



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
Unidad de Medicina Familiar No. 27



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
División de estudios de Posgrado E Investigación.
Departamento de Medicina Familiar

***“CORRELACIÓN ENTRE REDES DE APOYO SOCIAL Y EL APEGO A
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH”***

**Tesis para Obtener El Titulo de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Alan Didier Santos Peña
Residente de Tercer Año de Medicina Familiar

ASESORES:

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Dra. Sonia Judith Franco Esquivel

Tijuana Baja California Febrero 2015

INDICE

Resumen	3
Antecedentes	4
Planteamiento del problema	9
Objetivos	10
Justificación	11
Hipótesis de Trabajo	12
Material y Métodos	13
Análisis Estadístico	17
Aspectos Éticos	20
Resultados	21
Discusión	35
Conclusión	38
Sugerencias	39
Bibliografía	40
Anexo 1. Hoja de recolección de datos.....	43
Anexo 2. Operacionalización de variables.....	45
Anexo 3. Instrumentos de medición	48
Anexo 4. Cronograma de actividades.....	51
Anexo 5. Consentimiento Informado	52

RESUMEN.

Título: Correlación entre redes de apoyo social y el apego a tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH.

Investigadores: Alan Didier Santos Peña, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Sonia Judith Franco Esquivel.

Antecedentes: Tijuana posee una prevalencia de VIH de 0.26 a 0.80%. La proporción de paciente bajo antirretrovirales es de 92.26%, se necesita alto porcentaje de adherencia (95%) para mantener la supresión de la replicación viral. En este proceso de adherencia, ha sido de especial interés, el apoyo social como factor predictor.

Objetivo : Evaluar la relación existente entre apego a tratamiento y el apoyo social en paciente con diagnóstico de VIH bajo tratamiento antirretroviral

Material y Métodos: Estudio descriptivo-correlacional, observacional, transversal. Se tomó una muestra de 200 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), HGR No. 20, Tijuana B.C. Se aplicaron dos cuestionarios: SMAQ y Duke-UNC-11 para determinar el apego a tratamiento y apoyo social respectivamente.

Resultados: La relación apoyo social funcional y apego a tratamiento, refleja que los pacientes con apoyo social normal poseen un apego a tratamiento de 87.79% en contraposición a los pacientes que poseen apoyo escaso con un 13.2% de apego (OR = 7.67 $p < 0.001$). La prevalencia de apego a tratamiento fue de un 56.5%. De las variables clínicas la adhesión, se relaciona con carga viral indetectable en todos los casos. ($p < 0.016$).

Conclusiones: La presencia de redes de apoyo social funcional normal se relaciona con adherencia a tratamiento.

Palabras clave: Adherencia a tratamiento antirretroviral, redes de apoyo social.

Antecedentes.

La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad causada por un virus, cuyo blanco principal es el sistema inmune al cual deteriora de forma gradual e irreversible y cuya expresión clínica final es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH generalmente tarda una década en desarrollarse antes de convertirse en SIDA. El aspecto básico de la patogénesis de la infección por el VIH es la destrucción de los linfocitos cooperadores CD4+ con la subsecuente pérdida de la competencia del sistema inmune y establece el contexto para infecciones oportunistas fatales. ¹

La infección es causada por dos tipos principales de virus: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 causa la gran mayoría de las infecciones por VIH en el mundo; el VIH-2 parece estar bastante limitado al África occidental. ²

En el verano de 1981 los Centros para el control y prevención de enfermedades, comunicaron por primera vez la existencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) en cinco varones homosexuales previamente sanos de los Ángeles Estados Unidos. ³

A finales de 2012, ONUSIDA ha estimado que a nivel mundial existían 35.3 (32.2-38.8) millones de personas viviendo con el VIH. La región más afectada es la África subsahariana donde se concentra más de 69% de las infecciones totales. América Latina, con una epidemia más reciente, tiene ya 1.4 millones de infecciones ⁴

EN 1983 Comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en México. Las estimaciones mas reciente realizadas por el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (CENSIDA) 2013, estima que en México la prevalencia de infección por VIH en población adulta de 15-49 años, es de 0.2%. De acuerdo con el ultimo reporte sobre la salud mundial elaborado por la organización mundial de la salud (OMS), el sida es responsable del 5.2% de las muertes en todo el mundo, constituyendo la cuarta causa de defunción. La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA.

5,6,7

De los 32 estados de México, Baja California es el quinto estado con mayor numero de casos registrados de sida con un 4.4% del total de casos registrados del país. Brouwer y colaboradores estimaron la cantidad de adultos infectados con el VIH en la ciudad de Tijuana, considerando que la prevalencia de VIH entre las personas de 15 a 49 años variaba entre 0.26 y 0.80%.^{8,}

Los conocimientos de la estructura molecular, la etiopatogenia y el tratamiento de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) han evolucionado marcadamente en los últimos 10 años. La proporción de pacientes que reciben antirretrovirales (ARV) se ha incrementado de 90.6 en el en el año 2007 a 92.26% en el momento actual, esta tendencia se relaciona con la identificación temprana de los casos de infección por el VIH y el momento adecuado para el inicio de

tratamiento ARV. Estrategia que ha permitido disminuir notablemente la morbilidad y la mortalidad en pacientes con infección por el VIH.

Actualmente, en el cuadro básico del IMSS, se encuentran disponibles 19 fármacos en diferentes presentaciones para su uso clínico, dividido en cuatro grupos farmacológicos: Inhibidores de la Proteasa (IP), Inhibidores de la transcriptasa reversa (ITR), inhibidores de la entrada (IE) e inhibidores de la Integrasa (II) ^{9 10}.

Para muchos, el VIH se ha convertido ahora en una enfermedad crónica manejable. Sin embargo, la adherencia al régimen antirretroviral es fundamental en la probabilidad de que el paciente obtenga beneficios sostenidos de la terapia ^{11,12}.

La adherencia, a menudo usada de manera intercambiable con “cumplimiento”, se define como “la habilidad que posee una persona viviendo con VIH/SIDA (PVVS) para estar implicado en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de un régimen médico de combinación terapéutica para controlar la réplica viral y desarrollar la función inmunológica”; transformándose así en una enfermedad crónica manejable. ^{13.14}.

La adherencia parcial o deficiente a niveles menores de 95% puede conducir al reinicio de la rápida replicación vírica, a menores tasas de supervivencia y a mutación de las cepas de VIH resistentes al tratamiento. En consecuencia, los recursos que se empleen en la financiación de programas de apoyo y soporte

orientados a aumentar el cumplimiento serán francamente irrisorios comparados con los que se derrochan como consecuencia de la baja adherencia ¹⁵.

La mayoría de los estudios ofrece resultados en los que solo 50 a 80% de los pacientes presentan buena adherencia al tratamiento, y se obtiene una buena correlación entre adherencia y control de la infección por el VIH, medida por la carga viral. ¹⁶

La preocupación principal de la biomedicina en cuanto a la adherencia se ha centrado en su medición. Hemos agrupado las diferentes estrategias para estimar la adherencia en las siguientes categorías, según el método utilizado:

- directos (concentraciones plasmáticas, evolución clínica, datos analíticos)
- indirectos (valoración del profesional, sistemas de control electrónico, recuento de medicación, registros de dispensación, cuestionarios de evaluación)

Sin embargo, dado que ninguno de los métodos existentes presenta una fiabilidad del 100% se hace necesario combinar varios de ellos para obtener datos de la situación real con la mayor exactitud posible. ^{17 18 19}

Diferentes autores han manifestado la necesidad de tener en cuenta los factores que favorecen o dificultan la adherencia a los medicamentos por parte de aquellas personas que la requieran, con el ánimo de proponer estrategias para mejorarla. En este proceso influyen diversos factores como: la relación médico-paciente, régimen terapéutico, características de la enfermedad, aspectos psicosociales del paciente, de la institución de salud y de los familiares. ²⁰

Como variable psicológica, en la investigación del VIH/sida ha sido especial interés, el apoyo social; El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general. ^{21 22}

El término apoyo social se puede definir: como los recursos proporcionados por otros, o como un intercambio de recursos percibidos por el proveedor o el destinatario teniendo la intención de mejorar el bienestar del destinatario. El apoyo social, como ha quedado de manifiesto en diferentes estudios, suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, demostrando que constituye un importante indicador de la práctica de comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral ^{23 24 25 26 27 28}.

No obstante la importancia que reviste el apoyo social, en personas seropositivas al VIH, en México son pocos los estudios en el que se haya reportado, o bien, correlacionarlo con nivel de apego a tratamiento antirretroviral. Por tal razón, se planteó el presente trabajo, cuyo objetivo es evaluar la relación existente entre apego a tratamiento y el apoyo social en paciente con diagnóstico de VIH / SIDA bajo a tratamiento antirretroviral.

Planteamiento del problema

¿Cual es la prevalencia de apego a tratamiento en pacientes con VIH bajo tratamiento antirretroviral y cual es su correlación con las redes de apoyo social que poseen?

Objetivo General

- Evaluar la relación existente entre apego a tratamiento y el apoyo social funcional en paciente con diagnóstico de infección por VIH, bajo tratamiento antirretroviral.

Objetivos Específicos

- Describir el perfil general de los pacientes usuarios de Clínica de VIH adscritos a HGR 20.
- Determinar la prevalencia de apego a tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH.

Justificación.

Existe una creciente preocupación tanto en la institución, como social, sobre el SIDA en nuestro país, hecho comprensible si tenemos en cuenta que en México existen 198,000 adultos infectados por VIH.

El objetivo general del tratamiento antirretroviral es la supresión de la replicación viral, un fracaso terapéutico, justifica la transmisión de cepas resistentes y una inadecuada utilización de recursos económicos. De aquí la importancia de lograr un correcto apego a tratamiento.

De manera recurrente olvidamos los aspectos psicosociales del paciente implicados en la adherencia a tratamiento antirretroviral.

Como médicos de primer contacto, valorar la presencia de redes de apoyo social en pacientes bajo tratamiento antirretroviral, no es una prioridad a valorar en la consulta médica, a pesar de las nuevas investigaciones que nos reportan asociación existente entre estas dos entidades, lo que posiblemente perjudica en apego a tratamiento.

