como resultado o consecuencia que existan 5,151 muertes anuales por VIH/SIDA en México¹⁶, lo que la convierte en la 4ta causa de muerte en hombres y la 7ma en mujeres de 25-34 años¹⁶. Tan solo en Aguascalientes han ocurrido 369 defunciones en el trascurso de 1986 (año en que se registro el primer caso de VIH en el estado) a 2007⁴.

Por otro lado es importante fomentar el apoyo social en estos pacientes, ya que se ha relacionado ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento, mientras que un bajo nivel de apoyo social se relaciona con un obstáculo³³, lo que tiene implicación en tres niveles, uno individual, ya que su presencia limita marcadamente los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias

en cada caso tratado, otro a nivel de la comunidad, ya que los virus resistentes pueden transmitirse por todas las vías de contagio de la infección, y finalmente, las implicaciones económicas, pues el empleo inadecuado de estos medicamentos conlleva un gasto claramente ineficiente²¹.

Factores relacionados a la adherencia que pueden influir en el problema.

- 1.-Relacionados con el individuo infectado por el VIH, tales como sus características socio demográficas (como edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, estado civil, ocupación, religión), entorno familiar y social (apoyo de parientes o amigos).
- 2.- Los debidos a la enfermedad misma, tales como su historia natural y su pronóstico.
- 3.- Los propios del tratamiento antirretroviral: complejidad del tratamiento, numerosas pastillas en diferentes horarios, efectos secundarios, viajes, trabajo, horario de comida.
- 4.- Factores relacionados con el equipo asistencial, destacando las peculiaridades de los médicos (motivación, empatía, conocimiento, experiencia, etc.) y el papel de la enfermera y de los farmacéuticos²¹.

Factores relacionados al apoyo social que pueden influir en el problema.

En cuanto al apoyo social los factores relacionados son los afectos, compañía, empatía, confianza, el estrés, depresión, aislamiento, factores sociales y culturales²².

De los pacientes infectados con VIH/SIDA que hay en México solo el 39.9%⁶ tiene apoyo social y cuentan con adherencia el 50% y no se ha analizado la relación de estas dos variables en nuestro país. De los 203 pacientes infectados con VIH/SIDA que se tienen en control en el HGZ 2 se desconoce el porcentaje que cuenta con apoyo social y adherencia al tratamiento antirretroviral, ya que no se ha realizado ningún estudio para analizar estas dos variables de forma independiente ni su relación. Así mismo el número de casos de VIH/SIDA van en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aumento y los centros de apoyo social en decremento, a pesar que se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas, que rebasan el ámbito de la salud¹³.

Estudios relacionados.

1.- Amberbir A. et al (2008) realizaron un estudio prospectivo en el Sureste de Etiopia conducido por el Hospital Universitario Especializado de Jimma utilizando un cuestionario semiestructurado para valorar la adherencia y su relación con el apoyo social con una muestra de 400 pacientes con VIH en un primer tiempo (M0) y luego en tres meses (M3) encontrando que la población estudiada presentó una adherencia del 79.3% y 75.7% respectivamente, asimismo el porcentaje de personas que contaban con apoyo social es de 77.8% y 54% respectivamente, por lo que contempla la disminución en el porcentaje de adherencia, debida a la disminución en el porcentaje de pacientes que contaba con apoyo social. Concluyendo que la adherencia es un proceso dinámico con cambios siempre y no puede predecirse con pocos pacientes²⁷.

2.- Edward L.V. (2006) realiza un estudio cuantitativo exploratorio en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore, Maryland, Estado Unidos para relacionar la variable apoyo social percibido y la adherencia en pacientes con VIH con 33 mujeres afroamericanas otorgándoles material para escribir acerca de sus percepciones de las dos variables encontrando como resultados que el estigma social es la barrera principal en la adherencia al tratamiento, siendo esto claro ya que las mujeres se sienten inhibidas a tomar su medicación enfrente de otras personas, por lo que las pobres relaciones sociales tienen consecuencias potencialmente negativas. Asimismo otros factores que influyen en la adherencia es que se sienten desoladas, sin amor, siendo otra barrera para obtener una adecuada adherencia. Concluyendo que las mujeres en este estudio indican que el apoyo social esta significativamente asociado con la adherencia a la medicación de VIH, las mujeres que se sienten apoyadas y cuidadas presentan más adherencia²⁶.

3.- Ncama B. P. et al (2008) realizaron un estudio trasversal descriptivo con el propósito de examinar las características relacionadas al apoyo social y la adherencia farmacológica a antirretrovirales en KwaZulu-Natal, una provincia de Sudáfrica donde incluyeron 149 pacientes que hablaran inglés y/o isiZulú (idioma natal), que fueran mayores de 18 años y estuvieran bajo tratamiento farmacológico con antirretrovirales encontrando que el apoyo social medido con el instrumento MOS-SSS fue moderado con una media de 64.4% teniendo en promedio 7 amigos íntimos y/o familiares cercanos en quien se pueden apoyar; la adherencia terapéutica a antirretrovirales fue medida con la escala de adherencia Moriski obteniendo como resultado que el 79% tuvieron una adherencia adecuada y el 21% niveles de adherencia bajos. También se encontró que no existe diferencia significativa en los casos que reportaron adherencia alta o baja en relación al apoyo social³⁰.

Este estudio está orientado a identificar el apoyo social y su relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH/SIDA en el HGZ 2 de Ays, ya que las investigaciones realizadas anteriormente muestran discrepancia y no son concluyentes en cuanto a esta relación.

La información que se obtenga se presentará a las autoridades encargadas de la Clínica de VIH del HGZ 2 para fomentar la participación de los centros de apoyo social ya existentes en los pacientes infectados con VIH/SIDA y lograr una mejor adherencia en los pacientes con VIH/SIDA ya que algunas de las investigaciones realizadas anteriormente prevén que a mayor apoyo social mejor adherencia a tratamiento farmacológico con antirretrovirales y por lo tanto menor índice de mortalidad²⁶.

Conceptos.

VIH SEROPOSITIVO: aquella persona que se encuentra infectada con dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba complementaria positiva incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo³¹.

SIDA: toda persona que presenta serología positiva para VIH con manifestaciones clínicas de inmunodeficiencia adquirida o con un conteo de linfocitos T CD4 menos de 200 células/ml o con una carga viral mayor de 100,000 copias de ADN viral/ml²⁸.

ADHERENCIA TERAPEUTICA: es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de terapia antirretroviral, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Por lo tanto la adherencia es el resultado de un proceso complejo en el que intervienen factores relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial⁵³.

APOYO SOCIAL: es toda transacción interpersonal que incluye interés o apoyo emocional (empatía, amor, cariño y confianza), ayuda o apoyo instrumental, apoyo informativo y el apoyo evaluativo (House 1981)^{22, 48}.

Pregunta.

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico con antirretrovirales de los pacientes con VIH/SIDA en el HGZ 2 de Aguascalientes?

IV.- JUSTIFICACION.

En este momento el VIH/SIDA es un problema de salud pública al que no debemos estar ajenos, ya que anualmente más de 5 mil personas mueren en México a consecuencia de las complicaciones o de la evolución natural de la enfermedad, sobre todo pacientes en edad productiva¹⁶. Por otro lado es de esperarse que los pacientes sean víctimas de maltrato tanto de la población en general, como del mismo personal sanitario, de poco o nulo apoyo por parte de sus familiares o grupos de amigos que trasciende en apoyo social deficiente y por consecuencia existe un déficit en la adherencia al tratamiento con antirretrovirales. Eso sin contar con las fallas a tratamiento ocasionadas por efectos secundarios de los medicamentos, factores emocionales del paciente que influyen directa o indirectamente sobre su adherencia, así como factores del sistema de salud y una expectativa distinta acerca de la relación médico-paciente⁵³.

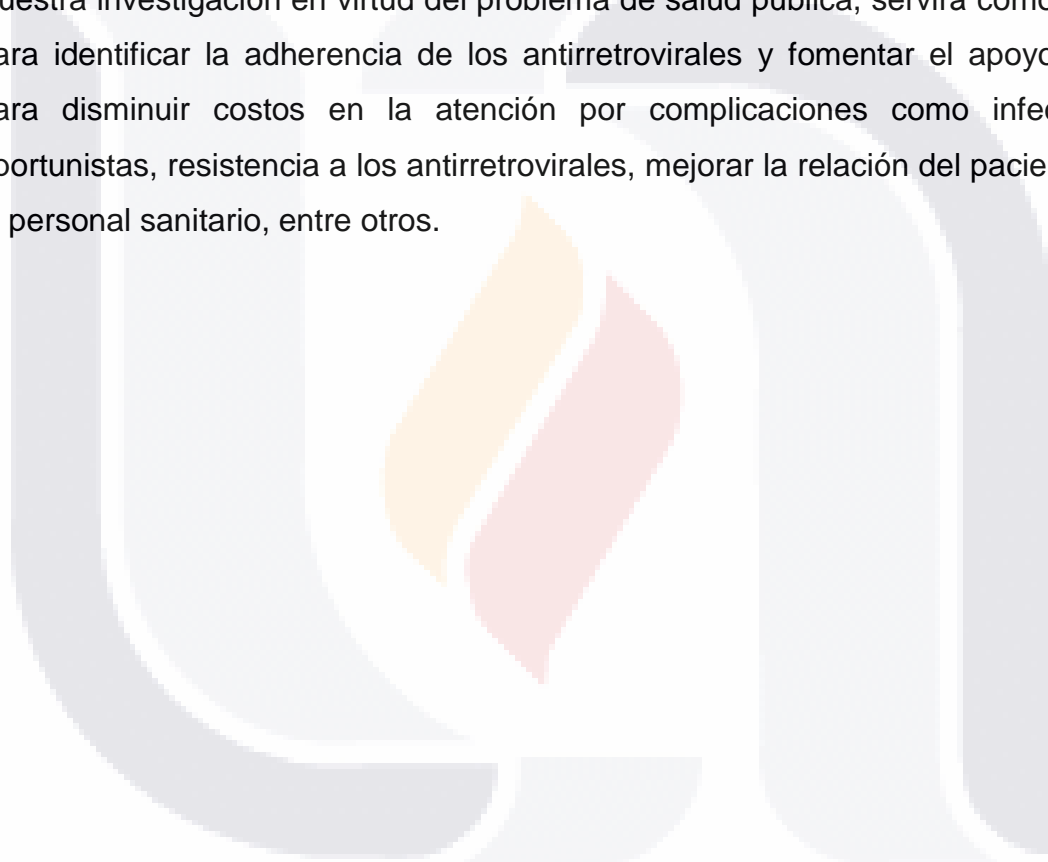
La puntuación máxima de pacientes que cuentan con apoyo social aquí en México se calcula que es de 39.9% en 2007⁶, en España de 40.8%⁵, en Sudáfrica de 64.4%³⁰. Estas cifras muestran la magnitud del problema que deseamos investigar, ya que algunas investigaciones señalan que el apoyo social suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción de la calidad de vida, mejor salud percibida, mejor funcionamiento físico, menores dificultades para emprender tareas diarias y menor estrés relacionado con la salud, principalmente. También se ha demostrado que constituye un importante indicador de la práctica de comportamientos de adherencia al tratamiento antirretroviral⁴⁷.

Actualmente de los pacientes que están adscritos a la Clínica de VIH/SIDA del HGZ 2 en control no se conoce cuantos cuentan con apoyo social, ni tampoco hay estadísticas que revelen el porcentaje de pacientes que presentan adherencia adecuada a antirretrovirales. Por lo que estamos motivados a realizar este estudio para identificar los factores que influyen en la adherencia, así como su relación

con el apoyo social por los pacientes derechohabientes al IMSS en el estado de Aguascalientes.

El estudio que proponemos está orientado a identificar el apoyo social y su relación en la adherencia al tratamiento farmacológico con antirretrovirales de los pacientes con VIH/SIDA en el HGZ 2 de Ags., ya que las investigaciones realizadas anteriormente muestran discrepancia en los porcentajes de estas dos variables y no son concluyentes en cuanto a esta relación en nuestro medio¹⁷.

Nuestra investigación en virtud del problema de salud pública, servirá como medio para identificar la adherencia de los antirretrovirales y fomentar el apoyo social para disminuir costos en la atención por complicaciones como infecciones oportunistas, resistencia a los antirretrovirales, mejorar la relación del paciente con el personal sanitario, entre otros.



V.- MARCO TEORICO.

Con la identificación del VIH en 1983 y la comprobación de su relación etiológica con el SIDA en 1984 y gracias a la disponibilidad de pruebas diagnósticas sensibles y específicas para la infección por el VIH, la definición de caso de SIDA ha sufrido varias revisiones con el paso de los años. La última tuvo lugar en 1993, en este sistema de clasificación efectuado por el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) donde se establecen grupos según los cuadros clínicos asociados con la infección por el virus y según el recuento de linfocitos T CD4 para adolescentes y adultos con infección por el VIH⁵¹. El sistema de clasificación se basa en tres niveles de recuento de linfocitos T CD4+ y en tres categorías clínicas, estando representado por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes (tabla 1)⁵¹.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida SIDA, no es consecuencia de un trastorno hereditario, es una enfermedad que se desarrolla por la destrucción progresiva del sistema inmunitario o de los linfocitos o células T (defensas del cuerpo), presentándose en el organismo infecciones y/o tumores oportunistas que se aprovechan del sistema inmunitario debilitando el cuerpo (OPS, 1999; 2004)⁵².

Cuando la persona adquiere la enfermedad por el VIH se le puede llamar portador o enfermo de SIDA; el primero no manifiesta síntomas de ninguna clase, mientras el segundo padece algunos de los procesos críticos antes dichos (infecciosos, tumorales, etc.). A ambos se les denomina seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio. Desde la infección con el VIH hasta el desarrollo del SIDA, existe un periodo asintomático que puede durar unos 10 años, degenerándose progresivamente el sistema inmune y terminando en el momento de criticidad. Se estima que, por término medio, existen alrededor de 8 (de 5 a 12) portadores por cada enfermo de SIDA (OPS, 1999; 2004)⁵².

