UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN DEL APOYO SOCIAL CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON VIH.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ERIKA PATRICIA BALDERAS MEDINA

DIRECTORA: DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ

REVISOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SINODALES:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

DR. ARIEL VITE SIERRA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

Facultad de Psicología

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Reconocimientos **4**

Resumen **5**

Abstract **6**

Antecedentes **7**

Método **23**

Participantes 23

Escenario 24

Diseño 25

Variables e instrumentos 25

Recolección de datos 31

Análisis estadístico 31

Resultados **33**

Discusión **59**

Limitaciones 65

Conclusión **67**

Referencias **69**

Anexos **79**

Reconocimientos

A mamá Toñita, el núcleo de mi familia. Por siempre preocuparte por mí, por tu infinito cariño y por tus regaños cuando han sido necesarios.

A mis padres, Patricia y Juan, por procurarme y cuidarme. Esto es una manera de agradecer todo lo que han hecho por mí. Gracias por preocuparse y querer siempre lo mejor para mí. Los quiero muchísimo.

A Eduardo, por impulsarme a dar lo mejor de mí, por tu confianza, por enseñarme la importancia de siempre hacer lo correcto. Me has enseñado a ver la vida con otros ojos. Te amo.

A mis grandes amigos Laura Rojas y César Corona, conocerlos ha sido increíble. Admiro la dedicación y pasión con la que hacen las cosas. Muchísimas gracias por apoyarme, por las palabras de aliento y confiar en mí (incluso cuando ni yo lo hago), por las pláticas y por siempre estar cuando los he necesitado. Los quiero muchísimo.

A mis amigos/colegas de la facultad: Yess, Lucero, Fernanda, Viridiana, Liliana, Samanta, Alfonso y mis compañeros de LAEC, por los buenos momentos que pasé con todos ustedes. Definitivamente hicieron mis días en la universidad menos estresantes. De ustedes me llevo un gran aprendizaje.

A mi directora de tesis, la Dra. Nancy Caballero, muchas gracias por tu apoyo durante la elaboración de este trabajo, toda la paciencia, todo lo que me has enseñado durante mi estancia en el CIENI y por hacerme sentir parte del equipo desde el primer día.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por sus increíbles clases, por su apoyo cuando tenía miedo de adentrarme en un nuevo campo de conocimiento. Admiro la pasión que transmite en su trabajo y la disponibilidad que tiene para ayudar a sus alumnos. Mis respetos por su labor.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por sus clases y por los valiosos comentarios sobre este trabajo. Al Dr. Ariel Vite y al Dr. Samuel Jurado por sus valiosos comentarios y correcciones.

A todos los que me apoyaron durante mi estancia en el CIENI: Ivonne, Ester, Rosa, Uriel, Graciela y Lydia.

A la UNAM y a la Facultad de Psicología por ser los mejores lugares para obtener el conocimiento y las herramientas necesarias para mi formación profesional y personal.

Resumen

Antecedentes: Existe evidencia de que el apoyo social en PVVs (Personas Viviendo con VIH/sida) puede ayudar a amortiguar las reacciones hacia diversos estresores, a la capacidad de adaptarse y vivir con la enfermedad, y mejorar las conductas de salud. Algunos estudios muestran que existe una relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de las PVVs, sin embargo, la investigación en población mexicana es escasa y las variables se han estudiado por separado, por lo que no se sabe si estas variables se comportan de la misma manera. ***Objetivo:*** Identificar la relación del apoyo social con la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida en personas con VIH. ***Método*:** Se realizó un estudio transversal, no experimental, correlacional, en el que se incluyeron 67 pacientes atendidos en el servicio de psicología del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER). Las variables se midieron a través del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) y del Medical Outcome Survey-HIV (MOS-HIV). Los resultados se analizaron mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes. ***Resultados:*** Se encontraron diferencias significativas entre la ausencia/presencia de Apoyo Emocional y los puntajes de Cumplimento de tratamiento ($z = -2.147$; $p < .05$), Antecedentes de falta de tratamiento ($z = -3.364$; $p < .01$), Relación Médico-Paciente ($z = -1.970$; $p < .01$) y la dimensión de calidad de vida Función Cognitiva ($z = -2.752$; $p < .01$). Así como entre la ausencia/presencia de Apoyo Económico y los puntajes de las dimensiones de calidad de vida Función Física ($z = -2.152$; $p < .05$), Función de Rol ($z = -2.240$; $p < .05$), Función Social ($z = -2.373$; $p < .01$). ***Conclusión:*** El apoyo social es una variable que se relaciona con la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en PVVs; por lo que es una variable que debe ser considera en el diseño de intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Palabras clave: VIH-sida, Apoyo social, Adherencia al tratamiento antirretroviral, Calidad de vida.