De aquí la importancia de un enfoque biopsicosocial en nuestra atención médica, con el fin de brindar un apoyo integral y eficaz a personas que viven con el virus, dejando en claro, la relevancia que posee el apoyo social, para que la adherencia al tratamiento sea exitosa y, por ende, optimizar la calidad de vida de los pacientes, y así respaldar, un futuro financiamiento a programas de apoyo social orientados a aumentar el cumplimiento terapéutico.

Hipótesis.

HIPOTESIS DE TRABAJO

A mayor puntuación en redes de apoyo social, se correlacionara con adherencia a tratamiento.

HIPOTESIS ALTERNA.

A mayor puntuación en redes de apoyo social, se correlacionara con no adherencia a tratamiento.

HIPOTESIS NULA.

La puntuación en redes de apoyo social, no se correlacionara con adherencia a tratamiento.

Material y Métodos.

Diseño de estudio: Estudio con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional, transversal.

Lugar de estudio: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General Regional Numero 20 (HGR No. 20), Clínica de VIH, Tijuana, Baja California, México.

Población en estudio: Derechohabientes del IMSS, HGR No. 20, usuarios de clínica VIH, bajo tratamiento antirretroviral.

Periodo de recolección de datos: de 1ero de noviembre a 31 de diciembre 2014.

Selección de la muestra: Muestreo de tipo no probabilístico dirigido por criterios.

Tamaño de la muestra: La población de pacientes con VIH que acuden a la clínica de VIH en el HGR No. 20, es de 722 pacientes; de los cuales 636 se encuentran bajo tratamiento. Se seleccionó al 30% de los pacientes quienes se encuentren bajo tratamiento para el presente estudio, correspondiendo a 200 pacientes.

Criterios de Inclusión:

Pacientes de ambos sexos

Ser mayor de 18 años

Paciente con diagnostico de VIH/Sida no importar el tiempo de diagnostico.

Derechohabientes del IMSS, usuarios del HGR No. 20 (Clínica VIH)

Bajo prescripción facultativa de antirretrovirales

Ausencia de trastorno psiquiátrico diagnosticado y reportado en la historia clínica,

Firma de consentimiento informado

Criterios de no inclusión.

Menor de 18 años

No ser portador de VIH/Sida

No Derechohabiente del IMSS, no usuario de Clínica VIH HGR 20

Sin prescripción facultativa de antirretrovirales

Presencia de trastorno psiquiátrico diagnosticado y reportado en la historia

Clínica,

No aceptar consentimiento informado

Criterios de exclusión:

Cuestionario incompleto

Que dejen de asistir a cita de control.

Hospitalizados.

Metodología: Una vez autorizado el protocolo por parte del Comité Local de Investigación (CLEIS) No. 204, se procedió a solicitar permiso al director de la unidad, al jefe del servicio y al personal operativo de HGR No. 20 clínica VIH, turno matutino, posteriormente se dio inicio a la recolección de datos de la población participante, mediante la aplicación de cuestionarios.

La incorporación de los sujetos al estudio fue de forma voluntaria, previa firma de consentimiento informado en el cual aceptaron las condiciones del estudio, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión. Los participantes se abordaron en sala de espera de consulta médica mensual, donde se llevo a cabo el llenado de los cuestionarios en presencia del entrevistador.

Inicialmente se autoaplicó una entrevista semiestructurada: En la cual se plasmaron las variables sociodemográficas como edad, estado civil, sexo escolaridad, ocupación, así como otras variables de interés para el estudio, como orientación sexual, personas con las que vive, tiempo de detección de virus de VIH, vía de contagio, familiar que conoce su diagnóstico, presencia de comorbilidades, regularidad de asistencia a sus citas y el conocimiento de su estado de carga viral en: Detectable, indetectable o desconoce. Es de importancia resaltar que para objetos de confidencialidad, no se solicitó nombre personal o numero de afiliación.

Para determinar los niveles de adherencia a tratamiento, se llevó a cabo la aplicación de el Cuestionario de evaluación de cumplimiento terapéutico (Simplified Medication Adherence Questionnaire) SMAQ : que consiste en una serie de preguntas previamente definidas para, en función, de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Contiene 6 preguntas con respuesta cerrada.

Se considera paciente no adherente cuando este responde a la pregunta 1: si; a la pregunta 2: si; a la pregunta 3: no; pregunta 4: si; a la pregunta 5: C, D o E; y a la pregunta 6: más de 2 días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa: A: 100-95% cumplimiento terapéutico; B: 85-94% cumplimiento terapéutico; C: 65-84% cumplimiento terapéutico; D: 30-64% cumplimiento terapéutico; y E: < 30% cumplimiento terapéutico.

Interpretación:

Adherente: Contestación a pregunta 1: no; a la pregunta 2: no; a la pregunta 3: si ; a la pregunta 4: no a la pregunta 5: A o B ; 6 : ≤ 2 días.

No adherente: Contestación a la pregunta 1: si; a la pregunta 2: si; a la pregunta 3: no; pregunta 4: si; a la pregunta 5: C, D o E; y a la pregunta 6: más de 2 días.

Para evaluar el apoyo social funcional, se realizó el Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC-11: que consta de 11 ítems con un rango de respuesta tipo likert de 1 (“tanto como deseo”) a 5 (“mucho menos de lo que deseo”). Comprende dos subescalas que se refieren al apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). A mayor puntuación, mayor apoyo social.

En su versión original el instrumento se divide en dos subescalas: apoyo social *confidencial* (preguntas 1; 4; 6; 7; 8 y 10) y apoyo social *afectivo* (preguntas 2; 3; 5; 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene mas de 18 puntos y de confianza si se obtiene mas de 15 puntos.

Interpretación

TABLA DE VALORES DUKE-UNC-11

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO.
APOYO TOTAL PERCIBIDO	55	32	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL.	30	18	6

INTERPRETACION.

APOYO TOTAL PERCIBIDO: ≤ 32 ESCASO APOYO ≥ 33 NORMAL

APOYO AFECTIVOS: ≤ 15 ESCASO APOYO ≥ 16 NORMAL

APOYO CONFIDENCIAL: ≤ 18 . ESCASO APOYO ≥ 19 NORMAL

Una vez extraídos los datos, estos fueron tabulados con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 21

Análisis estadístico.

Se utilizo estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes. Se aplicó estadística de tipo no paramétrico, con prueba de chi cuadrada para análisis bivariado. La variable de interés se categorizo como la presencia o ausencia de apego a tratamiento.

Para evaluar las variables asociadas con la presencia de apego a tratamiento se utilizó Razón de Momios (RM) con intervalo de confianza (IC) de 95% y se considero significancia estadística una $p < 0,05$. La captura y análisis se realizo en el programa estadístico "Statistical Program for Social Sciences" SPSS, versión 21.

Definición Conceptual de Variables.

- **Las variables dependientes:**

Adherencia a tratamiento. Habilidad que posee una persona viviendo con VIH/SIDA para estar implicado en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de un régimen médico de combinación terapéutica para controlar la réplica viral y desarrollar la función inmunológica

- **Las variables independientes:**

Se encuentran descritas a detalle en el anexo 2. Se incluyen dentro de las variables independientes el apoyo social, así como las características socio demográficas de los pacientes: edad, estado civil, genero, escolaridad, ocupación, orientación sexual, Así como otros datos de interés como con quien radica, tiempo de detección VIH, vía de contagio, familiar que sabe sobre su diagnóstico, presencia de comorbilidades, si acude regularmente a sus citas.

Apoyo social. recursos proporcionados por otros teniendo la intención de mejorar el bienestar del destinatario.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Estado Civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez etc., de un individuo.

Genero: Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento.

Ocupación: Empleo u oficio que realiza una persona.

Orientación Sexual: Patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo.

Vivir: Habitar o morar en un lugar o país.

Detección: Acción y efecto de detectar.

Vía de contagio : Transmitir una enfermedad.

Diagnostico: Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos.

Enfermedad: Alteración mas o menos grave de la salud.

Diabetes: Conjunto de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia.

Hipertensión: Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

Herpes: Enfermedad causada por virus, caracterizada por la formación de pequeñas vesículas o ampollas,

Sífilis: Enfermedad de transmisión sexual, producida por bacteria, produce lesiones cutáneas ulcerosas en los órganos sexuales.

Condilomas: Infección de transmisión sexual, caracterizada por verrugas genitales, causada por virus del papiloma humano.

Tuberculosis: Enfermedad infecciosa del hombre y animales causada por bacterias del genero Mycobacterium.

Coccidiomicosis: Es una enfermedad causada por la inhalación de esporas del hongo coccidioides immitis.

Aspectos éticos.

La presente investigación cumple con la normatividad vigente a nivel nacional e internacional. Apego a la Declaración de Helsinki, Ley General de Salud, así como reglamento de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. A los participantes, se les solicitará su consentimiento para participar en le presente estudio, se custodiará y dará cumplimiento al principio de confidencialidad de los datos.

Recursos utilizados

Durante la realización de esta investigación se necesitaron recursos materiales: hojas tamaño carta, lápices, plumas, folders, capetas tamaño carta.