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (trasfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre fármaco dependientes, intercambio de agujas intramusculares), la sexual (homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después). De otro lado, con menor frecuencia se han descrito casos en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa) y a través del contacto de fluidos corporales (sangre, semen u otros). La importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico (OMS, 2003)⁵².

Los síntomas más característicos son: fiebre con una duración de días hasta más de un mes; pérdida de apetito con disminución de más del 10% del peso corporal; prolongada diarrea si dura más de un mes sin ninguna otra afección presente; periodos de escalofríos y sudoración; fatiga, dolor de garganta, muscular y articular crónico; ganglios linfáticos con tumefacción inexplicable; infecciones de levaduras repetitivas graves en la boca o vagina, llagas o cambios en la piel (herpes) que duran más de cuatro semanas. Entre las infecciones oportunistas que afectan con más frecuencia la persona con SIDA figuran el sarcoma de Kaposi, la neumonía por *Pneumocystis Carinii*, la tuberculosis, la meningitis, y las infecciones por herpes simple (De Cobo, 2003)⁵².

La introducción de las nuevas terapias antirretrovirales (Highly Active Antiretroviral Therapy, más conocida como HAART) ha reducido de manera importante la morbi-mortalidad asociada con esta infección (Gulick et al., 1996; Mathez et al., Barlett y Moore, 1998). Sin embargo, tras descubrir que los medicamentos requieren un apego caso perfecto para evitar la replicación y mutación del virus, el entusiasmo inicial se ha visto disminuido en cierto grado. Ya que estudios de Paterson (2004) han demostrado que la terapia antirretroviral requiere una adherencia del 95% para lograr la supresión viral, y que incluso una disminución mínima de la adherencia puede aumentar la carga viral de manera importante. Asociado a esto la adherencia se ve afectada por falta o nulo apoyo de los trabajadores de la salud, familiares y amigos que juegan un papel clave¹³.

DEFINICIÓN DE CASO SIDA

Se define como Caso SIDA: a toda persona que presenta serología positiva para VIH con manifestaciones clínicas de inmunodeficiencia adquirida o con un conteo de linfocitos TCD4 menos de 200 células/ml o con una carga viral mayor de 100,000 copias de ADN viral/ml⁵¹.

TABLA 1. Clasificación Clínico-Immunológica de la Infección VIH en Adolescentes y Adultos. CDC 1993⁵¹.

CELULAS T CD4+	CATEGORIAS CLINICAS		
	A	B	C
	ASINTOMATICO	SINTOMATICO	CLÍNICA QUE DEFINE SIDA
CATEGORIAS	INFECCIÓN AGUDA O LPG*	CUADROS NO A NO C	
>500 cel./ml	A1	B1	C1
200-499 cel./ml	A2	B2	C2
< 200 cel./ml	A3	B3	C3

LPG: Linfadenopatía progresiva generalizada.

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

CATEGORIA A: Uno o varios cuadros enumerados a continuación en un adolescente (mayor de 13 años) o un adulto con infección por el VIH comprobada.

- 1) Infección asintomática por el VIH,
- 2) Linfadenopatía generalizada persistente,
- 3) Infección aguda (primaria) por el VIH con enfermedad acompañante o antecedentes de infección aguda por el VIH⁵¹.

CATEGORIA B: Aparición en un adolescente o adulto con infección por el VIH, cuadros sintomáticos que no están incluidos en los cuadros recogidos en la categoría C y que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

- 1) Cuadros atribuidos a la infección por el VIH o que indican un defecto de la inmunidad celular.
- 2) Cuadros cuya evolución clínica o sus necesidades terapéuticas están complicadas por la infección por el VIH en opinión del médico.

CATEGORIA C: Estadio en donde se engloban infecciones oportunistas y enfermedades en la clínica que define SIDA, de las cuales se puede mencionar: candidiasis de los bronquios, traqueal, pulmonar o esofágica, coccidiodomicosis, criptococosis, tuberculosis de cualquier localización, sarcoma de Kaposi, entre otras⁵¹.

APOYO SOCIAL.

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006)⁴¹, desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001)⁴², hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Simón, 1999)⁴³.

Se ha encontrado además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Afleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol & Rowc, 1988)²⁵ y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Kautz & Neugebauer, 2001)⁴⁴. Algunos estudios han podido comprobar de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Herbert, 1996, citado en Gómez, Pérez & Vila, 2001)⁴⁵.

DEFINICION DE APOYO SOCIAL

La definición como tal no es una tarea fácil. Y ello por distintos motivos: el enorme número de definiciones existentes, las numerosas relaciones y evaluaciones que implica, y las variadas actividades que se han incluido bajo el término. Como muestra unos cuantos ejemplos de conductas que se han incorporado al concepto de apoyo social incluyen: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, dar consejo o guía acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar, y un largo etc., aspectos, por cierto, que todos ellos forman parte del concepto de apoyo social y que están relacionados⁴⁸.

En el concepto de apoyo social al menos se distinguen tres aspectos (Lin y cols., 1986; Barrón, 1990a, 1990b):

1. Incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.
2. Se distinguen en su estudio varias perspectivas; estructural, funcional y contextual.
3. Se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de dichas transacciones⁴⁸.

Niveles de análisis.

Respecto a los niveles de análisis, quedan reflejados en definiciones como la de Lin y cols. (1981) para quienes el apoyo social es “la ayuda accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global”⁴⁸.

A nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social, que resulta en efectos beneficiosos. La integración social es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y

contextos sociales. Así, se toma como medida de integración social el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubes, etcétera⁴⁸.

El segundo nivel lo constituyen las redes sociales, aportando un sentido de unión con los demás, aunque sea de forma indirecta. En este nivel suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades: densidad, tamaño y homogeneidad, entre otras⁴⁸.

Por último, en el tercer nivel, encontramos las transacciones que ocurren dentro de las relaciones más íntimas, que son las que más directamente se han ligado con el bienestar y la salud, ya que en este tipo de relaciones se esperan intercambios recíprocos y mutuos, y la responsabilidad por el bienestar es compartida⁴⁸.

Sin embargo, los tres niveles no son independientes, están interconectados, emergiendo de cada nivel superior las relaciones del nivel inferior⁴⁸.

Perspectivas de estudio.

Desde la perspectiva estructural, se utilizan los análisis de redes y se examinan todos los contactos que mantiene el sujeto. Así mismo, se destacan los aspectos estructurales de dichos contactos sociales, sin tener en cuenta las funciones que cumplen, asumiendo que tener relaciones sociales es equivalente a obtener apoyo de las mismas, lo que obviamente es cuestionable, ya que se ignoran los conflictos asociados a las redes, lo que se ha venido llamando “estrés asociado a la red”⁴⁸.

En cualquier caso, desde esta perspectiva se ha definido el apoyo social en términos del número de determinadas relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, familiares...), frecuencia de contacto con los mismos, etcétera⁴⁸.

Una vez que se asume que las redes sociales tienen efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar, también dentro de esta perspectiva se han investigado qué tipos de redes y contactos son más beneficiosos y contribuyen en mayor medida al

bienestar. Para saberlo se han estudiado distintas dimensiones de las redes, destacando las siguientes:

- 1.- Tamaño de la red. Se entiende por tamaño de la red el número de personas que la componen, o número de sujetos con quienes mantiene contacto personal el sujeto central. Esta variable se relaciona positivamente con la salud y el bienestar.
- 2.- La fuerza de los vínculos: que incluye desde el grado de intimidad hasta el tiempo e intensidad de las relaciones.
- 3.- Densidad o grado en que los miembros se conocen y contactan entre ellos independientemente del individuo.
- 4.- Homogeneidad de los miembros o similitud demográfica y social de los miembros de la red.
- 5.- Dispersión de los miembros o facilidad con que los miembros de la red pueden ponerse en contacto²².

En cuanto a la perspectiva funcional podemos clasificarla en lo siguiente:

- 1.- Función emocional: son todas las acciones que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado y que crea que tiene personas a su disposición que puedan proporcionarle cariño y seguridad. En suma, se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía, estima y/o pertenencia a grupos⁴⁸.

Existen importantes diferencias en sintomatología entre las personas que poseen relaciones que cumplen esta función frente a las que no la tienen. El mecanismo a través del cual el apoyo social emocional fomenta la salud y el bienestar no se conoce bien, pero se han hipotetizado varias posibilidades. En primer lugar, a través de su efecto en la autoestima, ya que un elemento importante de este recurso es la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otros. Asimismo, las conversaciones con otras personas que son fuente de apoyo muestran que los problemas son compartidos con los demás y que quizá sean relativamente frecuentes en la población, lo cual según la Teoría de la atribución, disminuye la gravedad percibida⁴⁸.

Este tipo de apoyo probablemente sea relevante para distintos tipos de problemas, ya que hay numerosas dificultades que suponen una amenaza a la autoestima.

2.- Función de apoyo material o instrumental. El apoyo material se define como acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas: ayudar en las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, etcétera⁴⁸.

Se hipotetiza que este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar al disminuir las sobrecargas de las tareas y dejar tiempo libre para actividades de ocio. Las personas suelen ser reacias a pedir este tipo de ayuda a no ser que estén implicados en una red de intercambios mutuos. De hecho el apoyo material es efectivo sólo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada. En caso contrario, si evalúa la ayuda como inapropiada (lo cual puede suceder si el sujeto siente amenazada su libertad o si se siente en deuda), el apoyo instrumental puede aumentar el estrés y el malestar⁴⁸.

3.- Función de apoyo informacional. Se refiere al proceso a través del cual las personas reciben informaciones, consejos o guía relevante que les ayuda a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él. Obviamente es difícil separar esta función de la del apoyo emocional, ya que dar consejo puede ser percibido por el receptor como una expresión de cariño, como una muestra de que suelen darse conjuntamente. De este modo, tanto el apoyo material o instrumental como el informacional pueden considerarse como apoyo emocional siempre que no se den por obligación⁴⁸.

Por supuesto, los recursos y las funciones se relacionan entre sí. Así, las actividades de apoyo como escuchar y empatizar se relacionan con la función emocional; prestar dinero o ayudar en las tareas domésticas con la función instrumental, etcétera⁴⁸.

Por tanto, desde esta perspectiva lo normal es definir el apoyo social como algún tipo de transacción en la que se intercambian recursos que permiten cumplir alguna de estas funciones. Como ejemplo de estas definiciones tenemos la de Caplan (1974), que lo define como guía y *feedback* proporcionado por otras personas que permite al sujeto manejar emocionalmente un evento estresante.

Las personas que dan apoyo a otros proporcionan información y guía cognitiva, recursos tangibles y apoyo emocional en tiempos de necesidad⁴⁸.

También en esta línea, Thoits (1982, 1985) propone como definición de apoyo social el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros. Entiende por necesidades básicas la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la provisión de ayuda socioemocional (afecto, simpatía, comprensión, aceptación y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con la familia o con el trabajo, ayuda económica, etc.)⁴⁸.

Por último, en un intento de integración de las conceptualizaciones anteriores, House (1981) define el apoyo social como transacciones interpersonales de uno o más de los siguientes tipos:

- 1.- Interés o apoyo emocional. Amor, empatía, cariño, confianza.
- 2.- Ayuda o apoyo instrumental. Bienes y servicios.
- 3.- Apoyo informacional. Información relevante para resolver el problema.
- 4.- Apoyo evaluativo. Información para evaluar la actuación personal^{22, 48}.

Para terminar, la perspectiva contextual nos recuerda que un adecuado modelo predictivo de la relación entre apoyo social y bienestar debe considerar los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido. Por tanto, en el estudio del apoyo social habría que incluir, entre otros, los siguientes aspectos contextuales (Cohen y Syme, 1985):

- 1.- Características de los participantes, ya que en función de su procedencia de una fuente u otra el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no. El mismo recurso puede ser aceptable si proviene de un determinado sujeto, e inaceptable si los proporciona otra persona. En este sentido, parece que el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que para tratar problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar que el procedente de los amigos. Por último, para solucionar dificultades relacionadas con el ámbito laboral el apoyo más adecuado es el otorgado por los compañeros de trabajo y colegas.

2.- Momento en que se da el apoyo, dado que las necesidades de ayuda cambian según se afronta la situación estresante. El afrontamiento con el estrés es un proceso que puede implicar la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes. Esto refleja el desarrollo continuo de evaluaciones y reevaluaciones de la relación cambiante entre el individuo y las dificultades que afronta.

3.- Duración. La habilidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial, especialmente para aquellas personas que presentan problemas crónicos o que sufren estrés a largo plazo.

4.- Finalidad. Por último, la efectividad del apoyo social depende, tal y como se proponen Cohen y McKay (1984), de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema concreto. Es decir, diferentes problemas requerirán distintos tipos de apoyo⁴⁸.

Distinción objetivo/subjetivo.

Es importante examinar los efectos del apoyo social en la salud y bienestar de las personas, si se debe centrar en el apoyo recibido o real, en los recursos intercambiados y en sus funciones, o si es necesario tener en consideración también la percepción que tiene el receptor del mismo, el decir, el apoyo social percibido⁴⁸.

Quienes subrayan el aspecto subjetivo conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, como percepción de que uno es amado, querido, etc., que tiene personas a quien recurrir en caso de necesidad y que le aportarán la ayuda requerida. La definición más conocida y clásica en este sentido es la de Cobb (1976), que concibe el apoyo social como información perteneciente a una de estas tres clases:

- 1.- Información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado.
- 2.- Información que le lleva a creer que es estimulado y valorado.
- 3.- Información que lleva al individuo a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

En cambio, el apoyo recibido no es ya cognitivo, se evalúa, normalmente de forma retrospectiva, preguntando al sujeto qué apoyo concreto recibió en un momento determinado⁴⁸.