Abstract

Background: There is evidence that social support in PLWHA (People Living with HIV/AIDS) can help to face to various stressors, to improve the ability to adapt and live with the disease, and to improve health behaviors. Some studies show that there is a relationship between social support and treatment adherence and quality of life of PLWHA, however, there is a lack information in Mexican population and these variables have been studied separately, so we do not know if these variables behave in the same way. ***Objective:*** To identify the relationship of social support with adherence to antiretroviral treatment and quality of life in PLWHA. ***Method:*** Cross-sectional, non-experimental, and correlational study was carried out, 67 patients attended in the psychology service of the Center of Research in Infectious Diseases (CIENI) of the National Institute of Respiratory Diseases "Ismael Cosío Villegas" (INER) were included. Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Treatment (CEAT-HIV) and the Medical Outcome Survey-HIV (MOS-HIV) were used to measurement the variables. The results were analyzed using the nonparametric Mann-Whitney U test for independent samples. ***Results:*** Significant differences were found between absence/presence of Emotional Support and Treatment compliance scores ($z = -2.147$, $p < .05$), Lack of treatment history ($z = -3.364$, $p < .01$), Physician-Patient Relationship ($z = -1.970$; $p < .01$) and the quality of life dimension Cognitive Function ($z = -2.752$; $p < .01$). As well as between the absence/presence of Economic Support and the scores of the quality of life dimensions Physical Function ($z = -2.152$; $p < .05$), Role Function ($z = -2.240$; $p < .05$), Function Social ($z = -2.373$; $p < .01$). ***Conclusions:*** Social support seems to be a variable that affects adherence to treatment and quality of life in PLWH; so, it is a work area for health professionals.

Key words: HIV-AIDS, Social support, Antiretroviral treatment adherence, Quality of life.

Antecedentes

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), tiene su origen en un tipo de chimpancé de África Central, apareciendo a finales del siglo XIX. Se cree que el Virus de Inmunodeficiencia Simia (VIS) se transmitió a los humanos al estar en contacto con sangre infectada (por prácticas de caza) y este mutó a VIH. Este virus comenzó a presentarse en Estados Unidos a finales de la década de los 70 (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, CDC por sus siglas en inglés Centers of Disease Control and Prevention, 2018), en México se tiene el registro del primer caso de VIH en el año 1983 (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, CENSIDA, 2015).

Este virus infecta a las células del sistema inmune, alterando o anulando su función, específicamente destruye a los linfocitos CD4, responsables de controlar y prevenir gran cantidad de enfermedades. Conforme avanza la enfermedad el recuento de CD4 puede ser tan pequeño que permite que se presenten diversas infecciones, síntomas y complicaciones. Se considera que el sistema inmune es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de luchar contras infecciones y enfermedades (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016). La velocidad con la que la cuenta de CD4 disminuye variará entre las personas, dependiendo de diversos factores como las características genéticas, rasgos del virus, la cantidad de virus en la sangre (carga viral o CV), entre otros.

Con ayuda del recuento de CD4 y la CV puede conocerse el estado del sistema inmune y la efectividad del tratamiento antirretroviral (TAR), este último es una combinación de diversos medicamentos encargado de detener la replicación del virus y suprimir la CV a indetectable (Gallant, 2009). La infección por VIH es una enfermedad crónica controlable gracias al TAR, por lo que el tomarlo adecuadamente permite alcanzar y mantener la CV indetectable, pero no la cura. Este

tratamiento disminuye la CV, y permite que el conteo de células CD4 aumente, lo que disminuye el riesgo de morir a causa de alguna enfermedad relacionada al Sida. Además, el riesgo de transmitir el virus a otras personas también disminuye (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, 2017).

Actualmente existe una clasificación vigente de las etapas de la enfermedad causada por este virus, establecida por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 1992), estas se definen con base en la sintomatología y recuento de CD4:

- Etapa de infección aguda: Se caracteriza por la presencia de sintomatología parecida a una gripe, esto ocurre dentro de las primeras cuatro semanas después de infectarse por el virus. La cantidad de CD4 presentes en el cuerpo es de 500 o más copias por microlitro de sangre.
- Etapa crónica: En esta fase el virus sigue activo pero las personas pueden o no presentar algunos síntomas relacionados al virus. En personas que no se encuentran bajo tratamiento, esta fase puede durar varios años, pero en otras puede avanzar con rapidez. Durante esta etapa todavía se puede transmitir el virus, aunque quienes se mantienen bajo TAR tienen menos posibilidades de transmitirlo. Al final de esta etapa la CV aumenta y el recuento de CD4 puede permanecer entre 200 a 499 copias por microlitro de sangre.
- Etapa de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida): Las personas en esta etapa tienen un sistema inmune muy débil ya que cuentan con menos de 200 copias de linfocitos CD4. Esta etapa puede tardar en manifestarse de 5 a 10 años. Las personas con Sida pueden presentar alguna de las siguientes enfermedades oportunistas: neumonía, candidiasis, herpes, tuberculosis, virus de papiloma humano, Sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis cerebral,

etc. (Agudelo-González, Murcia-Sánchez, Salinas, & Osorio, 2015; Lasso, 2011).