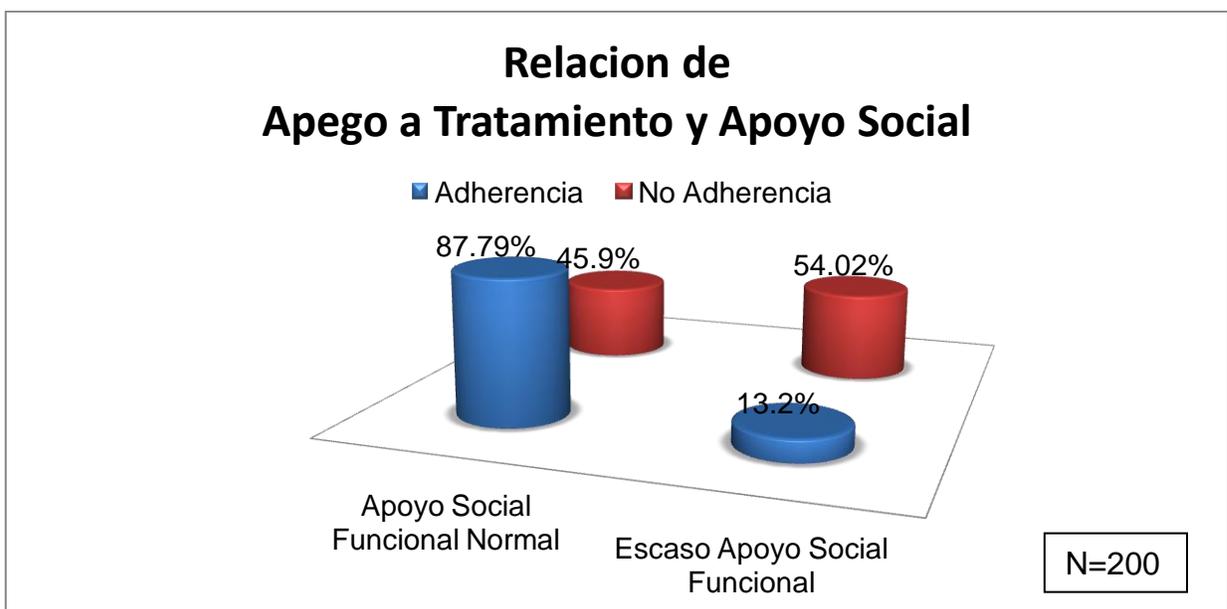
Recursos Humanos: Computadora, impresora, copiadoras. Estos recursos fueron aportados por el propio investigador.

Resultados

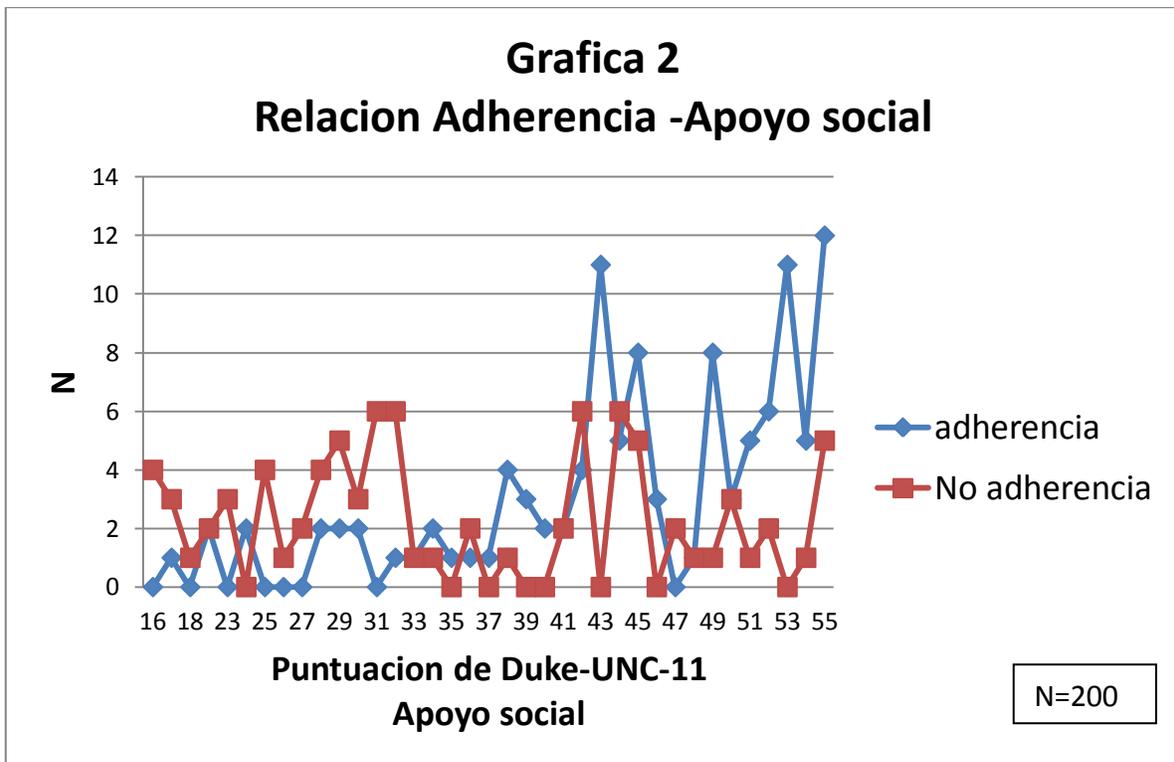
Se realizaron un total de 200 encuestas, resultando en nuestra muestra total de 200 pacientes (N=200) ninguno declinó en participar.

En el análisis bivariado, la relación existente entre apego a tratamiento y apoyo social funcional, los resultados indican que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables con un valor de X^2 de 38.5 ($p < 0.001$) con una OR = 7.67 (IC 95%= 3.86-15.2), lo que nos habla de 7.67 veces mas probabilidad de que se presente apego a tratamiento al contar con apoyo social funcional determinado por un 87.79% de la población resultante, en contraposición de un 13.2% de apego para los que poseen apoyo social funcional escaso . (Grafica 1) (Grafica 2).

Grafica 1. Relación existente entre apego a tratamiento y el apoyo social funcional.



Grafica 2.Relacion entre adherencia y puntuación obtenida en escala Duke-UNC-11 de apoyo social funcional.



Con un total de 200 participantes, el comportamiento de los datos sociodemográficos (Tabla1) fueron: En la población estudiada la edad media fue de 38.89 años, mostrando un rango de edad de 19 a 80 años, 59% perteneciente a un rango entre 34 y 49 años, siendo el sexo masculino el predominante con un 71.5% (n=143) y 28.5% mujeres (n= 57). El estado civil predominante fue el de soltero con 52.5% (n=105).

En cuanto al grado de escolaridad, el 2% (n= 4) sabe leer y escribir, el 20% (n=40) de los sujetos tiene escolaridad primaria, el 39,5% (n=79) escolaridad secundaria, el 24,5%(n=49) escolaridad preparatoria, el 5.5%(n=11) técnico y el 8.5% (n=17) es profesionalista. La ocupación mas frecuente encontrada fue la de

obrero con un 50.5% (n=101) La orientación sexual mayoritaria fue la heterosexual con un 52,0% (n=104), seguida muy de cerca por la homosexual con un 42.5% (n=85) respectivamente. El tiempo de detección media del VIH fue de 5.8 años (DE \pm 5,11) con un rango de 1 a 30 años. Esta variable fue medida también a través de una escala de intervalo mostrando los siguientes resultados: El 59% (n=118) de los pacientes tienen entre 1 y 5 años de diagnóstico de VIH, 25.5% (n=51) entre 6-10 años, 15.5% (n=31) más de 10 años.

En cuanto a los datos clínicos, el modo de infección del VIH fue mayoritariamente vía sexual en un 70% de los casos (n=140),

Tabla 1. Características de los participantes

<i>Variables bio-psico- socio demográficas</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Edad	18-33 Años	50	25.0
	34-49 Años	119	59.5
	50-65 años	30	15.0
	> 65 años	1	.5
Estado civil	soltero (a)	105	52.5
	casado (a)	35	17.5
	unión libre	36	18.0
	viudo (a)	14	7.0
	divorciado (a)	10	5.0
Sexo	Femenino	57	28.5
	Masculino	143	71.5
Escolaridad	sabe leer y escribir	4	2.0
	Primaria	40	20.0
	Secundaria	79	39.5
	Preparatoria	49	24.5
	Técnico	11	5.5
	Profesionista	17	8.5
Ocupación	Hogar	25	12.5
	Estudiante	7	3.5
	Técnico	19	9.5
	Comerciante	17	8.5
	Obrero	101	50.5
	Profesionista	22	11.0
	jubilación y pensionado	9	4.5
Orientación sexual	Heterosexual	104	52.0
	Homosexual	85	42.5
	Bisexual	11	5.5
Vía de contagio	Sexual	140	70.0
	transfusión de sangre	4	2.0
	usuario de drogas	4	2.0
	No lo sabe	52	26.0
Años de diagnostico	1-5 años	118	59.0
	6-10años	51	25.5
	> 10 años	31	15.5