Para Schwarser y Leppin (1991), el apoyo social percibido está influido por la personalidad, incluso puede ser considerado como una variable de personalidad más o menos estable, puesto que en lo que la persona cree o espera. De la misma opinión son Sarason y cols. (1990), para quienes el apoyo social percibido es una variable de personalidad que se mantiene estable a lo largo del tiempo y que tiene su origen en la experiencia de apego⁴⁸.

Los tres elementos conceptuales que se relacionan en un proceso dinámico de transacciones entre el sujeto y su ambiente son:

1.- Recursos de la red de apoyo. Entendido por red de apoyo una parte de la red social más amplia, justo aquella subparte a la que la persona acude en busca de ayuda para manejar las demandas que afrontar o para lograr determinadas metas. Ambas (demandas y metas) pueden ser cotidianas o no (estresores). En condiciones normales, las redes de apoyo son relativamente estables en tamaño y composición, mientras que pueden verse alteradas en determinadas transiciones vitales (jubilación, divorcio), y sus rasgos estructurales (densidad, reciprocidad, etc.) influyen en su valor como recurso.

2.- Conductas de apoyo. Hacen referencia a los distintos intentos de ayudar a las personas, a las conductas concretas implicadas, bien sean de tipo material, emocional u otro. Pueden surgir espontáneamente o a petición del sujeto, y, a pesar de su buena intención, el que sean útiles o no depende de factores contextuales como el momento en que se dan, cantidad de apoyo que se ofrece, persona de la que procede la ayuda, etcétera.

3.- Evaluaciones de apoyo. Se trata de este caso de las valoraciones subjetivas de los elementos anteriores, y adoptan distintas formas: sentirse querido, satisfacción con el apoyo recibido, etcétera⁴⁸.

En lo que respecta a estas transacciones, Vaux sostiene que las redes grandes son más beneficiosas puesto que ofrecen más conductas de apoyo, lo que a su vez producirá evaluaciones más positivas del mismo. Entre las posibles ventajas

de las redes grandes está la de una mayor accesibilidad y disponibilidad de apoyo, la mayor probabilidad de que en ellas exista una persona con experiencia en el problema concreto que afronta el sujeto y, por tanto, con conductas de apoyo más adecuadas y la mayor información disponible en ellas.

En segundo término, Vaux establece una relación entre recursos y evaluaciones. En este sentido parece haber cierta evidencia de que la satisfacción con el apoyo (elemento evaluativo) se relaciona con las redes grandes y poco densas, formadas por amigos íntimos y en las que las relaciones establecidas son fuertes y recíprocas⁴⁸.

Respecto a la relación entre recursos y conductas, Vaux sugiere que las redes grandes ofrecen más recursos de apoyo. En cuanto a las influencias personales y contextuales en el proceso de apoyo, define que el apoyo social no puede ser concebido como una característica personal. Se trata más bien de un complejo proceso transaccional entre la persona y su ambiente, y todo ello enmarcado en un entorno ecológico. Entre los factores personales que afectan al proceso encontramos:

- 1.- Rasgos de personalidad. El lugar de control, la timidez, la ansiedad social, etc., influyen en la facilidad para desarrollar relaciones y por tanto en el desarrollo, mantenimiento y uso de los recursos de apoyo.

- 2.- Recursos personales y habilidades. Las habilidades sociales y la competencia social influyen, según Vaux, en los recursos de apoyo, pero no son las evaluaciones del mismo⁴⁸.

Por su parte, respecto a los factores de contexto social, entre otros aparecen los siguientes:

- 1.- Estresores. Algunos estresores se relacionan positivamente con el apoyo – provocan su movilización al percibirlos los miembros de la red-, mientras que otros lo dificultan, bien porque suponen una pérdida del mismo (divorcio, enviudar, etc.).

- 2.- Familia. Es una de las principales fuentes de apoyo. Por tanto, son importantes su nivel de cohesión, conflictos, etc. Parece que a mayor cohesión y menor conflicto mayores son las evaluaciones positivas de apoyo.

3.- Roles sociales. Juegan un papel importante determinando, en muchas ocasiones, la disponibilidad para crear nuevas relaciones o mantener las ya existentes.

4.- Comunidad. Existe impacto el diseño físico del espacio en las interacciones.

A partir de lo anterior, Vaux enmarca todo este proceso en las Teorías del Intercambio, coincidiendo con Green Brody (1985) las cuales se basan en los conceptos de intercambio de recursos y reciprocidad⁴⁸.

APOYO SOCIAL Y SALUD.

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen, et al 1985; Gore, 1985; citado por Castro R, Campero L., Hernández B. 1997)⁴⁹. Estos modelos resultan de conceptualizar el apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador)⁴⁹.

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud⁴⁹.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el efecto amortiguador (Cohen, et al, 1984; Gore, 1981; Wheaton1985; citado por Castro R, Campero L., Hernández B. 1997)⁴⁹. Bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social⁴⁹.

La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés (efecto buffer) es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos⁴⁹.

El apoyo social tiene serias implicaciones para la salud de las personas que viven con VIH/SIDA. Desde la reducción o eliminación de condiciones emocionales individuales que pueden reducir las probabilidades de supervivencia (Leserman, 1999; Nunes, Raymond, Nicholas, Leuner & Webster, 1995; Strait-Toster, 1994), aumentar las destrezas de manejo de la información sobre la enfermedad (Swindells, Mohr, Justis, Bermen, Squier, et al, 1999), reconocer las necesidades individuales y sociales, mejorar la calidad de vida (Friedland, Renwick & McColl, 1996), y hasta la movilización social como forma de defender sus derechos humanos y confrontar el estigma (Eldridge, 1994; Kalichman, Somlai & Sikkema, 2000; Leary & Schreindorfer, 1999; Wandersman, 2000; citado por Varas-Díaz N., Toro-Alfonso J. 2003)⁵⁰.

Específicamente las personas seropositivas al VIH usualmente experimentan una diversidad de problemas que dificultan su ajuste psicológico y social en múltiples esferas de su vida cotidiana (Ammassari et al., 2004; Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín & Tovar, 2006; Piña & Sánchez-Sosa, 2007)⁴⁶. Esos problemas incluyen, entre otros, la presencia de estados de estrés y depresión más o menos prolongados, aislamiento social, dificultades para la reinserción laboral, así como una carencia de habilidades o competencias conductuales que les permitan seguir estricta y puntualmente con las indicaciones prescritas por el personal de salud⁴. Sobre el respecto, hoy en día se sabe, por ejemplo, que aquellas personas que han sido capaces de aceptar su condición de seropositividad al VIH, de desarrollar

estrategias de afrontamiento activas frente a la enfermedad-potenciación de los recursos personales, expresión de emociones, demanda de información y búsqueda de apoyo emocional, fundamentalmente-, logran mantener la infección por VIH asintomática en mayor medida que aquellas que no lo hacen, lo que se traduce en términos clínicos en una menor probabilidad de que se progrese hacia la etapa final del proceso de infección conocido como SIDA (Ickovics et al., 2001; Leserman et al., 1999: citado en Piña L. & Rivera I. 2007)⁴⁷. Así mismo se ha demostrado que tienden a mantener e inclusive a mejorar sus interacciones sociales en general (González et al., 2004; Waltch, Roetzer & Minnett, 2006: citado en Piña L. & Rivera I. 2007)⁴⁷.

El apoyo social, como ha quedado de manifiesto en diferentes estudios (Amico, Harman & Johnson, 2006, Turner-Cobb et al., 2002; Weaver et al., 2005), suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción de la calidad de vida (mejor salud percibida), mejor funcionamiento físico, menores dificultades para emprender tareas diarias y menor estrés relacionado con la salud, principalmente (Simoni, Frick & Huang, 2006; Tucker et al., 2004). También, se ha demostrado que constituye un importante indicador de la práctica de comportamiento de adhesión al tratamiento antirretroviral (Ballester, Campos, García & Reinoso, 2001; Murphy, Marelich, Hoffman & Steers, 2004; Sun, Zhang & Fung, 2007; Remor, 2002a: citado en Piña L. & Rivera I. 2007)⁴⁷.

ADHERENCIA

Por otra parte la adherencia al tratamiento se ha convertido en los últimos años y en particular desde 1996, con el advenimiento de las terapias antirretrovirales, en una preocupación central para los involucrados en la atención del VIH/SIDA³³.

La adherencia al tratamiento implica múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. en el caso del VIH/SIDA, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales, según las prescripciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a las citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (TCD4, carga viral, etc.); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual [ITS]; observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo³³.

CONCEPTO DE ADHERENCIA.

El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos que algunos pacientes mentían al médico cuando eran interrogados acerca de si habían tomado las medicinas indicadas; en efecto, en el corpus hipocrático se habla ya de los errores y engaños de los enfermos y de como aquellos eran considerados como un obstáculo para la curación del paciente, teniendo en cuenta que para él – y luego para Galeno siete siglos después- el arte de la medicina consistía en ayudar a la naturaleza en su esfuerzo curativo. El papel del enfermo era juzgado como fundamental, así como la enfermedad, el oficio del médico y las circunstancias externas (Ballester, 2003, 2004, 2005; Meichenbaum & Turk, 1991; citado por Vinaccia, et al 2006)⁵⁴.

Encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia⁵⁵.

Si nos referimos, primeramente, al término “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por *Haynes*, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”⁵⁵.

Si buscamos el significado del término en nuestro idioma, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que se define como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”. En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento⁵⁵.

Este término ha sido cuestionado y sobre todo se señala un restringido alcance, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Concretamente se sugiere que el término “compliance”, suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que éste tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen⁵⁵.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano (o, más bien, un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos⁵⁶.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica de suyo una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: dificultades para comenzar; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencias a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad; se destaca también la práctica de la automedicación (Ferrer, 1995; Puente, 1984)⁵⁶.

La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar, 2003); estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto de los componentes de las conductas mencionadas ni sobre las condiciones que las explican (Amigó, Fernández y Pérez, 1998). El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende el realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad (Amigó y cols., 1998). Por otro lado, es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000)⁵⁶.

Puede suponerse entonces que se trata de una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de

salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud⁵⁶.

Por otro lado, una gran cantidad de autores (Amigó y cols., 1998; Barra, 2003; Basterra, 1999; Duque y Ortiz, 2002; Ferrer, 1995; Macía y Méndez, 1999; Sarró y Pomarol, 2003; Zaldívar, 2003) plantean la existencia de un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial⁵⁶.

CLASIFICACIÓN DE ADHERENCIA.

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial: En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores.
- Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- Incumplimiento completo: cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida.
- Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica⁵⁹.

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son:

- Primaria: Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no retiran el medicamento de la farmacia.
- Secundaria: Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el números de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico⁵⁹.

Una forma más de evaluar la no adherencia a tratamiento es la intensionalidad:

- Incumplimiento intencionado: se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.
- Incumplimiento no intencionado: es un proceso pasivo en el cual el paciente por descuido u olvido no se adhiere al tratamiento⁵⁹.

TEORÍAS IMPLICADAS EN LA ADHERENCIA

Pese a que el fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia. A saber: la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. A continuación se presenta una breve descripción de cada una⁵⁷.

Teoría Social Cognitiva. Sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado se denomina autoeficacia percibida. De acuerdo a la teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermar y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo⁵⁷.

Teoría de la Acción Razonada. Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos

significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas⁵⁷.

Modelo de Creencias en Salud. Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar porqué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de: (a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, (b) auto percepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud. Apoyo empírico a esta teoría ha sido reportado por varios autores. McCord y Brandenburg informaron que aquellos diabéticos que toman en serio su enfermedad, tienen más probabilidad de adherirse a su tratamiento. También se ha señalado que aquellos pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas. Estos pacientes presentaron al mismo tiempo menor intención de cumplir las instrucciones del médico. Contrariamente, una fuerte creencia en la medicina convencional aumentaría la probabilidad de adherirse⁵⁷.

Modelo Transteórico. Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distingue cinco etapas diferentes para el cambio: 1) Pre-contemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses); 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses); 3) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes); 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido); 5)

Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla)⁵⁷.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo⁵⁷.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

La adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de terapia antirretroviral, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Por lo tanto la adherencia es el resultado de un proceso complejo en el que intervienen factores relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial⁵³. Esta definición está basada en el modelo de creencias de la salud que integra teorías cognitivas y conductuales para explicar porqué la gente falla en adherirse a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta⁵⁷.

La adherencia es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia⁵⁸.

Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento. Esta relación entre el seguimiento estricto al medicamento prescrito y el desarrollo de virus resistentes ha hecho que la adherencia se convierta en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de pacientes VIH/SIDA⁵⁸.

El tratamiento prescrito es complejo y debe ser tomado de tal forma que asegure y mantenga altas concentraciones de medicamento en las células infectadas, para así inhibir la replicación viral. Una disminución de éste hasta llegar por debajo del nivel crítico, le permite al virus continuar reproduciéndose al mismo tiempo que provee condiciones idóneas para provocar el problema de resistencia. Es por ello que la adherencia al tratamiento se convierte en el factor determinante para alcanzar la efectividad terapéutica⁵⁸.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA.

Los factores pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: los relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial y sistema sanitario.

A) FACTORES RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO. En general, las características sociodemográficas no son buenos predictores del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica. Otras características como disponer de domicilio fijo y soporte social han sido claramente relacionadas con una mejor adherencia.

Los factores de carácter psicológico juegan un papel clave en el cumplimiento. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia adecuada. La adicción activa a drogas y/o alcohol también ha sido identificada como factor de riesgo relacionado con el mal cumplimiento.

Por último, las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial, son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta.

B) FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD. La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. Los estudios que evalúan la relación entre el estadio CDC de la enfermedad y la adherencia, han obtenido resultados contradictorios. En la mayoría no se ha encontrado asociación. Sin embargo, según datos obtenidos por Gao y cols., los pacientes en estadio B o C presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadio A, ya que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones.

C) FACTORES ASOCIADOS AL RÉGIMEN TERAPEÚTICO. En muchos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto. Otro factor que aumenta la complejidad del tratamiento son los requerimientos dietéticos, ya que algunos fármacos requieren una pauta muy estricta de dosificación porque su absorción se encuentra altamente condicionada a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma.

La aparición de efectos adversos constituye un factor claramente relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas. Además las alteraciones morfológicas son frecuentes y pueden tener importantes repercusiones psicológicas que hagan disminuir la calidad de vida del paciente y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

D) FACTORES ASOCIADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL Y SISTEMA SANITARIO. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad, son factores que influyen de manera favorable en la adherencia. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información

detallada y realista y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Otros factores como la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios, también pueden influir en la adherencia⁵³.

TIPOS DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA.

El método ideal de medida de la adherencia debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico⁵⁴.

Los métodos para la valoración de la adherencia pueden clasificarse en directos e indirectos.

Métodos directos.

- a) Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales. Se considera el método más objetivo, pero presenta importantes limitaciones. Se deben considerar muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales. Este método requiere unas técnicas analíticas caras y complejas, por lo que no es aplicable de rutina en la mayoría de los hospitales.
- b) Evolución clínica y datos analíticos. La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico es un método para ver el resultado de la adherencia⁵⁴.

Métodos indirectos.

- a) Valoración del profesional sanitario. No es muy útil ya que los profesionales sanitarios sobreestiman notablemente la adherencia de los pacientes, por lo que no se identifica a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta y pudiéndose tomar actitudes terapéuticas con un elevado grado de empirismo.

- b) Sistemas de control electrónico. Son dispositivos a modo de tapa que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Esos datos son procesados posteriormente. Por el momento son el método más objetivo y fiable, teniendo una alta correlación con la efectividad del tratamiento. No obstante, se cuestiona su utilidad, no solamente por su elevado coste económico sino porque la apertura del envase no implica necesariamente la toma de la medicación, ni puede excluirse la toma a pesar de no quedar registrada en el dispositivo.
- c) Recuento de medicación. Este método indirecto consiste en calcular la adherencia según la fórmula siguiente: $\% \text{ adherencia} = \frac{\text{No. Unidades dispensadas} - \text{No. unidades devueltas}}{\text{No. Unidades prescritas}} \times 100$. Este método es poco costoso, permite una medida cuantitativa, es objetivo y relativamente poco sofisticado, tiene el inconveniente de que es manipulable y molesto para el paciente al solicitar a los pacientes que colaboren aportando la medicación.
- d) Registros de dispensación. Exige que la dispensación se realice de forma centralizada. Sus principales limitaciones son que la dispensación de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto.
- e) Cuestionarios. Estos consisten en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable. Las principales limitaciones derivan en la subjetividad inherente al propio cuestionario. Entre los cuestionarios validados en población española, cabe destacar el cuestionario SMAQ⁵³, y el cuestionario CEAT-VIH¹³ (que es que utilizaremos en esta investigación), aunque existen diferentes tipos de entrevista para verificar la adherencia:
- i. Test de Batalla. Consiste en realizar al paciente tres preguntas sobre el conocimiento de su enfermedad. Más usado en pacientes con hipertensión arterial.

- ii. Test de Morisky-Green.
- iii. Test de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado.

Para concluir, en el presente estudio utilizaremos el concepto de House (1981) donde define el apoyo social como “toda transacción interpersonal que incluye interés o apoyo emocional (empatía, amor, cariño y confianza), ayuda o apoyo instrumental, apoyo informativo y el apoyo evaluativo”, que es el más utilizado en otras investigaciones relacionadas, y es el que integra la mayor parte de las conceptualizaciones respecto a esta variable^{22, 48}. Por otra parte usaremos también el concepto de adherencia terapéutica como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de terapia antirretroviral, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”, ya que esta definición abarca factores relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial⁵³, tal como en nuestra investigación. Cabe mencionar que esta definición está basada en el modelo de creencias de la salud que integra teorías cognitivas y conductuales para explicar porqué la gente falla en adherirse a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta⁵⁷.

VI.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la relación entre el Apoyo Social y la Adherencia Farmacológica con Antirretrovirales en los pacientes infectados con VIH/SIDA en la Clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Identificar a los pacientes que cuentan con apoyo social aceptable y no aceptable que son portadores de VIH/SIDA que acuden con frecuencia al Hospital General de Zona No. 2 de Aguascalientes, Ags., mediante la aplicación del cuestionario MOS-SSS.
- 2.- Identificar el grado de adherencia a los antirretrovirales en los pacientes que acuden a atención al Hospital General de Zona No. 2, mediante el cuestionario CEAT-VIH.
- 3.- Determinar la relación entre apoyo social y adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales de los pacientes infectados con VIH/SIDA.
- 4.- Caracterizar a los pacientes portadores de VIH/SIDA.

VII.- HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE INVESTIGACION.

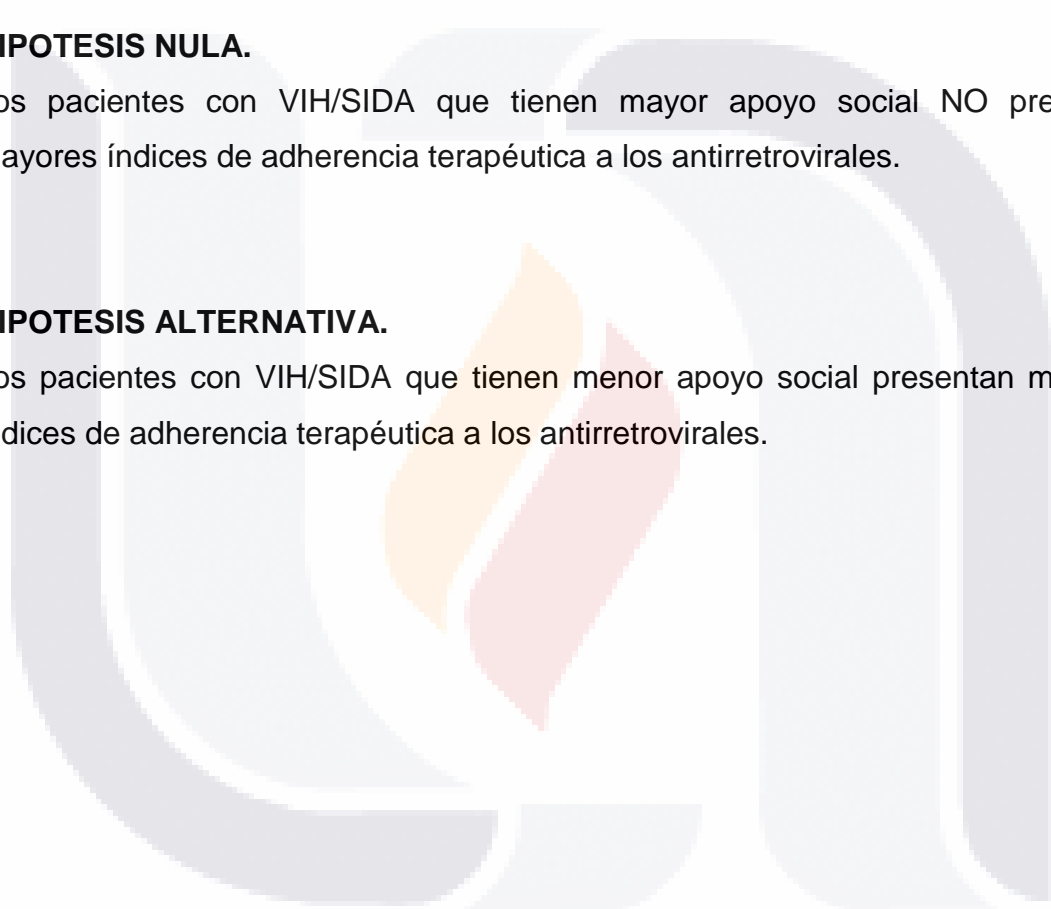
Los pacientes con VIH/SIDA que tienen mayor apoyo social presentan mayores índices de adherencia terapéutica a los antirretrovirales.

HIPOTESIS NULA.

Los pacientes con VIH/SIDA que tienen mayor apoyo social NO presentan mayores índices de adherencia terapéutica a los antirretrovirales.

HIPOTESIS ALTERNATIVA.

Los pacientes con VIH/SIDA que tienen menor apoyo social presentan menores índices de adherencia terapéutica a los antirretrovirales.



VIII.- MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO. El presente estudio es de tipo observacional descriptivo según el tiempo de ocurrencia de los hechos ya que se tomaron en cuenta los pacientes que se encuentran adscritos al IMSS, y que acudieron a atención al Hospital General de Zona No. 2 de Aguascalientes.

El estudio es trasversal ya que la aplicación de los instrumentos de evaluación, así como la revisión de expedientes se realizó en un solo momento y no se le dará seguimiento en cuanto a la evolución de la enfermedad del paciente, ni tampoco se realizaron varias entrevistas para obtener la información deseada.

Y desde el punto de vista de su análisis y alcance de resultados es un estudio no experimental; se identificó la adherencia terapéutica de los antirretrovirales, así como el apoyo social en los pacientes con VIH/SIDA y se realizó un análisis de la relación entre estas dos variables.

UNIVERSO DE TRABAJO: La población de estudio está conformada por 203 pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social que son VIH positivos o que tienen la clínica para SIDA que cuentan con los criterios de la Clasificación Clínico-Imunológica de la infección VIH en Adolescentes y Adultos de la CDC 1993, y que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral en la clínica de VIH del Hospital General de Zona Número 2 del IMSS de Aguascalientes, México.

UNIDAD DE OBSERVACION: pacientes con VIH/SIDA que son derechohabientes a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2 de Aguascalientes, Ags. que cumplieron los criterios de inclusión.

UNIDAD DE ANALISIS: todos los pacientes con VIH/SIDA en tratamiento en HGZ 2 del IMSS, Aguascalientes, México.

DELIMITACION DE LA POBLACION:

- **Criterios de Inclusión:** pacientes que son portadores de VIH/SIDA y que son derechohabientes del IMSS, que acuden a la clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2 de Aguascalientes y que se encuentran con tratamiento antirretroviral, controlados o descontrolados, y que son mayores de 18 años que decidieron participar.
- **Criterios de Exclusión:** pacientes que son portadores de VIH/SIDA que no son derechohabientes del IMSS, y aquellos que no recibieron tratamiento farmacológico antirretroviral o que son menores de 18 años, y que no decidieron participar.
- **Criterios de Eliminación:** pacientes que son portadores de VIH/SIDA y que son derechohabientes del IMSS, que acudan a la Clínica del VIH del Hospital General de Zona no. 2 de Aguascalientes que no contestaron el cuestionario completo.

TIPO DE MUESTREO: censal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 203 pacientes.

TIPO DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

En el caso de apoyo social se eligió el cuestionario MOS (The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS) en la versión española de López, et al. (2000) que consta de 20 ítems, en un formato tipo likert con 5 opciones de respuesta que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), donde a mayor puntuación mayor apoyo percibido y viceversa. Este cuestionario es auto administrado. El primer ítem del cuestionario informa sobre el tamaño de la red social y el resto está dividido en 4 subescalas: 1) Apoyo emocional con 8 ítems (3, 4, 8, 9, 13, 16,

17 y 19), con una puntuación máxima de 40, media de 24 y mínima de 8, 2) Apoyo instrumental o material con 4 ítems (2, 3, 12 y 15), con una puntuación máxima de 20, media de 12 y mínima de 4, 3) Interacción social positiva con 4 ítems (7, 11, 14 y 18), con una puntuación máxima de 20, media de 12 y mínima de 4 puntos, 4) Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño con 3 ítems (6, 10 y 20), con una puntuación máxima de 15, media de 9 y mínima de 3. En España se han utilizado puntos de corte empleando 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo. La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa de Cronbach=.97) y para las subescalas oscila entre .91 y .96. la fiabilidad test-retest es elevada (.78)⁶⁶. Dicha versión española fue sometida a la revisión por 5 expertos quienes propusieron mínimas modificaciones de redacción al cuestionario original, así como la inclusión de algunas variables socio- demográficas al cuestionario. Por lo anterior se clasificará a los pacientes de acuerdo a la puntuación obtenida del Cuestionario MOS-SSS en dos categorías: pacientes con apoyo social inaceptable (< de 57 puntos), pacientes con apoyo social aceptable (>58 puntos)⁶⁶.

El instrumento para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral es un cuestionario CEAT-VIH, desarrollado y validado por Remor en España. El cuestionario contiene 20 ítems que evalúan el cumplimiento del tratamiento en la última semana, adherencia general desde el inicio del tratamiento, adherencia al horario en la toma de la medicación, valoración del paciente de su grado de adherencia, y recuerdo del nombre de los fármacos incluidos en su tratamiento. El cuestionario también evalúa los factores moduladores de la adherencia al tratamiento, como los antecedentes de la falta de adherencia, la relación médico-paciente, creencias del paciente y el uso de estrategias para recordar la toma de fármacos¹³. La puntuación total obtenida de la suma de los ítems da 89 como valor máximo, y 17 como mínimo. El cuestionario es autoadministrado. Se clasificará a los pacientes de acuerdo a la puntuación obtenida del CEAT-VIH en 4 niveles: Baja adherencia (< de 73 puntos), adherencia insuficiente (74 y 80 puntos), adherencia adecuada (81 y 85 puntos) y adherencia estricta (>85 puntos), de acuerdo a la validación de Remor. El autoinforme CEAT-VIH, obtuvo un

coeficiente de fiabilidad en la validación para España de 0.73, y tiene un alfa de Cronbach de 0,706⁶⁵.