Las formas de transmisión del VIH son: tener relaciones sexuales sin protección (vaginales, anales u orales) con una persona con VIH, transfusión de sangre infectada o el uso compartido de agujas, jeringas u otros instrumentos punzantes.; así mismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Este virus se trasmite a través del intercambio de determinados fluidos corporales de la persona con VIH, como la sangre, la leche materna, líquido preeyaculatorio, el semen o las secreciones vaginales (OMS, 2016, 2017).

La Organización de las Naciones Unidas informó que, en el 2016, 36.7 millones de personas vivían con VIH, de las cuales 34.5 millones eran adultos, 17.8 millones eran mujeres mayores de 15 años y 2.1 millones eran niños menores de 15 años. A nivel mundial en el 2016, 1.8 millones de personas contrajeron la infección por VIH, y en el mismo año, en el mundo, 1 millón de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el Sida. Desde el inicio de la epidemia causada por el VIH se han reportado 35 millones de personas fallecidas a causa de enfermedades relacionadas con este síndrome (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, ONUSIDA, 2017).

En México, las últimas estadísticas mostraban que en el 2016 había 210,000 personas viendo con VIH y Sida (166,000 hombres y 44,000 mujeres). En ese mismo año, se reportaron 11,000 casos nuevos diagnosticados de VIH/Sida. Los estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados con VIH, en 2017 fueron Tabasco, Campeche, Yucatán, Veracruz y Colima. Los grupos principalmente afectados por este virus son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectadas (UDI), trabajadores sexuales, personas transgénero, transexuales y travestis (CENSIDA, 2015, 2016, 2017).

Las PVVs (Personas Viviendo con VIH/sida) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y

psicológicos los cuales se convierten en un riesgo para su salud física y mental (Ahumada, Escalante & Santiago, 2011). La infección por VIH trae consigo diversos desafíos para las PVVs debido al cambio en el desarrollo de nuevos tratamientos, al estigma asociado a la infección (Remien & Rabkin, 2001), a la incertidumbre y sentimientos de inseguridad sobre el temor del futuro, además de su preocupación por la calidad y esperanza de vida, así como por el resultado del tratamiento y la reacción de la sociedad (Fabianova, 2011).

Entre los problemas de salud mental más frecuentes en PVVs se encuentran: trastorno de estrés postraumático, ansiedad (asociada a muerte), depresión (Safren, Gershuny & Hendriksen, 2003), consumo de sustancias (Pence, Miller, Whetten, Eron, & Gaynes, 2006), ideación suicida y problemas conductuales (Smith Fawzi et al., 2016). Además, las PVVs experimentan estigma y discriminación asociada a la enfermedad. Entre los estigmas más comunes hacia las personas con VIH se encuentran los siguientes: que tienen conductas de riesgo relacionadas con el sexo, el alcohol y el uso de sustancias, que no viven por mucho tiempo, deben ser evitadas, lucen diferente y que el virus se transmite por medio de actividades de la vida cotidiana (Nachega et al., 2012).

Debido a la reacción que la sociedad tiene ante una enfermedad el interés por estudiar la relación entre el apoyo social y la salud ha aumentado, ya que se ha encontrado que es un factor importante en el funcionamiento del sistema inmune, endocrino y cardiovascular. Puede beneficiar la salud amortiguando el estrés, influyendo en los estados afectivos y/o cambiando los comportamientos; también influye en la capacidad de adaptarse y vivir con la enfermedad. La asistencia y el apoyo de amigos y familiares promueven la adherencia, mejora las conductas de salud del paciente y brinda asistencia práctica (Bekele et al, 2013).

El apoyo social se define como los recursos provistos por personas (Jankowski, Videka-Sherman & Laquidara-Dickinson, 1996), es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas que se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos, proporcionando ayuda simbólica o material (Muñoz 2000, citado en Vega & González, 2009). El apoyo social también se refiere a la ayuda diaria y garantías que amigos, familiares, colegas y otros dan hacia una persona a lo largo de su vida, que puede afectar tanto la salud física como la mental (Leach, 2015).