N=200

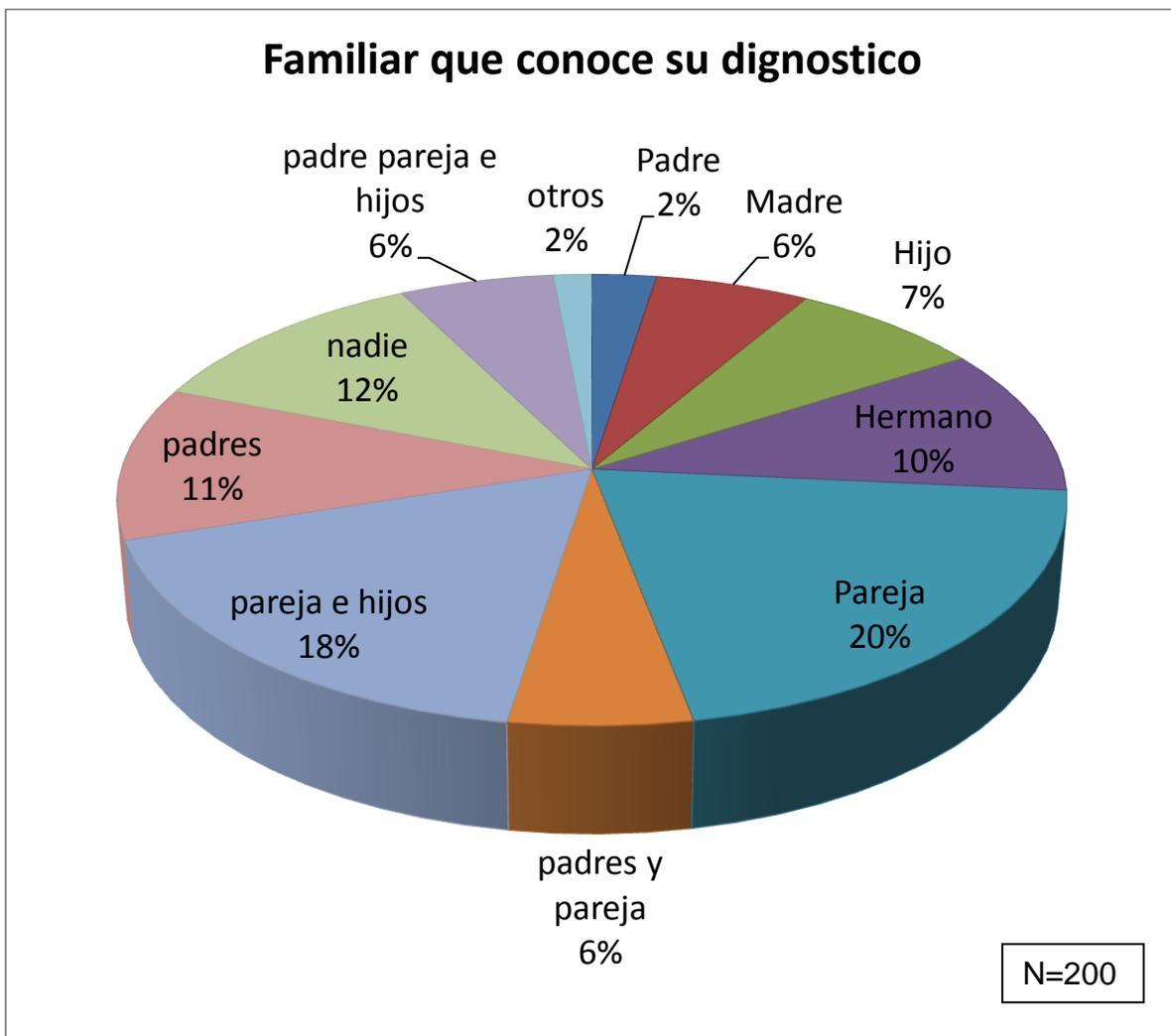
Al cuestionar con respecto a la persona(s) con quien viven, encontramos que en el 39% (n=78) de los pacientes radica con su pareja, seguido de un 38.5 (n=77) que respondió que viven solos, 16% con padres (n= 32), 6% (n=11) con amigos, y solo 1% con los hijos (n=2) (Grafica 3).

Grafica 3. Persona Física con quien habita.



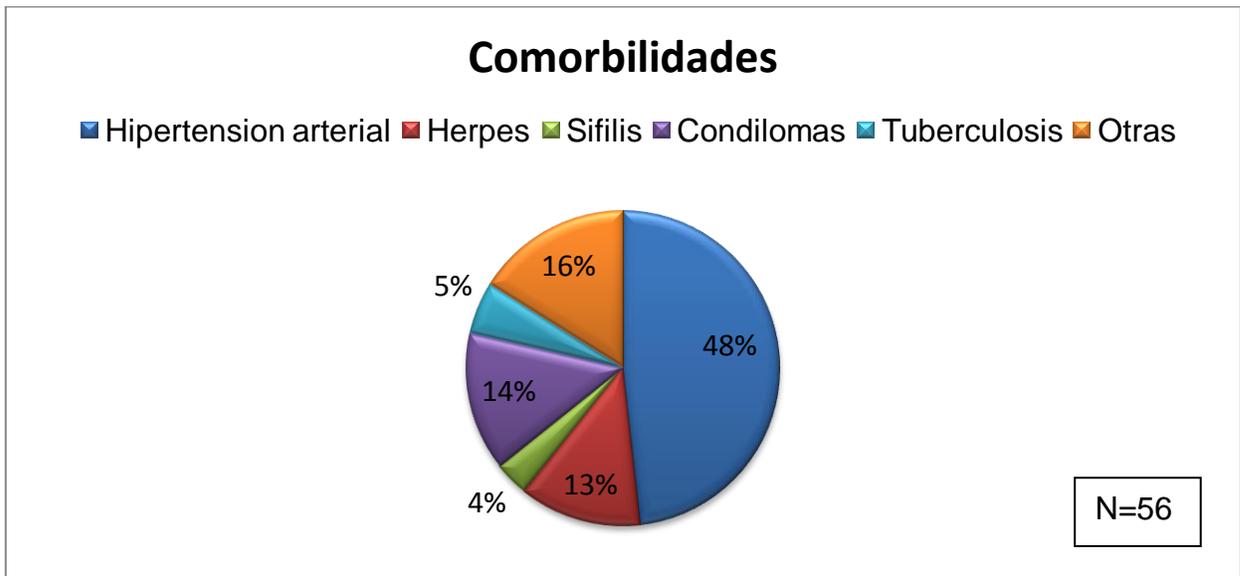
En cuanto a los familiares que sabían el diagnóstico de los participantes, en varios casos más de un familiar lo conocía; la distribución por parentesco fue: padre en 5% de los casos (n=25); madre en 6% (n=12); hijo (a) en 7.5% (n=15) ; hermano (a) en 21% (n= 105), pareja en 20.5% (n=41) , pareja e hijos en 17.5% (n=35) ; padres y pareja en 5.5% (n=11) ; padre, pareja e hijos en 6.0% (n=12) ; nadie en 11.5% (n=23) y otros en 1.5% (n=3).(Grafica 4).

Grafica 4. Familiar que conoce sobre su diagnostico.



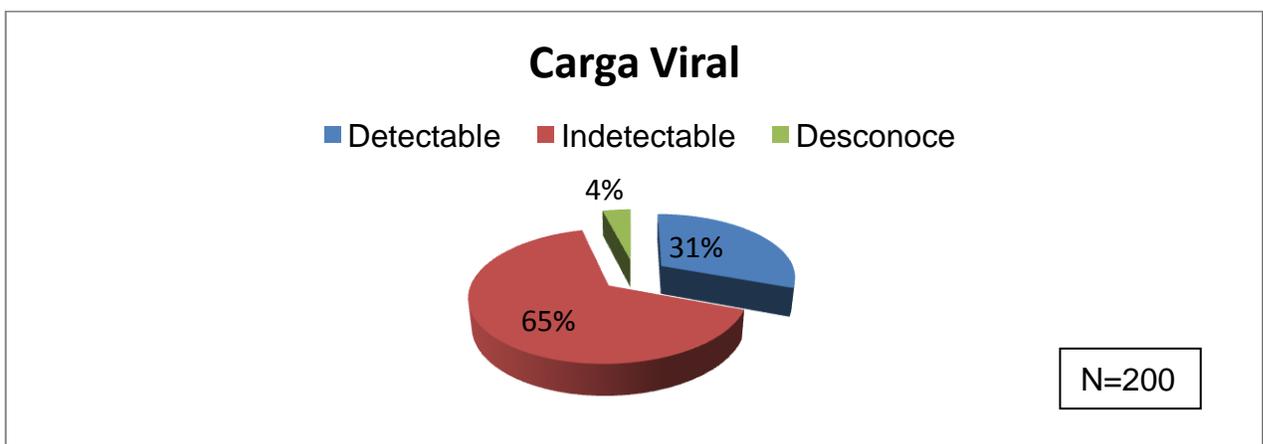
El 28% (n= 56) de los pacientes posee comorbilidades destacando hipertensión arterial como el padecimiento mas frecuente con 15.5% (n=27) del total de la población estudiada.(Grafico 5).

Grafica 5. Comorbilidades de los pacientes



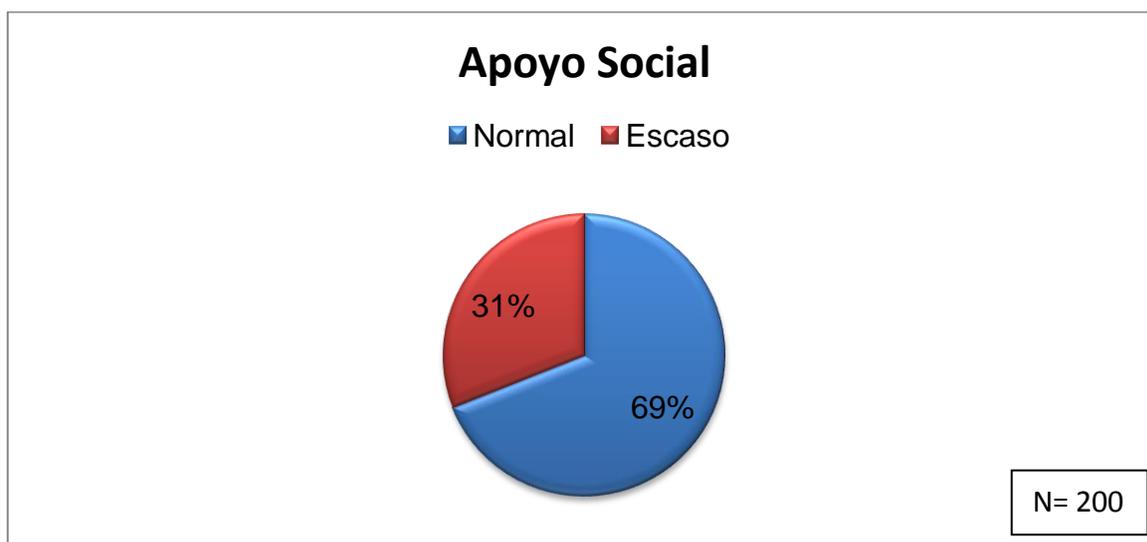
Al evaluar el conocimiento de su carga viral, arroja que un 65.5% (n=131) de la población cuenta con carga viral indetectable en contraposición de un 30.5% (n=61) detectable y solo un 4% (n=8) que no conocía su carga viral. (Grafico 6)

Grafica 6. Carga Viral de la población estudiada.