Además, lo ideal es la combinación de métodos para medir la adherencia terapéutica, debido a que no existe un método ideal para medir esta variable⁶⁵, por lo que el cuestionario CEAT-VIH está complementado con datos que determinan el perfil clínico del paciente compuesto por: el tiempo de infección en meses y la cuantificación de las cargas virales y los conteos de linfocitos T CD4, los cuales fueron extraídos del expediente (preguntas 21, 22 y 23).

La validación de los cuestionarios MOS-SSS y CEAT-VIH para su aplicación en Aguascalientes fue realizada por un panel de 5 expertos (2 investigadores, 1 epidemiólogo, 1 psicólogo y 1 médico internista) mediante técnica de consenso, eliminándose las preguntas poco claras, de manera que fuese fácil contestarlas por el encuestado, quedando compuesto el cuestionario de la siguiente manera:

- 1) Cuestionario de aspectos socio demográficos (como edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, vía de transmisión, etc.);
- 2) Cuestionario MOS-SSS para medición de apoyo social dividido en 4 subescalas; y
- 3) Cuestionario CEAT-VIH para la medición de la adherencia.

Se estableció un control de calidad, mediante la revisión de cuestionarios completos y la validación se procesó mediante captura y recaptura de datos.

LOGISTICA

AUTORIZACIONES. Se acudió a la Clínica de VIH/SIDA ubicada en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes, con el Director del Hospital con una solicitud para la realización de protocolo por parte de la Coordinación Delegacional de Investigación y autorización para trabajar con los expedientes de los 203 casos registrados en esta unidad que están recibiendo tratamiento antirretroviral, posteriormente se acudió con los responsables del programa de VIH/SIDA solicitando un censo nominal de los pacientes registrados y consejo acerca del abordaje de los mismos.

En la consulta externa del programa VIH se invitó a los pacientes a participar, en caso de aceptar, firmaron el consentimiento informado para estudios de investigación, garantizando el anonimato y la confidencialidad y posteriormente se les entregó el cuestionario y en esa misma oportunidad se tomaron los datos del expediente que corresponden al perfil clínico (conteos de linfocitos T CD4, cuantificación de cargas virales, estadio clínico de la enfermedad y tiempo de evolución).

TIEMPO. El tiempo que llevó realizar esta investigación fue de noviembre a diciembre del 2010 en el cual los pacientes con VIH/SIDA fueron objeto de estudio. Ver tabla de cronograma de actividades en anexos.

RECURSOS. El estudio fue financiado en su totalidad por el investigador principal en el sentido económico. Desde el punto de vista humano se apoyó de dos compañeros residentes para favorecer la rapidez de la aplicación y aclarar dudas del instrumento, previa capacitación para la aplicación. Posteriormente se apoyó de una estadista para la recolección, captura y tabulación de los datos. Desde el punto de vista de los recursos materiales como papelería, medio de transporte, plumas, lápices, computadora, etcétera, fueron proporcionados en su totalidad por el investigador.

PROCESO.

Para identificar problemas potenciales en el estudio se efectuó una prueba piloto con 5 pacientes para revisar la metodología y la logística de los datos en la Clínica de VIH/SIDA del HGZ 2 del IMSS, Aguascalientes, y se evaluó las posibles reacciones de los pacientes con VIH/SIDA a los procedimientos de investigación, se evaluaron los instrumentos de recolección de datos y la habilidad del investigador asociado en la aplicación de los instrumentos. Así mismo con la prueba piloto se tuvo la posibilidad de poder cambiar el orden de su aplicación e incluso modificar las técnicas para codificar las variables. La aplicación de los instrumentos en la prueba piloto fue efectuada por el investigador.

Para la aplicación definitiva del instrumento, los pacientes seropositivos al VIH que se encuentran en el censo nominal se abordaron al momento de ingresar al

consultorio y se les informo el motivo del estudio, donde y cuando se publicaran los resultados y la metodología empleada para tal efecto, solicitándoles su colaboración para participar voluntariamente, y en caso de hacerlo, se les aclaró que sus respuestas serán anónimas y confidenciales, añadiendo que los resultados serán utilizados con fines de investigación. A quienes aceptaron colaborar se les hizo entrega del consentimiento informado, mismo que leyeron y firmaron. Enseguida se les entrego los instrumentos autoadministrados. Al término de la entrevista se les agradeció en forma verbal la participación para la investigación por parte del investigador principal y el investigador asociado.

CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO. Las personas que participaron en la recolección de los datos son compañeros residentes que previamente se les capacitó en el tema y los distintos aspectos para favorecer el dominio del método y del tema.

SUPERVISION Y COORDINACION. Fuimos objeto de supervisión por parte del asesor durante cada proceso de la investigación.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS ESTADISTICO

Posterior a la realización del levantamiento de información con los instrumentos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows para la captura, procesamiento y análisis de los datos generados y se realizó la base de datos que nos permite analizar la información planteada en este estudio.

Para cumplir con los objetivos y la comprobación de las hipótesis propuestas, se caracterizó a la población de estudio con valores absolutos y porcentajes en las variables de sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil; para las variables de tipo cuantitativo como edad y tiempo de enfermedad se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética), y de dispersión (desviación estándar); también se utilizaron gráficos de barras y tablas de contingencia para las variables cualitativas.

Para explorar la relación entre el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral y el apoyo social se realizó un análisis bivariado.

Los datos obtenidos en los instrumentos de trabajo de campo se capturaron y almacenaron en forma cotidiana, con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki de 1964 y el código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas a participar en ésta investigación, así mismo se tomó en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sin riesgo para el paciente vigente en nuestro país.

Las personas que participaron en nuestra investigación se les pidió autorización por escrito mediante una carta de consentimiento informado donde se informó el procedimiento a realizar en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofreció la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo deseaban, así como la declaración de que la participación sería voluntaria sin obligarlas ni condicionarlas a participar.

Por otro lado la información que será recabada de los expedientes se realizó también de forma confidencial.

IX.- RESULTADOS.

De los 203 pacientes que se encuentran censados en la Clínica de VIH/SIDA del HGZ No 2 de Ags., se excluyeron un total de 41, de los cuales 13 no estaban tomando antirretrovirales actualmente, 12 contestaron el cuestionario de forma incompleta, 6 decidieron no participar en la investigación, y 10 no acudieron a su cita médica, contando con un porcentaje de respuesta de 80% (n=162).

Características socio demográficas		
Variable	f	%
Sexo		
Masculino	128	79.0
Femenino	34	21.0
Residencia		
Aguascalientes	156	96.3
Calvillo	3	1.9
Jesús María	2	1.2
Rincón de Romos	1	0.6
Estado Civil		
Soltero	89	54.9
Casado	36	22.2
Unión Libre	14	8.6
Viudo	14	8.6
Divorciado	6	3.7
Separado	3	1.9
Ocupación		
Empleado	83	51.2
Profesional	25	15.4
Hogar	17	10.5
Obrero	16	9.9
Otros	16	9.9
Comerciante	4	2.5
Estudiante	1	0.6
Religión		
Católica	143	88.3
Ninguna	10	6.2
Otra	9	5.6
Vivienda		
Propia	97	59.9
Rentada	41	25.3
Prestada	19	11.7
Otras	5	3.1

n= 162

Tabla 1: muestra que de 162 pacientes encuestados 79% son de sexo masculino, residentes de la Ciudad de Aguascalientes en un 96% y el 55% es soltero. El 51% labora como empleado siendo solo el 15% profesionista. En cuanto a la religión el 88% son católicos y el 60% cuenta con vivienda propia.

El rango de edad de los pacientes fue de 18 a 72 años con una media de 42 años y una desviación estándar de +-10.8.

Características relacionadas a la infección por el VIH/SIDA		
<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Forma de Infección con el VIH</i>		
Transmisión Sexual	129	79.6
Desconoce	15	9.3
Transfusión Sanguínea	10	6.2
Uso de Drogas	8	4.9
<i>Tipo de contacto sexual que lo infecto</i>		
Hombre con hombre	57	35.2
Heterosexual	54	33.3
Bisexual	18	11.1
<i>Tiempo de conocerse infectado</i>		
1 a 6 meses	4	2.5
7 a 11 meses	7	4.3
1 a 2 años	19	11.7
3 a 4 años	23	14.2
Más de 4 años	109	67.3
<i>Tiempo de estar con el tratamiento ARV</i>		
7 a 11 meses	3	1.9
1 a 6 meses	9	5.6
1 a 2 años	21	13.0
3 a 4 años	30	18.5
Más de 4 años	99	61.1
<i>Quiénes tienen conocimiento de su enfermedad</i>		
Solo Usted	12	7.4
Su pareja	29	17.9
Su familia	101	62.3
Sus amigos	15	9.3
Sus compañeros de trabajo	5	3.1

En la **tabla 2** se observa que en su mayoría los pacientes encuestados tuvieron una infección del virus de la inmunodeficiencia humana a través de la vía sexual (79.6%), de los cuales el tipo de contacto sexual predominante es el de hombre con hombre, y la transfusión sanguínea ocupa un lugar importante dentro de las vías de transmisión (6.2%), 8 pacientes fueron infectados por el uso de drogas parenterales y compartir jeringas infectadas por el virus. Por otra parte el 67.3% asegura tener más de 4 años infectado y el 61.1% tiene más de 4 años de haber iniciado el tratamiento con antirretrovirales.

Observamos que el 62.3% de los pacientes (n=101) han comunicado a su familia que se encuentran enfermos con el VIH y un porcentaje considerable no ha comunicado a nadie de su infección.

Número de amigos íntimos o cercanos y número de familiares que pueden brindar apoyo					
Variable	Valor mínimo	Valor máximo	\bar{X}	Mdn	DE
Amigos íntimos	0	17	2.5	2	2.844
Familiares cercanos.	0	50	5.6	4	6.090

Tabla 4: el tamaño de la red fluctúa entre 0 y 17 amigos íntimos o cercanos con un promedio de 2.5 (DE=2.844), mientras que para el número de familiares varía de 0 a 50, con un promedio de 5.6 personas (DE=6.090).

Medición de linfocitos T CD4.					
Variable	Valor mínimo	Valor máximo	\bar{X}	Mdn	DE
Linfocitos T CD4	2	4600	499	464	469.225

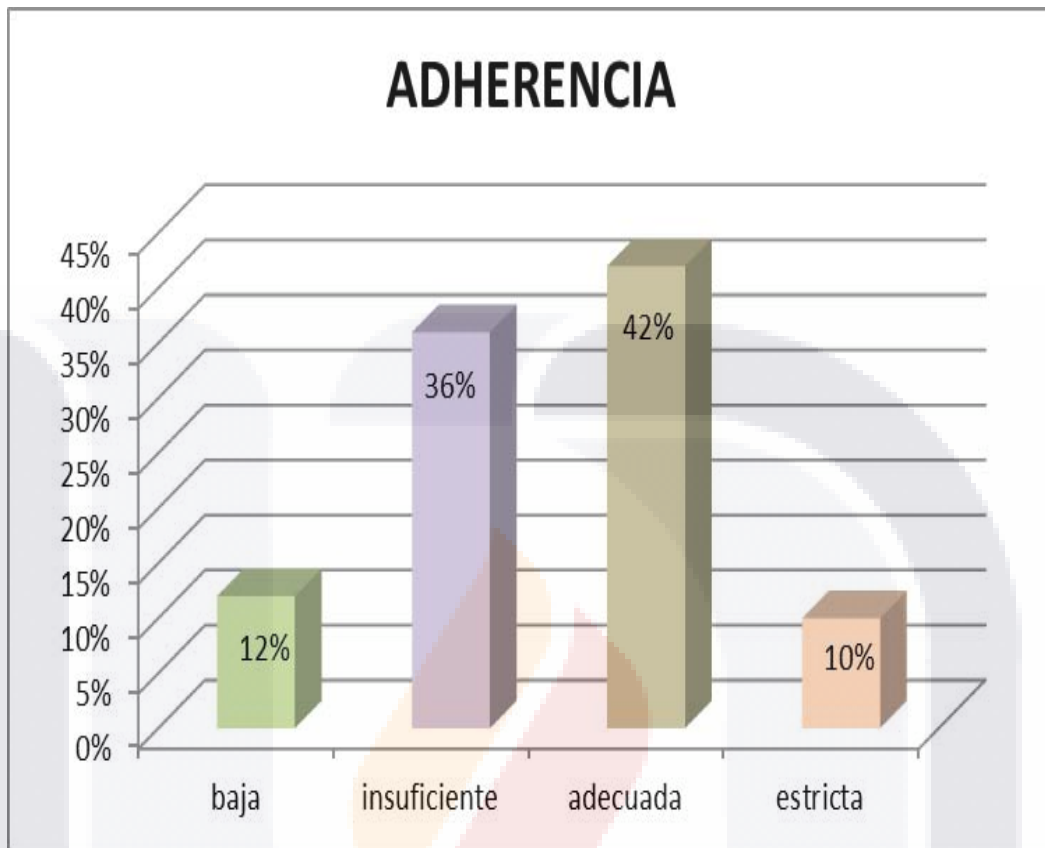
Tabla 5: muestra el conteo de linfocitos T CD4 cuyo valor mínimo es 2 células/UL, y el valor máximo de 4600 células/UL, con un promedio de 499 (DE=469.225).