El apoyo social puede clasificarse en cuatro tipos de actos de apoyo:

- Apoyo Emocional: Involucra cuidado, amor y empatía (Sherbourne & Stewart, 1991).
- Apoyo informativo/cognitivo: Es una guía o retroalimentación que puede proporcionar solución a un problema (Sherbourne & Stewart, 1991).
- Apoyo tangible o instrumental: Es la prestación de ayuda tangible y de servicios que ayudan directamente a una persona necesitada (Heaney & Israel, 2008).
- Apoyo de evaluación: Provisión de información útil para fines de autoevaluación, en otras palabras, retroalimentación y afirmaciones constructivas (Heaney &Israel, 2008).

El contar con apoyo es importante para las personas con VIH ya que puede ayudar a las personas y a sus cuidadores a hacer frente con mayor eficacia a cada etapa de la infección y tener mejor calidad de vida. Con adecuado apoyo las PVVs son más propensas a responder adecuadamente al estrés y disminuyen la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos. La infección por VIH puede resultar en pérdidas socioeconómicas, de empleo, de ingresos, limitación en cuidados de salud y movilidad. Para el paciente como para su familia el contar con apoyo psicosocial puede resultar en que las personas tomen

decisiones informadas, afronten mejor la enfermedad y traten de manera más efectiva la discriminación (OMS, S/F).

El apoyo social se ha estudiado en personas con VIH por medio de cuestionarios ad hoc a los propósitos de las investigaciones, y con el uso de cuestionarios estandarizados, los dos más usado son el Medical Outcome Survey-Social Support (MOS-SS) (Sherbourne & Stewart, 1991), que cuenta con validación en población mexicana (Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez & Riveros, 2014), el cual mide el apoyo emocional/informativo, apoyo afectivo, apoyo tangible e interacción social positiva, además permite conocer la red familiar y extrafamiliar. Otro cuestionario usado para evaluar esta variable es el DUKE-UNC-11 (Broadhead et al, 1988), cuya validación en población mexicana fue realizada por Piña y Rivera (2007), este cuestionario evalúa apoyo social afectivo y apoyo social de confianza.

Se ha encontrado que cuando las PVVs cuentan con una fuerte red de apoyo social, les ayuda a tener una mejor salud mental (Reich, Lounsbury, Zaid-Muhammad, & Rapkin,2010), ya que presentan menores niveles de depresión y ansiedad (Asante, 2012), también experimentan menos estigma y es más probable que compartan su diagnóstico con otras personas (Smith, Rossetto, Peterson, 2008).

En un estudio realizado en Cuba con pacientes diagnosticados con VIH, se encontró que el 81% de los pacientes estudiados presentaban necesidad de apoyo emocional, seguido de la necesidad de compañía de otras personas (76.2%). Los autores de este estudio afirman que los pacientes experimentaban una marcada necesidad de apoyo afectivo, de cariño y de estima brindado por familiares, amistades y otros grupos. También se obtuvo que el 90.5% de los pacientes percibió a la familia como principal fuente proveedora de apoyo y que sólo 47.5% de los pacientes consideraron a los profesionales de la salud como fuente de apoyo, lo cual se asocia a la creencia de que no existe confidencialidad de su diagnóstico (Vilató, Martín & Pérez, 2015).

En población mexicana, en su mayoría mediante cuestionarios ah hoc, se ha encontrado que el 64.70% de los pacientes con VIH cuentan con apoyo social, mientras que el 76.4% cuentan con apoyo familiar (Vera & Estrada, 2004). El apoyo mayormente recibido por los pacientes es el apoyo material, seguido del apoyo emocional y finalmente el apoyo cognitivo, encontrándose diferencias para los tipos de apoyo recibidos con base en variables sociodemográficas. Los pacientes casados reciben más apoyo emocional que los solteros, también se encontró que los participantes casados, económicamente inactivos y que son atendidos en instituciones de beneficencia reciben más apoyo emocional (Rizo, Orozco & Villaseñor, 2002). Se ha reportado que las formas de apoyo de las que más carecen los pacientes con VIH son las relacionadas a convivir con más personas, como amistades y familiares. Además, en el caso de las mujeres con VIH, las madres y hermanas suelen ser la fuente de apoyo principal, seguido de pareja e hijos, mientras que los amigos, compañeros de trabajo/estudio y vecindario fueron las redes de apoyo más débiles (López, 2014).

Se sabe que existe una relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento (Bekele et al, 2013) y la calidad de vida de los pacientes (DiMatteo, 2017). Establecer una clara relación entre estas variables sugeriría que tienen una mediación en los resultados de la salud de las PVVs. Es por lo anterior que el presente escrito se enfocará en describir la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, así como resultados obtenidos al estudiar estas variables.