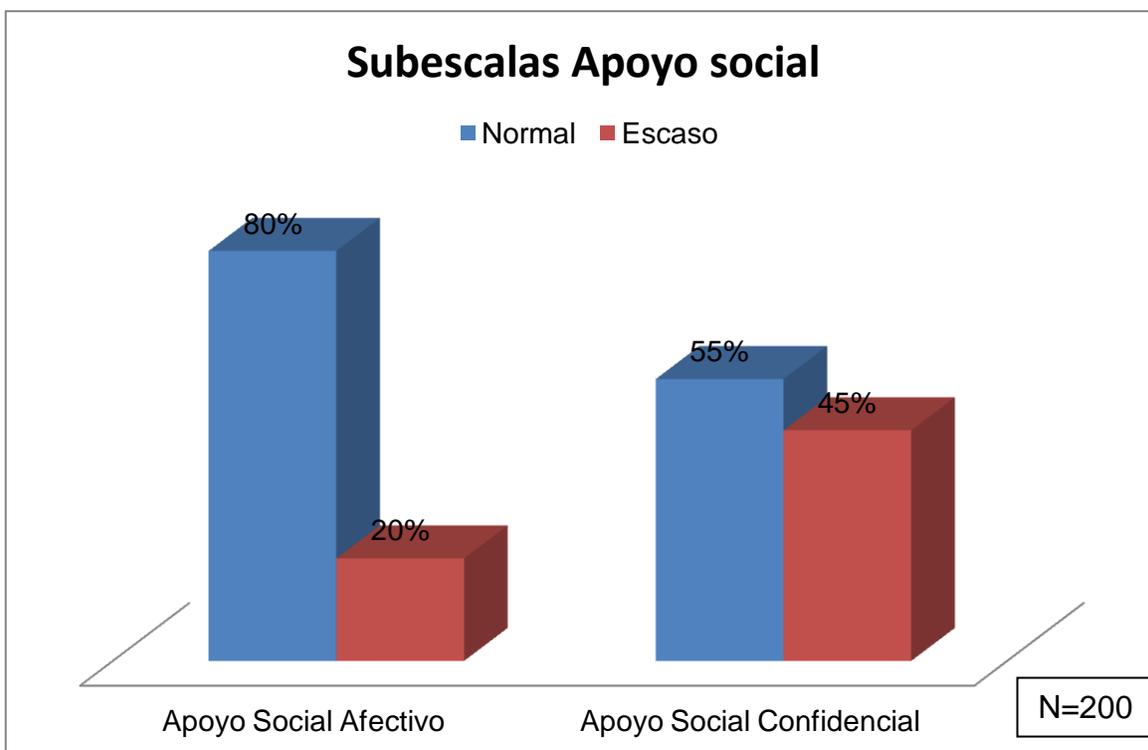
Respecto a los indicadores obtenidos sobre la percepción de apoyo social, según el cuestionario de Apoyo social funcional de Duke-UNC-11, se encontró que 69% (n=138) pacientes cuenta con apoyo social normal y 31% (n=62) presentó apoyo social escaso. (Grafico 7).

Grafica 7. Apoyo social percibido de acuerdo a cuestionario Duke-UNC-11



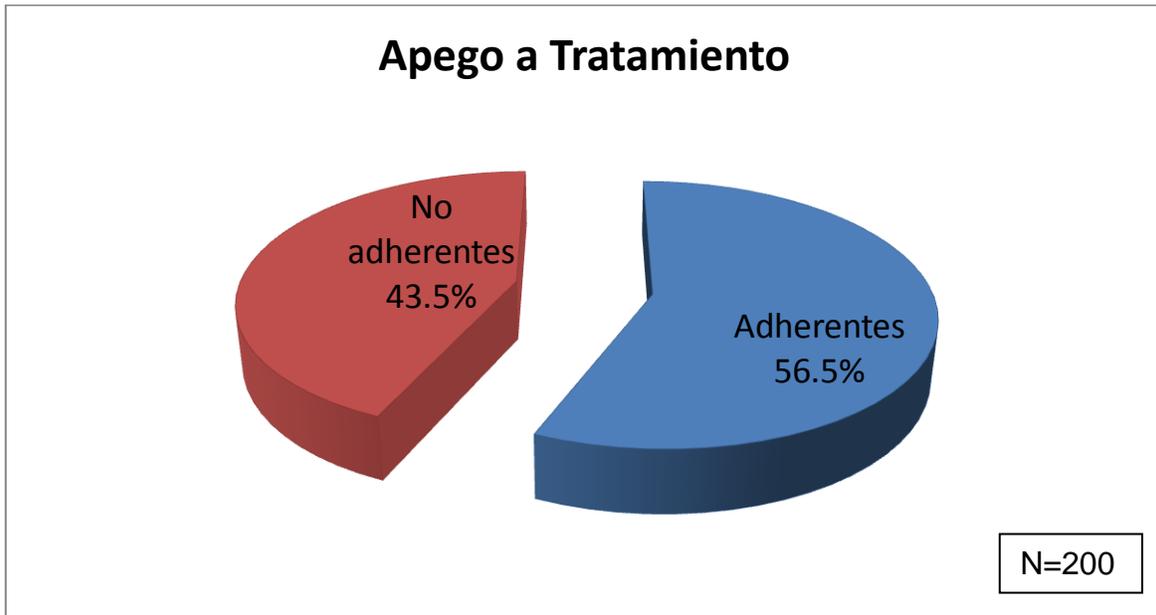
La puntuación media de la escala *DUKE-UNC-11* fue de 40,3 (DE $\pm 11,32$); y la mediana de 43.9 con un rango de 16 a 55 puntos. En la subescala de apoyo emocional o afectivo se encontró que un 80% (n= 160) pacientes cuenta con apoyo social afectivo y 20% (n=40) pacientes presentó escaso apoyo social afectivo, la media fue de 22,5 (DE $\pm 6,57$); con un rango de 6 a 30 puntos y la mediana de 24; en la subescala de apoyo social confidencial se encontró que el 55% (n=110) pacientes cuenta con apoyo social confidencial y 45% (n=90) pacientes presentó escaso apoyo social confidencial , la media fue de 18.5 (DE ± 5.06) con un rango de 7 a 25 puntos y la mediana de 19. (Grafico 8).

Grafica 8. Subescalas de Apoyo social evaluadas por Duke-UNC-11



Al evaluar la adherencia terapéutica mediante el cuestionario SMAQ, se encontró que el 56.5% (n= 113) pacientes poseen adherencia terapéutica, en contraposición de un 43.5% (n=87) de los encuestados que resultaron ser no adherentes a su tratamiento antirretroviral (Grafico 9) distribuyéndose en 50.87% (n=29) mujeres y 66.6% (n= 58) varones (Grafico 10). El principal motivo de no adherencia referido por los pacientes fue el olvido de la toma del medicamento 28,5% (n=57), seguido de dificultad horaria 18% (n= 36) (Tabla 2)(Tabla 3). Considerando el reactivo numero 5 del cuestionario SMAQ como semicuantitativa el 70% (n=140) posee un cumplimiento terapéutico del 100-95%. (Grafica 10)

Grafica 9. Adherencia Terapéutica según cuestionario SMAQ,



Grafica 10. Adherencia Terapéutica por Género,

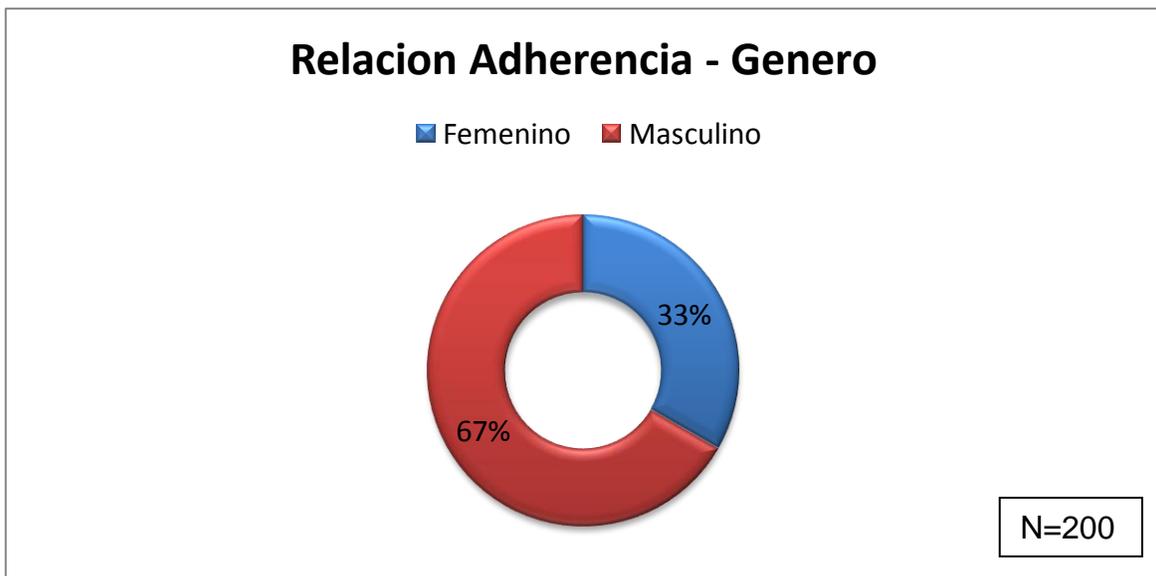


Tabla 2: Resumen Descriptivo Cuestionario SMAQ - Porcentajes

Pregunta de cuestionario	SI	NO
Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	28.5 %	71.5%
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	81.5%	18.0%
Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	11.5%	88.5%
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	10%	90%

N=200

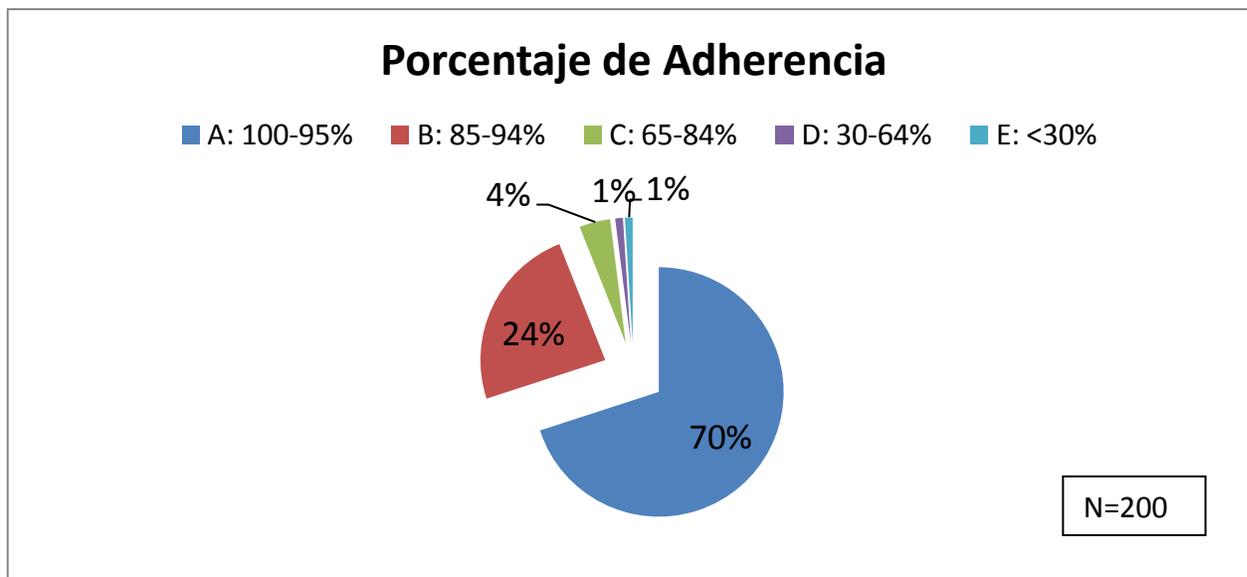
Tabla 3: Pregunta No. 5. Cuestionario SMAQ Número de Dosis no Tomadas

En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?