Confiabilidad de los Instrumentos.		
<i>Escala</i>	Número de Ítems	Alpha de Cronbach
Apoyo Social	19	.96
Adherencia al tratamiento antirretroviral	20	.672

n =162

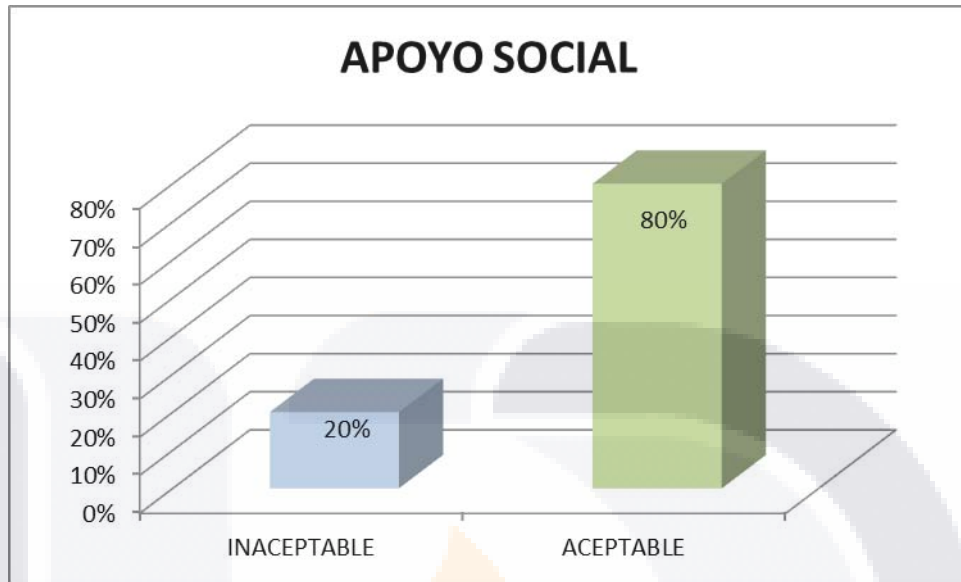
La **tabla 6** muestra la consistencia interna del instrumento que evalúa el apoyo social en el cual se observa que presento una consistencia interna aceptable de .96. Mientras que la consistencia interna del instrumento que evalúa la adherencia al tratamiento con los antirretrovirales fue moderada de .672.

GRAFICO 1: Porcentaje de pacientes según el nivel de adherencia.



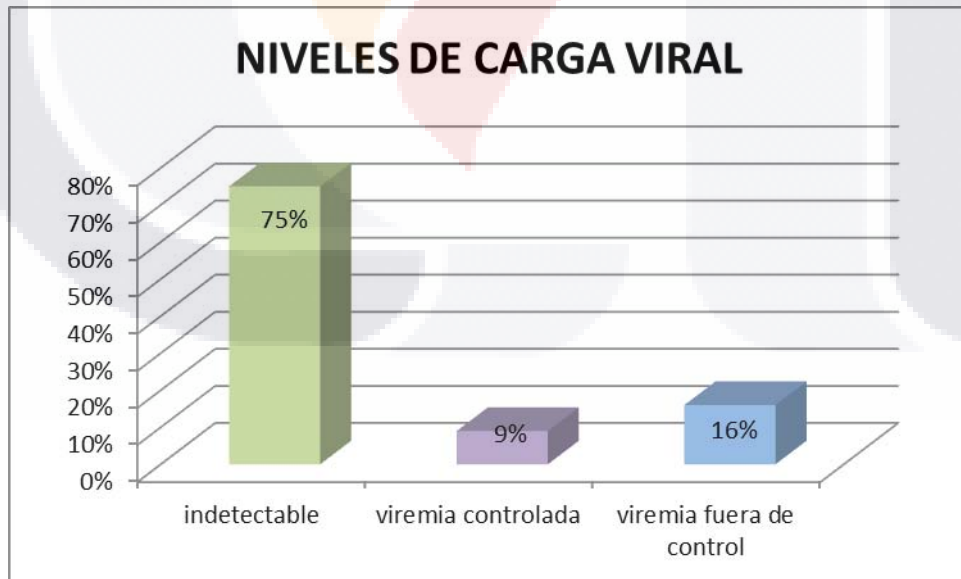
En el **grafico 1** se observa el nivel de adherencia de acuerdo a las puntuaciones del CEAT-VIH, encontrando que el 42% de los pacientes encuestados presentan una adherencia adecuada y un 36% una adherencia insuficiente, con puntuaciones casi similares para adherencia estricta (10%) y baja (12%).

GRAFICO 2: Porcentaje de pacientes según el nivel de apoyo social.



En el **grafico 2** se muestra que el 80% de los pacientes encuestados cuentan con un apoyo social aceptable de acuerdo al puntaje del cuestionario MOS-SSS.

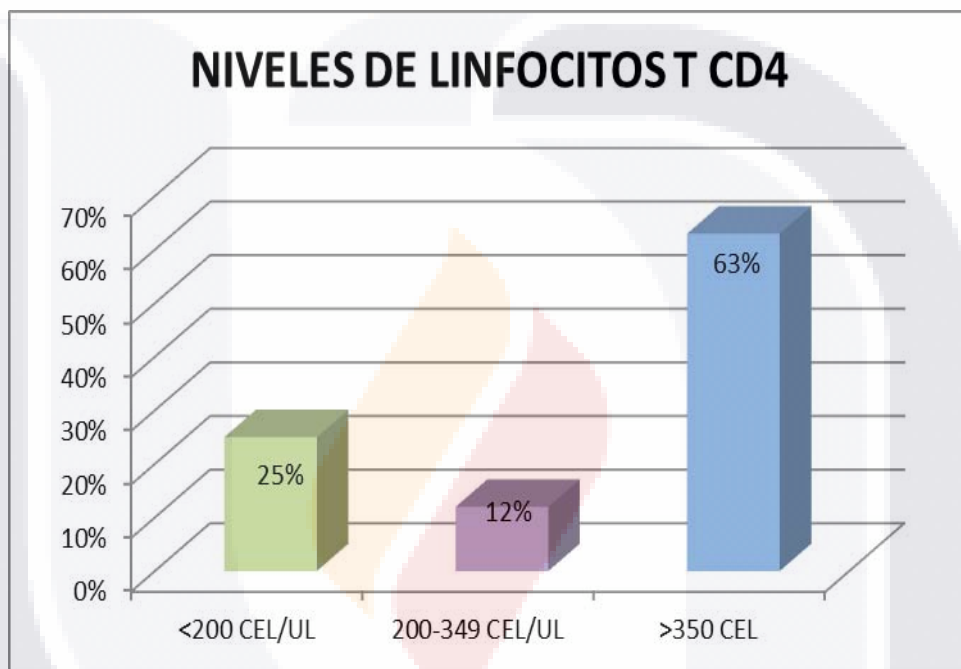
GRAFICO 3: Porcentaje de pacientes según el nivel de carga viral.



Los niveles de carga viral fueron agrupados en 3 categorías: carga viral indetectable (<400 copias/ml), viremia controlada (entre 400 y 30,000 copias/ml) y

viremia fuera de control (>30,000 copias/ml), conforme la clasificación de Catz⁶⁹. Por lo que en el **grafico 3** se observa que la carga viral fue indetectable en el 75% de los pacientes. La prueba fue realizada por el laboratorio Biología Molecular Diagnostica (BIMODI) de la Ciudad de Querétaro, al igual que los conteos de linfocitos T CD4.

GRAFICO 4: Porcentaje de pacientes según el nivel de linfocitos T CD4.



Los niveles de linfocitos T CD4 fueron clasificados de acuerdo a la Guidelines for Use of Antiretrovirals Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents⁷⁰, 63% de los pacientes tuvieron un recuento de células T CD4 >350, el 12% estuvo entre 200 y 350 células y el 25% menos de 200 células.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable de Apoyo Social y Adherencia al tratamiento.								
Variable	<i>n</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>D</i>	Valor de <i>p</i>
Apoyo Social	162	15	94	71.8	80.0	21.723	2.29	.000
Adherencia	162	67	97	86.9	88.8	7.007	1.59	.012

Observamos en la **tabla 7** que la media para el apoyo social fue de 71.8% mientras que para la adherencia al tratamiento fue de 86.9%. Además se observa que no presentaron una distribución normal ($p < .05$), por lo tanto se utilizó para su análisis una prueba estadística no paramétrica.

Correlación Rho de Spearman en la variable de Apoyo Social y Adherencia al tratamiento		
Variable	Apoyo Social	Adherencia al tratamiento
Apoyo Social	1	.366** (.000)
Adherencia al tratamiento	.366** (.000)	1

Nota:** $p < .01$

n = 162

Se encontró una relación positiva significativa entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento tal como se muestra en la **tabla 8** ($r_s = .366.$, $p < .01$).

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable de carga viral y Adherencia al tratamiento								
Variable	<i>n</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>D</i>	Valor de <i>p</i>
Nivel de Carga viral	162	1	3	1.4	1.0	.744	5.79	.000
Nivel de Adherencia	162	1	4	2.5	3.0	.821	3.11	.000

Tabla 9. Para analizar la adherencia y las cargas virales primero se categorizo el grado de adherencia (4 niveles) de acuerdo a las puntuaciones del CEAT-VIH¹³ y el nivel de carga viral (3 niveles) conforme la clasificación de Catz⁶⁹, posteriormente se realiza una prueba de *Kolmogorov-Smirnov* donde se observa que no presentaron una distribución normal ($p < .05$), por lo tanto se utilizó una prueba estadística no paramétrica para evaluar su relación.

Correlación Rho de Spearman para la variable de carga viral y Adherencia al tratamiento.		
Variable	Nivel de Carga viral	Nivel de Adherencia al tratamiento antirretroviral
Nivel de Carga Viral	1	-.054 (.499)
Nivel de Adherencia al tratamiento antirretroviral	-.054 (.499)	1
Nota: $p < .05$		

n = 162

Para finalizar, se encontró una correlación negativa no tan significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo a la puntuación total del CEAT-VIH y el nivel de la carga viral, tal como se muestra en la **tabla 9** ($r_s = -.054$, $p < .05$).



X.- DISCUSION.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral basado en la aplicación de dos cuestionarios que valoran tales variables.

Las características sociodemográficas de nuestro estudio tales como la escolaridad, ocupación, estado civil, género y edad promedio de los participantes fueron similares a los de otros autores (Vinaccia⁵², Codina⁷¹, García²², Piña⁴⁷, Ladero⁶³, Cauldbeck⁷, Kalichman¹⁹, Remor¹³ y Tafur-Valderrama⁶⁵) y diferente de Amberbir²⁷ y Ncama³⁰ solo en relación al género y estado civil.

Respecto a los factores de riesgo relacionados con la infección en nuestro estudio tuvimos una clara mayoría de infección a través de la vía sexual, similar al de Remor¹³ y García²² y diferente del de Codina⁷¹ donde reporta un predominio de infección del virus del VIH por el uso de drogas a través de la vía parenteral.

Por otro lado en relación al perfil clínico, observamos que el tiempo promedio de infección en nuestro estudio fue de 48 meses similar al reportado por Piña⁴⁷ y Tafur-Valderrama⁶⁵. El 75% de los pacientes en esta investigación tenían un nivel de carga viral indetectable (<400 copias/mL) diferente al de Tafur-Valderrama y Piña⁴⁷, en los que predominaron las viremias controladas (400-30,000 copias/mL).

El 75% de los pacientes mantienen un conteo de linfocitos T CD4 superior a 200 células/mL similar al reporte de Ladero⁶³, Remor¹³ y Tafur-Valderrama⁶⁵ y distinto al de Piña⁴⁷ y Amberbir²⁷, en donde se muestra que el 75% tuvieron un conteo de linfocitos T CD4 menor a 200 células/mL.

La puntuación media de apoyo social de las personas seropositivas adscritas a la clínica de VIH/SIDA del Hospital General de Zona No. 2 fue de 72%, similares a los de Servellen quien reportó un puntaje medio de 66%⁶², Ncama un 64%³⁰, y Amberbir una puntuación media de 77%²⁷. Mientras que para la adherencia la puntuación media fue de 87%, parecida a la del estudio de Tafur-Valderrama⁶⁵, Peñarrieta¹⁰, Ladero⁶³, Ncama³⁰ y Cauldbeck⁷, lo que significa una adherencia

insuficiente, ya que para mantener viremias controladas se recomienda una adherencia estricta que supere el 95%.

En la presente investigación se encontró una relación positiva significativa entre la variable apoyo social y adherencia al tratamiento antirretroviral, que apoya los resultados de Ladero⁶³, Kalichman¹⁹, Servellen⁶², Amberbir²⁷ y Remor¹³; y difiere de los estudios de Ncama³⁰ y Wrubel⁶⁰ quienes afirman que no existe significancia estadística entre estas dos variables.

Remor obtuvo una correlación inversa significativa entre la puntuación total de adherencia y el nivel de carga viral ($r=-0.243$; $p<0.05$)¹³, en un estudio peruano llevado a cabo por Tafur-Valderrama también se obtuvo una correlación negativa significativa ($r=-0.548$; $p<0.005$)⁶⁵, lo que difiere al nuestro, ya que existe una relación negativa pero no tan significativa ($r=-0.54$; $p<.05$), lo que significa que a mayor puntuación del CEAT-VIH (es decir, mayor adherencia), menor valor de la carga viral.

No existe un método ideal para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral, en numerosas investigaciones se han utilizado métodos como el recuento de tabletas, dispositivos MEMS (Monitor electrónico de medicamentos). La entrevista o autoreporte es uno de los métodos más fáciles y sencillos de aplicar y también uno de los más utilizados para evaluar adherencia, sobre todo en países en vías de desarrollo, pero existen diversas variantes en función del cuestionario empleado que, incluso en algunas ocasiones, pueden llegar a ofrecer distinto resultado cuando se aplican a un mismo paciente. En cuanto a la relación entre adherencia y carga viral, puede observarse que cuando la adherencia es superior se obtiene una mejor respuesta virológica. La relación entre el grado de adherencia y la respuesta virológica muestra la importancia del cálculo de la adherencia. Dado que no se dispone de un método perfecto para medirla, es importante combinar varios métodos para minimizar los errores y realizar una estimación lo más aproximada posible a los datos reales.