La OMS (2003) ha definido la adherencia a tratamientos de largo plazo como "el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Aunque de forma específica la adherencia al TAR se ha definido como "la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del

TAR, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral" (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Grupo de Estudio del Sida, SNPS, SEFH & GESIDA, 2008).

La adherencia al tratamiento tiene una naturaleza multifactorial debido a que recibe la influencia de diversas variables. Entre los factores que influyen el grado de adherencia se encuentran los conocimientos y creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento, actitudes negativas hacia el tratamiento o los cuidadores, poco o nada de entrenamiento en la administración del tratamiento, poco o ningún apoyo familiar para facilitar el tratamiento, los atributos del paciente y su ambiente (que comprende los soportes sociales, las características del sistema sanitario, el funcionamiento del equipo de atención de salud y la existencia y accesibilidad de los recursos de atención de salud) (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Wiley 2003; Sánchez Sosa, 2002).

La Organización Panamericana de la Salud (2011), recomienda que la evolución clínica, la carga viral y el estado inmunológico se analicen como una consecuencia de la conducta de adherencia y no como una forma para evaluarla, para ello existen diferentes formas mediante las cuales se puede evaluar la adherencia al TAR, entre ellas se encuentran:

- Evaluación del profesional de salud, donde se realizan preguntas abiertas respecto a la toma del medicamento.
- Cuestionarios.
- Concentraciones de fármacos antirretrovirales en sangre.
- Sistemas de control electrónico, consisten en dispositivos que registran la hora y día en que se ha abierto el envase del medicamento.
- Recuento de medicación, es un método indirecto que consiste en un porcentaje obtenido de calcular la diferencia de las pastillas dadas al paciente menos el número de pastillas devueltas entre el

número de pastillas prescritas, multiplicando este resultado por 100.

- Registro de retiro de medicación.

Como se mencionó, los cuestionarios son uno de los métodos más utilizados para medir la adherencia entre los cuales se encuentran el Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) desarrollado por Knobel et al, (2001), el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) (Remor, 2002) y el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para el VIH/sida (CAT-VIH) (Varela et al, 2009), además de cuestionarios creados ad hoc a las necesidades de los estudios.

A nivel mundial, en el 2016, más de dos tercios de las personas que tenían VIH conocían su estatus, de los cuales 77% tenían acceso a TAR y 82% de las personas bajo tratamiento se encontraban en estado de supresión viral (ONUSIDA, 2017). En México, para el segundo trimestre del año 2017, se tenía el registro de 85,838 personas en TAR, de las cuales 4,091personas iniciaron tratamiento en ese periodo. Al realizar un recuento, durante enero y junio de 2017, sobre el estado inmunológico de 1,088 mujeres y 5,064 hombres con VIH al momento de llegar a la atención en diversas entidades se que encontró que 39% de las mujeres y 49% de los hombres presentaron recuentos de CD4 menores a 200 copias. Los estados que presentaron porcentajes más altos de atención tardía fueron Durango, Michoacán Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas (CENSIDA, 2017a). Además, de las personas que comenzaron con TAR entre el 2008 y 2013, el 49% presentaron un inicio tardío de tratamiento, es decir presentaban un conteo de células CD4 menor a 200 copias (Magis-Rodríguez, Villafuerte-García, Cruz-Flores, & Uribe-Zúñiga, 2015)

En un metaanálisis sintetizando los resultados de 84 estudios en 20 países, realizado por Ortega et al (2011), se encontró que sólo el 62% de todas las personas involucradas en los diversos estudios cumplían

con el criterio de una adherencia mayor o igual al 90%. Entre los factores que se encontraron relacionados a una buena adherencia fueron: el nivel de desarrollo del país de origen, la región, no ser HSH, raza, estado de infección clínica, niveles bajos de ansiedad. Mientras que otro metaanálisis realizado por Langebeek et al. (2014) reporta que los factores asociados a una buena adherencia al TAR son: la autoeficacia, confianza en el proveedor de salud, las creencias sobre la utilidad/necesidad del TAR y el apoyo social.

Mientras que los factores que influyen de manera negativa a la adherencia son: el consumo de sustancias, tener preocupaciones sobre el TAR, presentar síntomas depresivos y presencia de estigma asociado al VIH, así como tener una edad menor a 40 años, tener un nivel socioeconómico bajo, percibir barreras para seguir con el tratamiento, tomar más de cinco pastillas al día (Varela, Gómez, Mueses, Galindo & Tello 2013), ser homosexual/bisexual, tener una baja calidad de vida, percibir un apoyo social bajo y la presencia de morbilidad psíquica (Alvis et al., 2009). Entre los principales motivos para no tomar de manera adecuada su tratamiento las PVVs han reportado los siguientes: el olvido, evitar los efectos secundarios, no tener los medicamentos al alcance y dificultad con la hora de toma del medicamento (Peñarrieta et al., 2009, Alvis et al., 2009).