Ninguna	70%
1-2	24%
3-5	4%
6-10	1%

N=200

Grafico 11. Porcentaje de nivel de cumplimiento terapéutico transformando la pregunta No. 5 del cuestionario SMAQ en semicuantitativa.



N=200

En el análisis bivariado, por medio de regresión logística, se observó que los factores asociados con significancia estadística a la adherencia fueron (ver tabla 4): poseer redes de apoyo social funcional (OR 7.67, IC95% 3,85 a 15,27 $p<0,001$), así como el vivir acompañado (OR 0.69, IC95% 0.234 a 0.935, $p<0,028$) (Grafica 12). De las variables clínicas la adhesión se relaciona con la carga viral indetectable en todos los casos (OR 0.509, IC95% .293-0.882, $p<0.042$) (Grafica 13)

Tabla 4: Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral.

VARIABLE	ADHERENTE	NO ADHERENTE	OR	IC 95%	p
Redes de Apoyo Social					
Si	98(49%)	15(7.5%)	7.67	3.859-15.271	<0.001
No	40(20%)	47(23.5%)	-	-	-
Genero					
Masculino	85(42.5%)	58(29%)	0.659	.355-1.221	0.208
Femenino	28(14%)	29(14.5)			
Estado Civil					
Unidos	44(22%)	27(13.5%)	1.417	.785-2.55	0.297
No unidos	69(34.5)	60(30%)			
Orientación Sexual					
Heterosexual	62(31%)	42(21%)	1.28	0.087-2-053	0.562
Homosexual	46(23%)	39(19.5%)			
Bisexual	5(2.5%)	6(3%)			
Escolaridad					
1.Sabe leer y escribir	1(0.5%)	3(1.5%)	1.106	0.87-1.409	0.408
2.Primaria	21(10.5%)	13(6.5%)			
3.Secundaria	45(22.5%)	34 (17%)			
4.Preparatoria	23(11.5%)	26 (13%)			
5.Tecnico	10 (5%)	1 (0.5%)			
6.Profesionistas	7(3.5%)	10 (10%)			

VARIABLE	ADHERENTE	NO ADHERENTE	OR	IC 95%	p
Ocupación					
1.Hogar	14(7%)	11(5.5%)	1.066	0.895-1.066	0.472
2.Estudiante	6(3%)	1(0.5%)			
3.Tecnico	13(6.5%)	6(3%)			
4.Comerciante	7(3.5%)	10(5%)			
5.Obrero	57(28.5%)	44(22%)			
6.Profesionista	10(5%)	12(6%)			
7. Jubilado o pensionado	6(3%)	3(1.5%)			
Con quien vive					
1.Solo	36(18%)	41(20.5%)	0.525	.294-.935	0.028
2.Acompañado	77(38.5%)	46(23%)			
Años de diagnostico.					
	0				
	1				
1-5 años	67(33.5%)	51(25.5%)	1.15	.792-1.672	0.462
6-10años	32(16%)	19(9.5%)			
> 10 años	14(7%)	17(8.5%)			
Comobilidades					
1.Si	32(16%)	24 (12%)	1.037	.556-1.942	1
2. No	81(40.5%)	63(31.5%)			
Carga Viral					
1.Detectable	26 (13%)	35 (17.5%)	0.509	.293-.882	0.042
2. Indetectable	82 (41%)	49 (24.5%)			
3.No lo sabe	5(2.5%)	31.5%)			

N=200

Grafico 12. Relación existente entre apego a tratamiento y con quien reside.

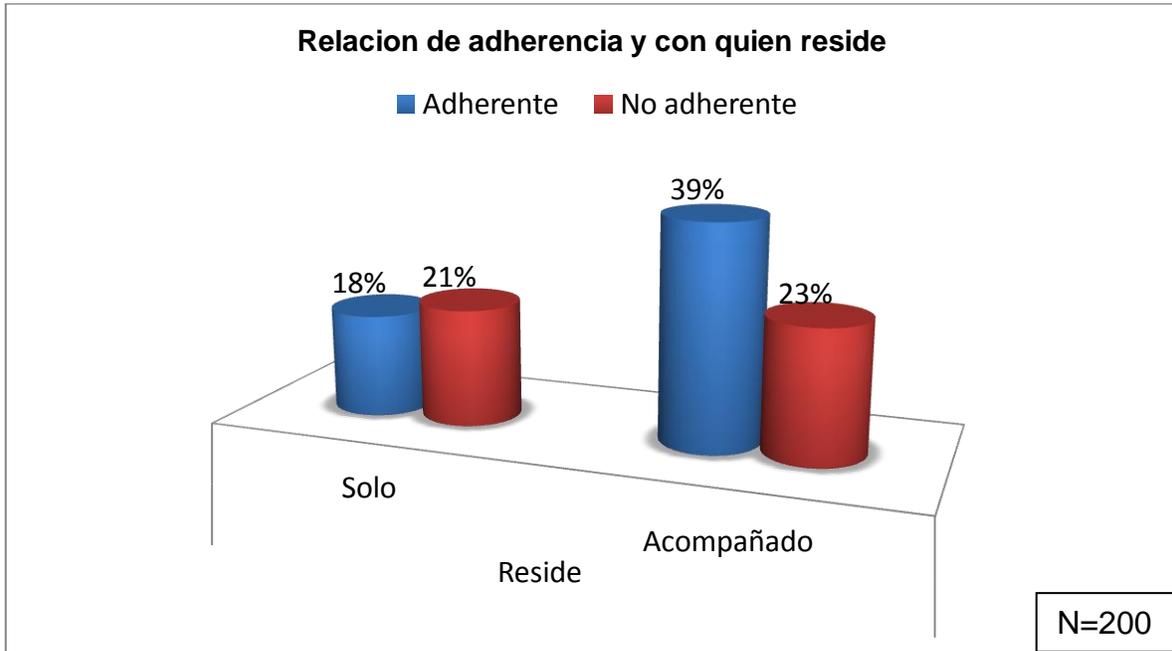
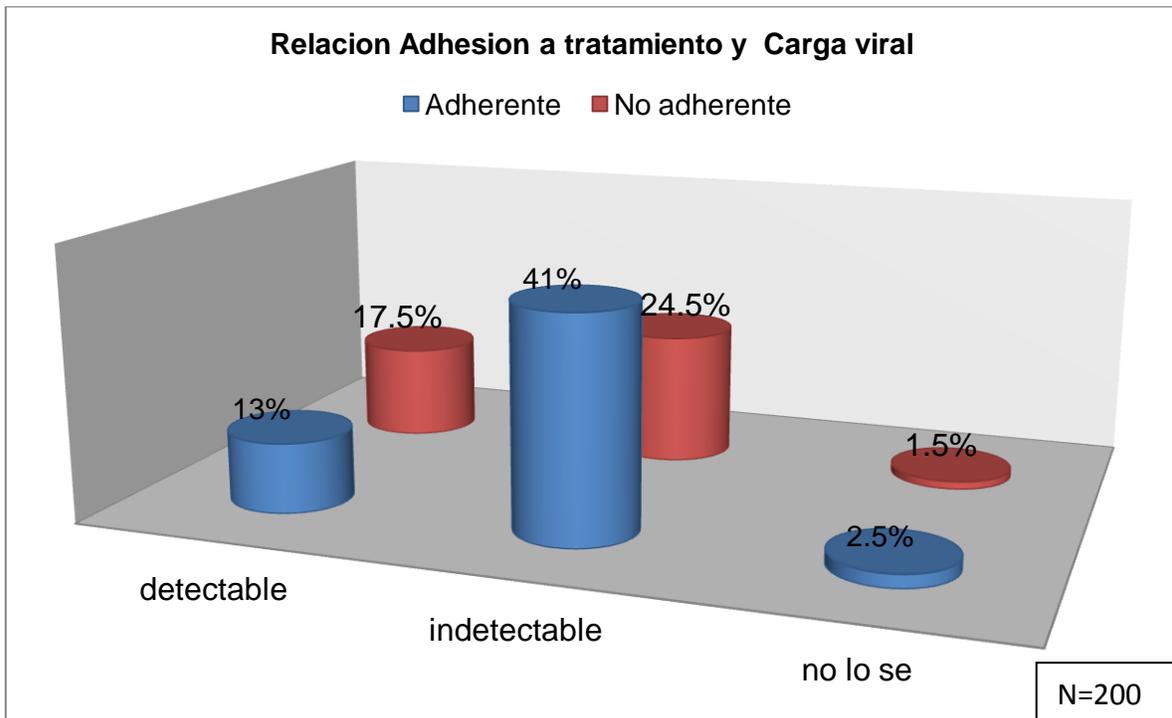


Grafico 13. Relación existente entre apego a tratamiento y carga viral.



Discusión.