Por todo lo expuesto hasta el momento, insistimos una vez más en la necesidad de ofrecer programas de apoyo a los pacientes en tratamiento antirretroviral, en especial aquellos que lo inician por primera vez o lo han abandonado previamente en algún momento.



XI.- CONCLUSIONES.

El nivel de apoyo social en los pacientes portadores del VIH/SIDA del HGZ No. 2 fue aceptable en el 80%, a pesar de ello solo el 52% de los pacientes cuentan con adherencia adecuada y estricta, lo que es preocupante ya que para conseguir hablar de la infección por el VIH como un proceso crónico es necesario adherirse de forma estricta al tratamiento antirretroviral consiguiendo así una mayor esperanza de vida y una mejor calidad de vida a largo plazo.

Nuestros datos demuestran una clara relación positiva entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral, así mismo una correlación negativa entre la adherencia al tratamiento y la medición de cargas virales.

Puede afirmarse que la adherencia al tratamiento antirretroviral en la práctica clínica es baja en general. Esto sugiere la necesidad de implementar intervenciones de forma rutinaria en el cuidado de los pacientes infectados por el VIH, como lo es el apoyo social, para incrementar los índices de adherencia.

XII.- ANEXOS.
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION AGUASCALIENTES.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

Diciembre 2010, Aguascalientes, Ags.

Por medio de presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Apoyo social relacionado con adherencia a tratamiento farmacológico con antirretrovirales en pacientes con VIH/SIDA del HGZ 2 de Ags”, registrado ante el comité de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social con el N° **R-2010-101-17.**

El objetivo de este estudio es, analizar el Apoyo Social relacionado a la Adherencia Farmacológica con Antirretrovirales en los pacientes infectados con VIH/SIDA en la Clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2. Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un cuestionario que contiene 56 preguntas de las cuales algunos son datos generales y aspectos socio demográficos. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el Proyecto de Investigación, dedicar algunos minutos para contestar las preguntas que se incluyen en el cuestionario. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario, así como a responder cualquier pregunta o aclarar cualquier duda que se plantee, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la Investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto de investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se derivan de este proyecto de investigación y que los datos obtenidos serán manejados de manera anónima y confidencial.

R3MF Azahel Carranza Murillo.

Nombre y firma del Encuestado

Testigo

Testigo

ANEXO 2: CUESTIONARIO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL DE AGUASCALIENTES.**

FECHA: ___ / ___ / ___ **INICIALES DE SU NOMBRE:** _____. **NO. FOLIO** _____

INSTRUCCIONES: Favor de poner una "X" en la respuesta compatible con lo que usted crea:

- 1.- **Sexo:** ()
A)Masculino. B)Femenino.
- 2.- **Edad en años** _____.
- 3.- **¿En dónde reside?** ()
A)Cd. de Aguascalientes. B)Otros municipios Cuál _____.
- 4.- **¿Cuál es su Estado civil?** ()
A)Casado. B)Soltero. C) Divorciado D) Unión libre. E) Separado. F) Viudo.
- 5.- **¿Cuál es su máximo grado de estudios?** ()
A)Primaria. B)Secundaria. C) Bachillerato o equivalente. D) Licenciatura. E) Sin estudios.
- 6.- **¿Cuál es su ocupación?** ()
A)Obrero. B) Empleado. C) Comerciante. D) Ama de casa. E) Profesionista.
F) Estudiante. G) Otros. Cuál _____.
- 7.- **¿Cuál es su religión?** ()
A)Católica. B) Protestante. C) Testigo de Jehová. D) Judío E) Pentecostés. F) Ninguna.
G) Otra. Cuál _____.
- 8.- **¿La casa donde usted vive es?** ()
A)Propia. B) Rentada. C) Prestada. D) Otras.
- 9.- **¿Cómo se infectó del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?** ()
A)Transmisión sexual. B) Trásfusión de sangre. C) Uso de drogas inyectables.
D)Desconoce
- 10.- **SI SU RESPUESTA FUE "A" EN LA ANTERIOR PREGUNTA ¿Cuál fue el tipo de contacto sexual que lo infectó?** ()
A) Heterosexual. B) Hombre con hombre. C) Bisexual. D) Trabajo sexual o comercial.
- 11.- **¿Cuánto tiempo tiene usted de conocerse infectado con el VIH?** ()
A)De 1 a 6 meses. B)De 7-11 meses. C)De 1 a 2 años. D)De 3 a 4 años. E)Más de 4 años.
- 12.- **¿Cuánto tiempo tiene usted de tomar el tratamiento antirretroviral?** ()
A)De 1 a 6 meses. B)De 7-11 meses. C)De 1 a 2 años. D)De 3 a 4 años. E)Más de 4 años.
- 13.- **¿Quién tiene conocimiento de su enfermedad?** ()
A) Solo usted. B) Su pareja. C) Su familia. D) Sus amigos. E) Sus compañeros de trabajo. F) Grupos de ayuda mutua. G) Otros. Quienes _____.

INSTRUMENTO DE EVALUACION 1: APOYO SOCIAL

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADO: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social o ayuda que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿cuantos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos _____.

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2.-Alguien que le ayude cuando tenga que estar postrado en la cama.	1	2	3	4	5
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6.- Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7.- Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10.-Alguien quien le abrace.	1	2	3	4	5
11.- Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12.-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14.-Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15.-Alguien que le ayude con las tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16.- Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5

18.- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19.- Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20.-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

INSTRUMENTO DE EVALUACION 2:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADO: Las siguientes preguntas se refieren al tratamiento con antirretrovirales que usted toma, favor de circular la opción que usted considere:

Durante la última semana:	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión.
1.- ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2.- Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
3.- Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
4.- Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5

5.- ¿Recuerda qué Medicamentos está tomando en este momento?

_____.

6.- ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo Mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

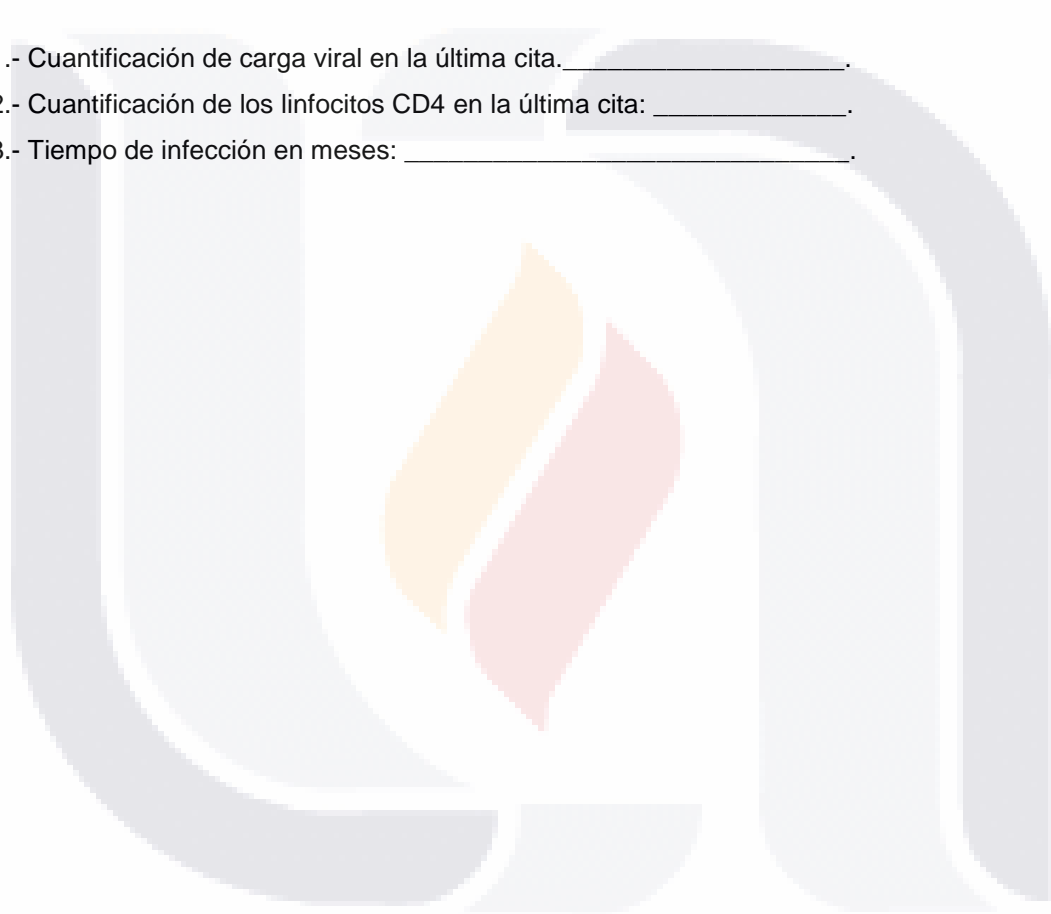
	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7.- ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8.- ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9.- ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10.- ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
11.- ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
	Nunca	Alguna vez	Aprox la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12.- ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13.- Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5

14.- ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15.- ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16.- ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17.- ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18.- ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

	Si	No
19.- Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno?		
20.- ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?		

Datos del expediente

- 21.- Cuantificación de carga viral en la última cita: _____.
- 22.- Cuantificación de los linfocitos CD4 en la última cita: _____.
- 23.- Tiempo de infección en meses: _____.



ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACION

ACTIVIDADES	2010											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseño de protocolo.			X	X	X	X	X					
Antecedentes y justificación.						X	X					
Introducción e hipótesis.							X	X	X			
Revisión de Protocolo.							X	X	X	X		
Registro del protocolo al comité de inv. Local.										X		
Aprobación del Protocolo.										X		
Financiamiento.										X	X	
Capacitación encuestador o colector de información.										X	X	
Prueba piloto.											X	
Trabajo de campo.											X	X
Acopio de datos.											X	X
Captura de Datos y tabulación.											X	X
Revisión de resultados.											X	X
Análisis De Resultados.											X	X
Validación de Resultados.											X	X
Interpretación de resultados.											X	X
Revisión de la investigación.											X	X
Autorización.											X	X
Elaboración de tesis.											X	X
Formulación de Informe Final.											X	X
Difusión de resultados.											X	X

ANEXO 4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VARIABLE	ESCALA		
Apoyo social	Concepto de Apoyo Social: “es toda transacción interpersonal que incluye interés o apoyo emocional (empatía, amor, cariño y confianza), ayuda o apoyo instrumental, apoyo informativo y el apoyo evaluativo” (House 1981) ^{22, 48} .	Apoyo emocional: se expresan por la vía del afecto, alguien con quien se cuente cuando se está en cama, que aconseje cuando se está en problemas, que informe y ayude a entender una situación, con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones, alguien cuyo consejo realmente se desee, con quien compartir temores, con quien resolver problemas, alguien que comprenda los problemas del otro ²⁹ .	Seguridad Afectos. Información y ayuda. Confianza. Aceptación de consejo. Compartir temores. Consejo para problemas Empatía por problemas	3 4 8 9 13 16 17 19	Cualitativa ordinal	Escala ordinal. Alto: 40 Media:24 Bajo: 8		
		Apoyo instrumental o material: Tipo de apoyo que se emite a través de conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita como: cuidado en la cama, acompañamiento al médico, preparación de comida o ayuda en las labores del hogar ²⁹ .	Cuidado. Acompañamiento. Elaboración de comida. Labores del hogar.	2 5 12 15			Cualitativa ordinal	Escala ordinal. Alto: 20 Medio:12 Bajo: 4
		Interacción social positiva: Se refiere al tiempo compartido de ocio, y diversión, con quien pasar un buen rato, o con quien relajarse, o con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar los problemas del otro ²⁹ .	Interacción. Relajación. Compañerismo. Diversión.	7 11 14 18			Cualitativa ordinal	Escala ordinal. Alto: 20 Medio: 12 Bajo:4
		Apoyo afectivo: referido a muestras de amor, afecto, alguien que lo abrace y le de cariño, alguien a quien amar y sentirse querido ²⁹ .	Amor. Cariño A quien amar y sentirse querido.	6 10 20			Cualitativa ordinal	Escala ordinal. Alto: 15 Medio: 9 Bajo: 3

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VARIABLE	ESCALA
Adherencia terapéutica a antirretrovirales.	Definición de adherencia terapéutica: es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de terapia antirretroviral, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Por lo tanto la adherencia es el resultado de un proceso complejo en el que intervienen factores relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial ⁵³ .	Factores relacionados con el individuo: son aquellas características o actitudes del paciente que directamente influyen en la adherencia al tratamiento.	Omisión del tto. en la última semana.	1	Cualitativa ordinal en los ítem del 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11.	Escala ordinal. Alto: 45 Medio:27 Bajo: 9
			Sentirse mejor como motivo de omisión.	2		
			Sentirse peor como motivo de omisión.	3		
			Sentirse deprimido como motivo de omisión	4		
			Grado de esfuerzo que supone el tto.	7		
			Grado de información acerca del tto.	8		
			Beneficios que puede suponer el tto.	9		
			Sensación de bienestar que supone el tto.	10		
			Percepción de la capacidad para seguir el tto.	11		
			Omisión del tto. un día completo.	19		
			Utilización de estrategia.	20		

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VARIABLE	ESCALA
Adherencia terapéutica a antirretrovirales.		Factores relacionados con la enfermedad: son aquellos factores propios en la evolución de la enfermedad que influyen de manera directa o indirecta sobre la adhesión, tales como la categoría clínica, las cuantificaciones de cargas virales y linfocitos T CD4.	Categorías clínicas de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Estadio A: asintomático. • Estadio B: sintomático. • Estadio C: clínica que define SIDA. Cuantificación de cargas virales. Cuantificación de linfocitos T CD4.	21 22 23	Cuantitativa discreta para el ítem 21 y 22.	De Razón
		Factores relacionados con el régimen terapéutico: se refiere a los factores relacionados con el uso propiamente de los antirretrovirales tales como el número de medicamentos, horario de los mismos, grado de satisfacción por la toma, intensidad de los efectos adversos, tiempo invertido en la toma, grado de cumplimiento y dificultades para tomar el medicamento.	Recuerdo de los fármacos que utiliza. Horario de los medicamentos Grado de satisfacción desde el inicio del tto. Intensidad de los efectos secundarios. Tiempo invertido en la toma del tto. Autoevaluación del grado de adhesión. Dificultad percibida para tomar el tto.	5 12 14 15 16 17 18	Cualitativa ordinal para los ítems 12, 14, 15, 16, 17 y 18	Escala ordinal. Alto: 30 Medio: 18 Bajo: 6
		Factores relacionados con el equipo asistencial y sistema sanitario: referido como la relación médico-paciente y el interés del médico por su salud y estímulo anímico.	Calidad de la relación médico-paciente. Frecuencia de refuerzo/ánimos por el médico.	6 13	Cualitativa ordinal	Escala ordinal. Alto: 10 Medio: 6 Bajo: 2
NOTA: tto=tratamiento.						