En México, un estudio realizado por Santillán, Vázquez, Noguez, Jaimes & Martín (2017) cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de adherencia terapéutica a través de indicadores biológicos y el autoinforme en una población mexicana, participaron 109 pacientes mayores de 18 años con VIH. El 86.7% de los pacientes mostraron cargas virales indetectables, el 93.5% afirmaron haber tenido una adherencia óptima, el 43.5% reportó seguir un horario específico para tomar el medicamento. El 46.3% afirmó no haber dejado de tomar su medicamento en los últimos tres meses, mientras que el 17.6% refirió olvidar tomar su medicamento en algún punto hace más de tres meses.

También se ha observado que cuando se utilizan dos métodos diferentes para medir la adherencia se han encontrado resultados diferentes, al medir la adherencia reportada durante los últimos cuatro días el 86.8% de los pacientes presentan una adherencia óptima, en cambio cuando se midió el índice de adherencia general sólo el 55% de los pacientes presentaban una adherencia óptima (Balandrán, Gutiérrez & Romero, 2013).

En estudios mexicanos enfocados a analizar las variables asociadas a una buena adherencia, Xochiapa-García et al (2015) realizaron un estudio con 367 pacientes con la infección por VIH, los cuales presentaron una prevalencia general de adhesión al TAR del 73%. Entre los factores asociados a una alta adherencia fueron el ser hombre, y no consumir alcohol. En cambio, entre los factores asociados a una mala adherencia se encontraron: tener historial de dos esquemas, un mayor tiempo de espera para recibir atención médica, falta de medicamentos adecuados y presentar una viremia persistente. También se han reportado diferencias de sexo en cuanto a las variables que influyen en la adherencia, siendo la presencia de bajos niveles de estrés y una baja tolerancia a la frustración los factores predictores de conductas de adherencia en hombres, mientras que en las mujeres lo son el tener bajos niveles de estrés, la presencia de tolerancia a la ambigüedad y a la frustración (Dávila-Tapia, Piña-López & Sánchez-Sosa, 2008).

En cuanto a la evidencia sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social se ha encontrado que la relación entre estas dos variables puede estar mediado por la autoeficacia de los pacientes (Luszxzynska, Sarkar & Knoll, 2007; Turan, et al, 2016) así como por presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Woorward & Patalone, 2012). En un estudio realizado por Edwards (2006), donde 20 mujeres africanas diagnosticadas con VIH fueron entrevistadas, se encontró que el contar con apoyo de su familia, especialmente de sus

hijos, ayudaba a que fueran adherentes a su tratamiento. Las participantes expresaron la necesidad de contar con apoyo emocional e instrumental por parte de su familia y amigos, también se encontró que la percepción de apoyo social era más importante que el apoyo real.

Otra variable relacionada con el apoyo social es la Calidad de Vida, ésta se ha definido como "la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y en el sistema de valores en el cual viven y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones" (OMS, 2015). Sin embargo, también se han tomado en cuenta otros aspectos como la sensación de bienestar físico, social y material, bienestar psicológico, seguridad percibida, la productividad y relaciones armónicas sociales (Ardilla, 2009; Ávila, 2013).

Si bien el término calidad de vida puede ser bastante preciso, es necesario ampliar este concepto al estado de salud de una persona, ya que, como anteriormente se mencionó, la calidad de vida abarca aspectos psicosociales del bienestar social y subjetivo general, mientras que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) toma en cuenta las limitaciones que las personas tienen en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales a causa de una determinada enfermedad (Alpi & Quiceno, 2012). Puede definirse a la CVRS como "el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud" (Urzúa, 2010).

Entre las variables que afectan de manera negativa la calidad de vida en PVVs se encuentran el ser desempleado, tener un nivel socioeconómico bajo, no estar satisfecho tanto con su red de apoyo social como con su situación económica (Cardona-Arias, Peláez-Vanegas, López-Saldarriaga, Duque-Molina & Leal-Álvarez, 2011). En cuanto a diferencias por sexo, se ha encontrado que las mujeres presentan mayor deterioro en comparación con hombres, mientras que las personas más

jóvenes presentan una mejor percepción en bienestar físico y mayor independencia (Pereira & Canavarro, 2011).