En primer termino, el objetivo general del presente estudio fue determinar la relación existente entre apego a tratamiento y el apoyo social en pacientes con diagnostico de infección por VIH bajo tratamiento antirretroviral. En los análisis de correspondencia claramente se ve la relación entre la presencia de apoyo social con la alta adherencia. Lo que se vería apoyado por los hallazgos de investigaciones que hablan de la relación entre falta de apoyo social y baja adherencia terapéutica al tratamiento medicamentoso (Ballester, R, 2005; Murphy ,DA. Et al.,2004, Remor, 2002, Godillo).^{24 25,}

En segundo término, las proporciones de las variables sociodemográficas se mantienen más o menos en relación con las cifras oficiales determinada por CENSIDA 2013. Nos encontramos un grupo de estudio, con predominio de sexo masculino con un 83% en contraposición de un 82.1% a nivel nacional. Así mismo predomina la vía de contagio sexual con un 70%, manteniendo relación con el 95.1% determinado a nivel nacional.⁶

Entre los objetivos secundarios del estudio, fue determinar la prevalencia de adherencia a tratamiento, obteniendo que un 56,05% de la población posee cumplimiento terapéutico, estos valores estarían reflejando lo que en otras investigaciones se ha encontrado, reportando que solo del 50% a 80% presentan adherencia según los grupos estudiados (Alvis O, Coll L de, Chumbimune L, Diaz C, Diaz J, Reyes M, 2009) . Existen estudios donde la prevalencia encontrada es

menor (9 a 19%), probablemente debido a que son estudios longitudinales (Hinkin C, et al 2004, Berg KM et al 2004).^{16,29,30}

Existen numerosos estudios que han abordado el tema de la adherencia a los antirretrovirales, aunque cabe mencionar que han sido realizados en poblaciones con características diversas. Se ha empleado diferentes diseños de estudio y se ha cuantificado la adherencia en forma variada, por lo que debemos tener en cuenta estas diferencias al analizarlos. A pesar de los estudios realizados, no se ha establecido cuál es el método idóneo para valorar la adherencia a los antirretrovirales. En el presente estudio se empleó la auto declaración del paciente mediante cuestionario (cuestionario SMAQ), tanto por su simplicidad, costo bajo y porque es el método que ha presentado menos variación en sus resultados.

Seguidamente analizando los datos de Apoyo Social, se encontró que un 69% de la población estudiada cuenta con apoyo social funcional, coincidiendo con un 72% obtenido en población española (Cruz Troca 2003). La puntuación media al cuestionario Duke-UNC 11 fue de 40.3, igualando a la obtenida por Remor (2002) de 40.8 .^{24 26}

Según las recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS, todos los estudios de adherencia deberían considerar sistemáticamente la relación entre sus resultados de adherencia y los resultados virológicos de forma prospectiva (Knobel H et al., 2008)³¹. En Relación entre el grado de adhesión al tratamiento y la carga viral, se

fortalece la hipótesis de que aquellos pacientes que mantengan un mayor grado de adhesión al tratamiento presentarían unos menores niveles de carga viral;

Los resultados indican una correlación inversa significativa entre el grado de adhesión al tratamiento y la carga viral, obteniendo una buena correlación entre adherencia y control de la infección, medida por la carga viral. (Reyero, GC 2005).³²

Conclusiones

- ❖ La presencia de redes de apoyo social funcional normal se relaciona con adherencia a tratamiento.
- ❖ La prevalencia de apego a tratamiento fue de 56.5% por ciento
- ❖ De las variables clínicas: La adhesión, se relaciona con la carga viral indetectable en todos los casos.
- ❖ En el análisis bivariado, se observó que los factores socio demográficos asociados a la adherencia fue el vivir acompañado.
- ❖ Es el primer estudio realizado en México que analiza el apego a tratamiento y su asociación con redes de apoyo social en pacientes bajo antirretrovirales con diagnóstico de VIH.

Sugerencias

Dada la especial característica de la infección por el VIH, uno de los factores más importantes para conseguir los objetivos planteados con el tratamiento antirretroviral es la correcta adherencia al mismo; por tanto, no se deben escatimar esfuerzos ni recursos que permitan la instauración de programas que incidan en ella positivamente. En esa línea, de aspectos psicosociales relacionados, enfatizamos el apoyo social, como factor asociado significativamente al cumplimiento terapéutico, que por lo tanto deberá ser considerada si se quiere implementar estrategias que mejoren la adhesión de los pacientes seropositivos en un futuro.

En concreto, las estrategias incluirían el desarrollo de programas cuyo objetivo fuera: a) buscar alianza con familia y allegados; b) conocer necesidades sociales; c) reclutar organizaciones comunitarias; d) educación intensiva, y e) explicaciones claras, comprensibles y adaptadas a sus dudas.

Bibliografía

- 1.Soto Ramirez LE. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. Rev Invest Clín. 2004; Vol. 56(2):143-152
- 2.Cock KM de, Adjorlolo G, Ekpini E, Sibailly T, Kouadio J, Maran M, et al. Epidemiology of HIV-2. Why there is no HIV-2 pandemic. JAMA. 1993; Nov 3;270 (17):2083-2086.
- 3.Cock KM de, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. AIDS. 2012; 26(10):1205-1213.
- 4.ONUSIDA. (Monografía en Internet) Informe Mundial ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 (accesado 30 Jul 2014) . (270 paginas) Disponible en:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
5. Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Río-Zolezzi A del, Loo-Méndez E, Magis-Rodríguez C, Salcedo-Alvarez RA. Epidemiology of AIDS-HIV in Mexico, 1983- March 1995. Salud Publica Mex.1995;(37):556-571.
6. Centro Nacional para Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA).Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en Mexico Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 30 Junio de 2013. (consulta mayo 2014) disponible en: www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2013.pdf
7. Magis-Rodriguez C, Bravo Garcia E, Uribe Zuñiga P. Dos décadas de la epidemia de SIDA en Mexico; 2003.CENSIDA.(consultado junio 2014) (16 paginas) Disponible en: www.ssa.gob.mx/consasida/
8. Brouwer KC, Strathdee SA, Magis-Rodríguez C, Bravo Garcia E, Gayet C, Patterson TL, et al. Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. J Urban Health. 2006; 83(2):299-307.
9. Secretaría de Salud Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Centro Nacional para Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA) Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH México 2012 (consulta mayo 2014) (168 paginas) disponible en: www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/GUIA_ARV_2012.pdf.
10. Guía de referencia Rápida, Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección con VIH (en línea) GRR.(accesado agosto 2014) (13 paginas) Disponible en: www.cenetex.salud.gob.mx/./IMSS-196-10-GRR_tratamiento_ARV

11. Morán Subía KE, Olivares Murillo MA. Estudio comparativo de la relación entre calidad de vida y el tratamiento antirretroviral en las persona viviendo con VIH/ SIDA (Tesis de Grado) Universidad de Guayaquil Ecuador 2009.
12. Patterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester, Vergis EN, Squier C, Wagener M, Singh N . Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Ann. Intern. Med.* 2000; 133 (1): 21-30.
13. Altice FL , Friedland GH. The Era of adherence to HIV Therapy. *Annals of Internal Medicine.* 1998; 19(3): 503-505
14. Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cub Sal Púb.* 2004; 30(4): 88- 96.
15. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (documento OMS traducido) Ginebra 2004 . p 1-11; 99-111. (accesado agosto 2014) Disponible en: www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/Adherencia-largo-plazo.pdf.
16. Alvis O , Coll L de, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M, Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida, *An Fac med.* 2009; 70(4): 266-72
17. Muñoz Muñoz N, Castillo Fernández SS del .Adherencia al tratamiento antirretroviral. Caso Clínico Farmacoterpia de la infección por VIH (accesado agosto 2014) (12 paginas). Disponible en: www.sefh.es/.../casosvih/CASO4_ADHERENCIA.pdf.
18. Estrada JH, Martínez A, Abadía CE. Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con vih. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2008; 26(2): 134-142.
- 19.Emamzadeh-Fard S, Fard SE, SeyedAlinaghi S, Paydary K. Adherence to Anti-Retroviral Therapy and It Determinants in HIV/AIDS Patients: A Review *Infectious Disorders – Drug Targets.* 2012; 12 : 346-356
20. Stone VE, Mayer K H, Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. *HIV / AIDS CID .* 2001; 33: 865- 872
21. Rodríguez Martínez A , Pinzón Pulido SA , Máiquez Pérez A , Herrera Jáimez, J, Benito Torrente M de, Cuesta Ortiz E . ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?. *Medicina de Familia.* 2004; Vol. 5, (1) : 16-26

22. Peñarrieta MI, Kendall T, Martinez N, Rivera AM, Gonzales N, Flores F, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, Mexico. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26(3): 333-37
23. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985; 98(2): 310
24. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Psicothema*. 2002; Vol. 14 (2): 262-267
25. Ballester R. Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2005; 10: 53-69
26. Murphy DA, Marelich WD, Hoffman D, Steers WN. Predictors of antiretroviral adherence. *Aids Care*. 2004; 16 (4): 471-484
27. Ballester R, Campos A, Garcia S, Reynoso I. Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. *Psicología Conductual*. 2001; 9: 299-322.
28. Gonzales Ramirez MT, Piña Lopez JA, Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en persona con VIH: Modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas psychologica* (en línea) 2011, 10 (mayo-agosto) Fecha de consulta: (30 oct 2014) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722451007> ISSN 1657-9267
29. Hinkin C, Hardy D, Mason K, Castellón S, Durvasula R, Lam M, et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*. 2004;18(1):19-25.
30. Berg KM, Demas PA, Howard AA, Schoenbaum EE, Gourevitch MN, Ar nsten JH. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*. 2004;19(11):1111-7.
31. Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martin-Conde MT, Casado JL, et al. Recommendations from GESIDA /SEFH /PNS to improve adherence to antiviral treatment (2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005 Apr;23 (4):221-31.
32. Reyero GC. Sida: factores psico-sociales en la adherencia al tratamiento. *Actualizaciones en SIDA*. 2005;13(48):43-55. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/site/secciones/publicaciones/actualizaciones/pdfs/48/Reyero.pdf>.
33. Álvarez-Valdés MVG, Cruz Troca JJ. Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la Psicología. *Psicotherma* 2003; 15 (2): 227-233.

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (Realizada por investigador).