ANEXO 5.- PLAN PRESUPUESTAL.

Hoja de Gastos

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes. Se realizó múltiples visitas a la Clínica de VIH/SIDA del HGZ 2 de Ags., en el turno matutino para la recolección de censo de pacientes, revisión de expedientes y para llenar los cuestionarios de cada paciente.

Categoría	Costo Unitario	Factor Multiplicador	Costo Total
Lápices	\$ 2.00	10	\$ 20.00
Gomas	\$ 2.00	10	\$ 20.00
Hojas	\$ 0.10	3,000	\$ 300.00
Cartucho de Tinta	\$ 300.00	5	\$ 1,500.00
CD-ROOM	\$ 5.00	10	\$ 50.00
Memoria USB	\$ 200.00	1	\$ 200.00
Engrapadoras	\$ 50.00	1	\$ 50.00
Grapas	\$ 40.00	1 caja	\$ 40.00
Fotocopias	\$0.50	3,000	\$ 1 500.00
Folders	\$ 2.00	10	\$ 20.00
Tarjetas Telefónicas	\$ 500.00	2	\$ 1 000.00
Laptop Dell	\$ 14,000.00	1	\$14,000.00
Transporte Automóvil	Litro de Gasolina \$ 8.40 (10kmxlt)	Núm. De km No. días/No. km día 20x50/10	\$ 1,000.00
Alimentos			
Agua Embotellada	\$ 10.00	1x30 – 30	\$ 300.00
Otros alimentos	\$ 30.00	1x30 - 30	\$ 900.00
SUBTOTAL \$ 20,900.00			
5% CONTINGENCIA \$ 1,045.00			
TOTAL \$ 21,945.00			

XIII.- GLOSARIO.

VIH SEROPOSITIVO: aquella persona que se encuentra infectada con dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba complementaria positiva incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo³¹.

SIDA: toda persona que presenta serología positiva para VIH con manifestaciones clínicas de inmunodeficiencia adquirida o con un conteo de linfocitos T CD4 menos de 200 células/ml o con una carga viral mayor de 100,000 copias de ADN viral/ml²⁸.

ADHERENCIA TERAPEUTICA: es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de terapia antirretroviral, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Por lo tanto la adherencia es el resultado de un proceso complejo en el que intervienen factores relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial⁵³.

APOYO SOCIAL: es toda transacción interpersonal que incluye interés o apoyo emocional (empatía, amor, cariño y confianza), ayuda o apoyo instrumental, apoyo informativo y el apoyo evaluativo (House 1981)^{22, 48}.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2010.
- 2.-Informe mensual de casos de VIH/SIDA en control del HGZ- 2. Datos al 1ro de agosto del 2010.
- 3.-<http://desarrollo.aguascalientes.gob.mx/ISEA/progprio6.aspx>.
- 4.-www.lajornadaaguascalientes.com. Reyna Mora. 18 de agosto del 2009.
- 5.-Remor E. A. (2002b). Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. Atención primaria, 30, 143-148.
- 6.- Piña López J.A. y Rivera Icedo B.M. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del Noreste de México. Ciencia y Enfermería XIII (2): 53-63. 2007.
- 7.-Cauldbeck M.B., O'Connor C., O'Connor M., Sanders J.A., Rao B., Mallesh V. G., Kotehalappa N., Kumar P., Mamtha G., McGoldrick C., Laing R., Satish S. (2009). Adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Bangalore, India. Aids Research and Therapy 2009, 6:7.
- 8.-Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. (2008). Situación de la Epidemia. http://data.inaids.org.org/pub/EPISlides/2008/2008_epiupdata_es.pdf.
- 9.-UNAIDS/WHO, 2008 Report on the Global AIDS Epidemic; July 2008, and 2009 Report on the Global AIDS Epidemic; 2009.
- 10.-Peñarrieta I., Kendall T., González N., Martínez N., Rivera AM., Flores F., Del Angel E. (2007). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en el estado de Tamaulipas, México.
- 11.-Bonafont X., Costa J. (2004). Adherencia al tratamiento farmacológico. Vol. 16, núm. 3. 2004.
- 12.-Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>
- 13.-Remor E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Psicothema 2002. Vol. 14, núm. 2, pp. 262-267.

- 14.-SS/CENSIDA Programa de Acción VIH/SIDA e infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006. México, 2002.
- 15.-Directorio de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/SIDA e ITSs enero del 2005.
- 16.-SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2009. INEGI/SS. Registro de Mortalidad 2007.
- 17.-Campero L., Herrera C., Kendall T., Caballero M. (2007). Bridging the Gap Between Antirretroviral Access and Adherence in Mexico. *Qualitative Health Research* 17; 2007: 599-611.
- 18.-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México. D.F. a 1 de diciembre de 2007. www.inegi.gob.mx.
- 19.-Kalichman S., Pope H., White D., Cherry C., Amaral C., Swetzes C., Flanagan J., and Kaliscman M. (2008). Association between Health Literacy and HIV Treatment Adherence: Further Evidence from Objectively Measured Medication Adherence. *Journal of the International Association of physicians in AIDS Care (JIAPAC)* 2008 7:317).
- 20.-Rivera M.P. y Regalado H. Medición del gasto en SIDA en México 2008 y 2009. Secretaría de salud/CENSIDA. México, 2010.
- 21.-Guerra L., Parras F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enfermedades emergentes* 2000; 2(1):5-9.
- 22.- García H. A. (2003). El apoyo social. Hojas informativas de los psicólogos de las Palmas, no. 53 época II febrero 2003.
- 23.-Ponce de León, S., Macías, A. E., Cruz, A. et al. "Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México: experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, *Salud Pública de México*. 30 (4): 544-554. (1988).
- 24.-Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. México 2010. Periodo reportado enero 2008-diciembre 2009.
- 25.-Affleck G., Tennen H., Pfeiffer C., Fifiocol J. & Rowc J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.

- 26.-Edwards L.V. (2006). Perceived Social Support and HIV/AIDS Medication Adherence Among African American Women. *Qualitative Health Research* 2006 16:679.
- 27.-Amberbir A., Woldermichael K., Getachew S., Girma B., Deribe K. (2008). Predictors of adherence to antirretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health* 2008, 8:265.
- 28.-Fauci A.S., Lane H.C. Human Inmunodeficiency Virus disease: AIDS and Related Disorders. En: *Harrison Principles of Internal Medicine*, 16th edition. United States of America. McGraw-Hill. 2005. 1076-1139.
- 29.-Perez-Garcia, A. M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. UNED-FUE 1999. Madrid.
- 30.-Ncama B.P., McInerney P.A., Bhengu B.R., Coless I.B., Wantland D.J., Nicholas P.K., McGibbon C.A., Davis S.M. (2008). Social support and medication adherence in HIV disease in KwazZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008) 1757-1763.
- 31.-Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM.010.SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- 32.-Altice & Friedlander (1998). "The Era of Adherence To HIV Therapy", en *Annals Of Internal Medicine*, 129, 503-505. Citado por Ana Josefina Güel Durán en *La Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del trabajo social*.
- 33.-Varela A., Salazar T., Correa S. (2008). Adherencia al tratamiento en la Infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de psicología*, Vol. 11, núm.2, diciembre 2008, pp. 101-113.
- 34.-Guía para la atención de pacientes con VIH/SIDA en consulta externa y Hospitales. CONASIDA, 1997.
- 35.-Guías de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA. CENSIDA 2005-2006. Tablas 3 a 12. pp. 13-63. (versión página WEB).

- 36.-Guía de Métodos Eficaces de Esterilización y Desinfección contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, de la serie OMS Sobre el SIDA No. 2, 2da edición, Ginebra: OMS, 1990.
- 37.-Sistema de Clasificación del SIDA Pediátrico (menores de 13 años) MMWR, 1994, 43 (RR-112) 1-10.
- 38.-Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH. Washington: OPS, 1994.
- 39.-Pautas para la atención clínica del niño infectado por VIH. Programa Regional de SIDA/ETS. División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- 40.-Ley General de Salud, capítulo II, título octavo: Enfermedades Transmisibles.
- 41.-Oblitas L. (2006), Psicología de la Salud y calidad de vida. México: Editorial Thompson Learning.
- 42.-Brannon L. & Feist J. (2001). Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo.
- 43.- Simón M.A. (1999). Tratado de la Psicología de la salud. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 44.-Katz P.P. & Neugebauer A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? Arthritis Rheumatism, 45, 263-269.
- 45.-Gomez L, Pérez M. & Vila J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. Psicología Conductual, 9, 5-38.
- 46.-Piña J-A. & Sánchez-Sosa J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de la adhesión en personas con VIH. Universitas Psicológica, 6, 399-407.
- 47.- Piña L. & Rivera I. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del Noreste de México. Ciencia y Enfermería XIII (2): 53-63.
- 48.- Barrón A. (). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Siglo XXI de España editores, S.A., 1996.

- 49.- Castro R., Campero L., Hernández B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Revista de Saude publica/volumen 31/número 4/agosto 1997/pagina 425-35.
- 50.- Varas-Díaz N., Toro-Alfonso J. (2003). La estigmatización del VIH/SIDA y la Vida Gregaria: Contradicciones en el Desarrollo e redes de Apoyo de Personas que Viven con VIH/SIDA en puerto Rico.
- 51.-Garmendia I., Sorto R. (2005). Terapia Antirretroviral. Rev. Med. Honduras 2005; 73:26-33.
- 52.- Vinaccia S., Fernández H., Quiceno J.M., López P.M. Ojalvaro C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Terapia Psicológica, julio, año/vol. 26, número 001, pp.125-132.
- 53.-Escobar I., Knobel H., Polo R., Ortega L., Martín-Conde M.T., Casado J.L., Codina C., Fernández J. Galindo M.J., Ibarra O., Llinas M., Miralles C., Riera M., Fumaz C.R., Segador A., Segura F. (2004). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. Farmacia Hospitalaria (Madrid) vol. 28. Supl. 1, pp. 6-18, 2004.
- 54.-Vinaccia S., Quiceno J., Fernández H., Gaviria A., Chavarría F. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes Psicológicos, No. 8 p. 89-106.
- 55.- Martín A.L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica- Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(4).
- 56.-Martín Alfonso L., Grau Abalo, J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 14, número 001, pp. 89-99.
- 57.- Ortiz M., Ortiz E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev. Méd Chile 2007; 135: 647-652.
- 58.-Güell D. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social.
- 59.- Peralta M.L., Carbajal P.P. (2008). Adherencia a tratamiento. Rev. Cent. Dermatol. Pascua. Vol. 17, Núm.3, Sep-Dic 2008.

- 60.-Wrubel J., Stumbo S., Johnson M. (2010). Males same-sex couple dynamics and received social support for HIV medication adherence. *Journal of social and Personal Relationship* 2010 27:553.
- 61.-DiMateo R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: a Meta-Analysis. *Health psychology* 2004, Vol. 23, No. 2, 207-218.
- 62.-Servellen G. & Lombardi E. (2005). Supportive Relationships and Medication Adherence in HIV-Infected, Low-Income Latinos. *Western Journal of Nursing Research* 2005 27(8), 1023-1039.
- 63.-Ladero L., Orejudo S., Carrobles J.A. (2010). Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*. Vol.21, n.º 1, 2010 – Págs. 21-33.
- 64.- Peñarrieta I., Kendall T., González N., Martínez N., Rivera A.M., Flores F., Del Ángel E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en el estado de Tamaulipas, México. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* V.26. No.3 Lima jul. /sept. 2009.
- 65.-Tafur-Valderrama E., Ortiz., Alfaro C.O., García-Jiménez E., Faus M.J. (2008). Adaptación del “Cuestionario de Evaluación a la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH) para uso en Perú. *Ars Pharm* 2008: 49 (3): 183-198.
- 66.-Sherbourne C.D. & Stewart A.L. (1991). The MOS Social support Survey. *Soc. Sci. Med.* 32: 705-14.
- 67.-Comunicado de la Coordinación de Comunicación Social No. 366 del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1ro de Diciembre de 2009.
68. Pérez-Patrigeon S., Franco-SanSebastian D., Soto-Ramírez L.E., Villasis-Keever A., Sierra-Madero J. (2004). Use of two translated instrument (SMAQ and AACTG questionnaires) to evaluate prevalence of non-adherence to antirretroviral treatment in HIV infected subjects in Mexico City. *Int. Conf. AIDS*. 2004 Jul 11-16; 15.
- 69.- Catz S., Kelly J., Bogart L., Benotsch E., McAuliffe T. (2000). Patterns, Correlates, and Barriers to medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments: advances and the Challenge of Adherence. Toronto, Canada, Sep 27.

70.- Panel on Antiretroviral Guidelines for adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 29, 2008.

71.-Codina C., Martínez M., Tuset M., Del Cacho E., Martín M., Miró J., Mallolas J., De Lazzari E., García F., Martínez E., Gatell., Ribas J. (2002). Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 2002; 20 (10):484-90.