Esta variable se ha estudiado mediante cuestionarios estandarizados, entre los más utilizados se encuentran el Medical Outcome Survey-HIV (Wu, 1991, 1997), que cuenta con validación en población mexicana (Peña, Aguilar, Suárez & Reyes, 2007), el cual evalúa 11 dimensiones de la calidad de vida de pacientes con VIH. El HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES) desarrollado por Schan, Ganz, Kahn & Petersen (1992), y validado en población mexicana por González-Puente & Sánchez-Sosa (2001), evalúa la calidad de vida mediante preguntas relacionadas con el dolor, actividades de la vida diaria, dificultades de comunicación con el personal médico, interés sexual, comunicación con la pareja, entre otras. Otro de los cuestionarios más utilizados es el World Health Organization Quality of Life Assessment (World Health Organization Quality Of Life) (WHOQOL Group, 1995), el cual evalúa la percepción individual de la calidad de vida dentro de un contexto cultural y social, mediante seis dimensiones (Calidad de Vida General, Satisfacción con la Salud, Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Salud Ambiental).

Acerca de los beneficios del apoyo social en la calidad de vida de PVVs se ha encontrado que las personas que tienen un apoyo social normal o alto reportan tener menos dolor, mejor funcionamiento físico, menor dificultad para realizar actividades diarias, menor distrés y mayor salud física y mental, comparados con aquellos que tienen un apoyo social bajo (Remor, 2002). En cuanto a algunos factores específicos de la CVRS se ha encontrado que las personas con altos niveles de apoyo social perciben mejor funcionamiento físico, social, cognitivo, menor dolor, y perciben mejor su calidad de vida en general (Bekele et al., 2013). De manera específica el recibir apoyo social informativo y afectivo se ha relacionado con percibir mejor la salud física y mental (Bajunirwe et al, 2009).

En cuanto a la relación con parámetros inmunológicos, un estudio realizado por Urdaneta et al (2013), con 50 mujeres con diagnóstico de VIH, demostró que las personas con Carga Viral muy alta o un recuento de linfocitos CD4 por debajo de 200 células/microlitro presentaban 7 veces más oportunidad de presentar alteraciones en su calidad de vida.

En un estudio realizado por Holtz, Sowell, VanBrackle, Velásquez, & Hernández-Alonso (2014), con 101 mujeres indígenas de Oaxaca con diagnóstico de VIH, con el objetivo de conocer sus niveles de calidad de vida e identificar los factores que influyen de manera significativa en su calidad de vida, se encontró que el puntaje promedio de calidad de vida reportado por las participantes fue de 128.2 (de un rango posible de 35-175). Se encontró que el funcionamiento familiar, el apoyo emocional, el cuidado físico y el tener una buena actitud hacia la enfermedad se relacionaron de manera positiva con la calidad de vida, mientras que el estigma, la depresión y la evitación tuvieron una asociación negativa. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Kiloki (2015), al evaluar a 76 pacientes infectados con VIH atendidos en un hospital de segundo nivel en Monterrey, donde se obtuvo que las dimensiones con mayor deterioro asociados a la infección fueron: psicológica, social y ambiental. Además, se obtuvo que entre los factores que influyen en la calidad de vida de las mujeres se encuentran el desempleo, el bajo nivel escolar y la responsabilidad del cuidado de sus familiares.

Se ha encontrado asociación entre el apoyo social y la CVRS, un ejemplo de ello es un estudio realizado en Ghana, con el objetivo de conocer si los factores sociodemográficos y el apoyo social estaban asociados con la CVRS de PVVs, se entrevistaron a 300 pacientes diagnosticados con VIH. Se encontró una asociación del 51% entre el apoyo social y la CVRS. También se encontró que las mujeres presentaban menor CVRS comparadas con los hombres. Al combinar otras variables sociodemográficas en los análisis como ser joven, asistir a grupos de apoyo por un año, tener 13 o más años de estudios con el

apoyo social se encontró que estas variables contribuían a que los pacientes presentaran mejores niveles de CVRS (Abrefa, Gyan, Conelius & Okundaye, 2015).

Si bien en la literatura de investigación se documenta la asociación entre el apoyo social y la calidad de vida de pacientes con VIH, la investigación entre la adherencia al TAR y el apoyo social no ha mostrado una relación directa entre estas variables. Además, la mayoría de las investigaciones mostrando asociación entre estas variables se han realizado en países europeos y africanos. Aunado a lo anterior la investigación en población mexicana es escasa y las variables se han estudiado por separado, por lo que no se conoce si estas variables se comportan de la misma manera.