FOLIO: _____

01.- EDAD: _____ años.

02.- ESTADO CIVIL _____ 1.-Soltero (a) 2.-Casado (a) 3.-Union libre 4.- Viudo(a)
5.-Divorciado (a)

03.- GENERO: _____ 1.- Femenino 2.- Masculino

04.- ESCOLARIDAD: _____ 1. Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria
4.Preparatoria 5.Tecnico 6. Profesionista.

05.- OCUPACION: _____ 1. Hogar 2. Estudiante 3. Técnico 4. Comerciante 5.
Obrero 6. Profesionista 7. Jubilado y pensionado.

06.- ORIENTACION SEXUAL: _____ 1.- Heterosexual 2.- Homosexual 3.-
Bisexual

07.- CON QUIEN VIVE: _____ 1. Solo 2. Pareja 3. Amigos 4. Padres.

08.- TIEMPO QUE TIENE DE DETECCION DE VIRUS VIH _____ Años.

09.- VIA DE CONTAGIO : _____ 1.- Sexual 2.-Trasfusión de sangre 3. Usuario de
drogas 4. No lo sabe

10.- FAMILIAR QUE SABE SOBRE TU DIAGNOSTICO. _____
1. Padre 2.Madre 3.Hijo (a) 5.Hermano (a) 6. Pareja 7. Otros.

11.- ¿PADECE USTED ALGUNA OTRA ENFERMEDAD? _____
1. SI 2. NO 3. No sabe

12.- PADECE USTED DIABETES? _____ 1) Si 2) No 3) No sabe

13.- PADECE USTED HIPERTENSION ARTERIAL ? _____
1) Si 2) No 3) No sabe

14.- PADECE USTED HERPES ? _____ 1) Si 2) No 3) No sabe

15.- PADECE USTED SIFILIS? _____ 1) Si 2) No 3) No sabe

16.- PADECE USTED CONDILOMAS? _____ 1) Si 2) No 3) No sabe

17.- PADECE USTED TUBERCULOSIS? _____ 1) Si 2) No 3) No sabe

18.- PADECE USTED COCCIDIOMICOSIS? _____ 1) Si 2) No 3) No sabe

19.- OTRAS. 1) SI 2) NO.

20.- ¿ACUDE REGULARMENTE A SUS CITAS DE CLINICA DE VIH? _____

1.- SI 2.-NO

16.- CARGA VIRAL _____

- 1) DETECTABLE
- 2) INDETECTABLE
- 3) DESCONOCE

ANEXO 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION DE VARIABLE
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos del nacimiento actual.	CUANTITATIVA	Años cumplidos.
ESTADO CIVIL	Condición de la persona en relación a obligaciones civiles.	Condición de soltero, viudo, casado, etc, de una persona.	CUALITATIVO Ordinal	1.-Soltero (a) 2.-Casado (a) 3.-Union libre 4.- Viudo(a) 5.-Divorciado (a)
GENERO	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.	Diferencia orgánica entre lo femenino de lo masculino.	CUALITATIVO Ordinal	1) Femenino 2) Masculino
ESCOLARIDAD	Grado de estudios, adquiridos en un área docente.	Nivel de preparación académica.	CUALITATIVO Ordinal	1. Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4.Preparatoria 5.Tecnico 6. Profesionista.
OCUPACION.	Empleo u oficio que realiza una persona.	Actividad a la que se dedican las personas.	CUALITATIVO Ordinal	1. Hogar 2. Estudiante 3. Técnico 4. Comerciante 5. Obrero 6. Profesionista 7. Jubilado y pensionado.
ORIENTACION SEXUAL	Inclinación por un sexo determinado	Elección por un sexo en especial.	CUALITATIVO Ordinal	1.- Heterosexual 2.- Homosexual 3.-Bisexual
CON QUIEN VIVE.	Habitar o morar con una persona.	Sujeto con quien comparte un hogar.	CUALITATIVO Ordinal	1. Solo 2. Pareja 3. Amigos 4. Padres.
TIEMPO DE DETECCION VIH.	Acción y efecto de detectar.	Años transcurridos desde su diagnostico.	CUANTITATIVO	Años transcurridos.

VIA DE TRASMISION	Forma de transmitir una enfermedad a una persona sana.	Medios para infectar a una persona sana.	CUALITATIVO Ordinal	1.- Sexual 2.-Trasfusión de sangre 3. Usuario de drogas 4. No lo sabe
FAMILIAR O PERSONA QUE CONOCE SOBRE SU DIAGNOSTICO.	Persona física que posee conocimiento de su patología.	Personas físicas 1. Padre 2. Madre 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Pareja 6. Otros.	CUALITATIVO. Ordinal	7. Padre 8. Madre 9. Hijo (a) 10. Hermano (a) 11. Pareja 12. Otros.
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD.	Poseer alguna patología que altere de la salud en general.	Presencia o ausencia de enfermedad.	CUALITATIVA Nominal Dicotómica	1. SI 2. NO.
DIABETES	Conjunto de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia	Presencia o ausencia de diabetes	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.
HIPERTENSION	Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.	Presencia o ausencia de hipertensión arterial.	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.
HERPES	Enfermedad causada por virus, caracterizada por la formación de pequeñas vesículas o ampollas,	Presencia o ausencia de herpes.	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.

SIFILIS	Enfermedad de transmisión sexual, producida por bacteria, produce lesiones cutáneas ulcerosas en los órganos sexuales.	Presencia o ausencia de sífilis.	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.
CONDILOMAS	Infección de transmisión sexual, caracterizada por verrugas genitales, causada por virus del papiloma humano.	Presencia o ausencia de condilomas	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.
TUBERCULOSIS	Enfermedad infecciosa del hombre y animales causada por bacterias del genero Mycobacterium.	Presencia o ausencia de tuberculosis.	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.
COCCIDIOMICOSIS.	<u>Coccidiomicosis:</u> Es una enfermedad causada por la inhalación de esporas del hongo coccidioides immitis	Presencia o ausencia de coccidiomicosis	Cualitativa Ordinal	1.Si 2.No 3.No sabe.
ACUDE REGULARMENTE A SUS CITAS MEDICAS .	Asistir con frecuencia a sus citas medicas.	Asiste o no asiste regularmente a citas me.	CUALITATIVA. Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
CARGA VIRAL	Cuantificación de la infección por virus, útil para el control terapéutico.	Estimación de la cantidad de partículas virales en plasma.	CUALITATIVO	1.Detectable 2.Indetectable 3.Desconoce

ANEXO 3. Instrumentos de Medición.

TABLA 1. CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.	SI	NO
1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En la ultima semana ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis? A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: mas de 10		
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomo la medicación? Días_____		

Se considera **paciente no adherente** cuando este responde a la pregunta 1: si; a la pregunta 2: si; a la pregunta 3: no; pregunta 4: si; a la pregunta 5: C, D o E; y a la pregunta 6: más de 2 días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa: A: 100-95% cumplimiento terapéutico; B: 85-94% cumplimiento terapéutico; C: 65-84% cumplimiento terapéutico; D: 30-64% cumplimiento terapéutico; y E: < 30% cumplimiento terapéutico

TABLA 2. CUESTIONARIO DE DUKE-UNC-11

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal en el espacio que mas se acerque a su situación.

<u>CIRCUNSTANCIA</u>	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1c. Recibo visitas de mis amigos y familiares.	1	2	3	4	5
2a. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1	2	3	4	5
3a. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
4c. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede.	1	2	3	4	5
5a. Recibo amor y afecto.	1	2	3	4	5
6c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas de casa.	1	2	3	4	5
7c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5
9a. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras persona.	1	2	3	4	5

10c. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1	2	3	4	5
11a. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1	2	3	4	5

TOTAL c TOTAL a TOTAL

TABLA DE VALORES DUKE-UNC-11

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO.
APOYO TOTAL	55	32	11
PERCIBIDO			
APOYO	25	15	5
AFECTIVO			
APOYO	30	18	6
CONFIDENCIAL.			

INTERPRETACION.

APOYO TOTAL PERCIBIDO: ≤ 32 (ESCASO APOYO SOCIAL) ≥ 33 APOYO

NORMAL

APOYO AFECTIVOS: ≤15 ESCASO APOYO ≥ 16 NORMAL

APOYO CONFIDENCIAL: ≤18. ESCASO APOYO ≥ 19 NORMAL

ANEXO 4 . CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

TIEMPO	Marzo2013 – Septiembre 2014.	Octubre 2014.	Noviembre 2014.	Diciembre 2014.	Enero 2015	Febrero 2015.
ELABORACION DE PROTOCOLO	X					
REVISION DE PROTOCOLO POR COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION .		X				
CAPTURA DE DATOS			X	X		
ANALISIS DE DATOS Y DISCUSION.					X	
ENTREGA.						X

Realizado: X

No Realizado: O

ANEXO 5 . COSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>"Correlación entre redes de apoyo social y el apego a tratamiento antirretroviral en pacientes con vih"</i>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Tijuana, Baja California a ____ de febrero de 2014
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar la importancia de la presencia de redes de apoyo social en pacientes bajo tratamiento antirretroviral, para que la adherencia al tratamiento sea exitosa y, por ende, optimizar la calidad de vida de los pacientes. Objetivo: Evaluar la relación existente entre apego a tratamiento y el apoyo social funcional en paciente con diagnostico de infección por VIH, bajo tratamiento antirretroviral.
Procedimientos:	Se aplicarán 2 encuestas para determinar si existe apego a tratamiento y redes de apoyo social.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación de encuestas no conlleva riesgos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento sobre su grado de adherencia a tratamiento y presencia de redes de apoyo social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Inmediatamente posterior a la contestación del cuestionario se le entregará el resultado.
Participación o retiro:	Usted tiene la plena libertad de participar en la presente investigación, así como rechazar su participación, sin afectación a la atención que usted recibe.
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad sobre la información que se recabe.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica dado no se solicita información personal.
Beneficios al término del estudio:	Respaldar, un futuro financiamiento a programas de apoyo social orientados a aumentar el cumplimiento terapéutico.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dr. Alan Didier Santos Peña
Colaboradores:	Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Sonia Judith Franco Esquivel
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013