Es importante recordar que esta población muestra vulnerabilidad debido al estigma asociado a la esta enfermedad, a que el tratamiento para este virus es de por vida, al diagnóstico tardío en etapas avanzadas de la infección y a los cambios que todo lo anterior implica en la vida del paciente. Es por lo anterior que resulta pertinente preguntarse: ¿existe alguna relación entre el apoyo social, la adherencia al tratamiento médico y la calidad de vida en personas diagnosticados con VIH en un instituto público de la Cuidad de México?, por lo anterior el objetivo del presente estudio es identificar la posible relación entre el apoyo social, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas diagnosticados con VIH en un Instituto Nacional de Salud de la Cuidad de México.

Los objetivos específicos consistieron en identificar las relaciones existentes entre cuatro tipos de apoyo social y los factores que conforman la adherencia al tratamiento y la calidad de vida evaluados por el CEAT-VIH y el MOS-HIV. Finalmente, un objetivo secundario consistió en evaluar la relación de los marcadores biológicos (Carga Viral y conteo de linfocitos CD4) con los puntajes de calidad de vida y adherencia al tratamiento.

Las hipótesis con respecto a los objetivos fueron:

1. Habrá diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en los cuestionarios CEAT-VIH y MOS-HIV entre los pacientes con VIH que reciben algún tipo de apoyo social y aquellos que no. Las diferencias serán a tribuidas a los pacientes con presencia de apoyo.
2. Habrá relaciones entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida de los pacientes con VIH.
3. Habrá relaciones entre los marcadores biológicos (Carga Viral y conteo de células CD4), la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida de los pacientes con VIH.

Se busca que los resultados del presente estudio brinden información sobre la relación existente entre las variables de interés en población mexicana y que esta se corrobore con los marcadores biológicos los cuales mostrarían el resultado de una buena o mala adherencia y el impacto que esto tiene en la calidad de vida. Lo anterior permitiría que se diseñen intervenciones que ayuden a que las PVVs tengan una mejor relación con su grupo social más próximo.

Método

Participantes

Se evaluó a los pacientes atendidos en el servicio de psicología del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER), entre febrero del 2016 y febrero de 2018. Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística, que cumplieron con los siguientes criterios:

- **De inclusión:** Pacientes del CIENI que fueron atendidos en el servicio de psicología y completaran la evaluación inicial de Salud Mental; que aceptaran compartir sus datos mediante la firma del consentimiento informado.
- **De exclusión:** Pacientes que no se presentaran a su cita en el servicio de psicología.
- **De eliminación:** No completar alguno de los cuestionarios o preguntas de los mismos. Pacientes que presentaran alguna dificultad física, cognitiva (deterioro cognitivo moderado o grave) o psiquiátrica que les impidiera responder a los cuestionarios.

Los pacientes atendidos en el CIENI, de acuerdo con sus características clínicas, se clasifican en tres tipos:

- **Reciente Diagnóstico:** Pacientes que recibieron su diagnóstico de VIH en los últimos seis meses contados a partir de la fecha de la evaluación de Salud Metal.
- **Perdida de Seguimiento Clínico (PSC):** Pacientes con más de seis meses con el diagnóstico de VIH, contados a partir de la fecha de la evaluación y que tengan una o varias de las siguientes carácterísticas:
    - Al menos una suspensión de toma de TAR por 4 meses o más.

    - Inasistencia a citas por 4 meses o más.
    - Inasistencia a toma de muestra de laboratorio por 4 meses o más.
- **Otro:** Pacientes con un diagnóstico mayor a 6 meses, contados a la fecha de la evaluación que fueron referidos al servicio de psicología por alguno de sus médicos tratantes. Los principales motivos de referencia son: síntomas depresivos y/o ansiosos asociados a situaciones vitales estresantes (muerte de persona significativa, pérdida de empleo, ruptura en la relación de pareja), falta de adherencia y consumo de sustancias.

La clasificación de los pacientes se basa en las demandas clínicas del CIENI, debido que la mayoría de los pacientes atendidos son pacientes con reciente diagnóstico de VIH; la clasificación de PSC se debe a que son los pacientes incluidos para cumplir el objetivo principal del Protocolo de Investigación C16-15 "Impacto de un modelo de intervención integral sobre la pérdida de seguimiento clínico en personas con VIH" del cual se deriva el presente estudio, el cual pretende prevenir que los pacientes abandonen su seguimiento clínico y su tratamiento antirretroviral, recaigan a fase de SIDA, transmitan el virus a otras personas. Mientras que la clasificación de Otro se estableció debido a que existen pacientes que conocieron su diagnóstico de VIH antes de que el servicio de salud mental se estableciera, por lo cual no cuentan con una evaluación inicial, sin embargo, el personal de salud (médicos o enfermeras) identifica algún problema emocional o conductual que puede interferir con su adherencia al tratamiento antirretroviral y los refiere al servicio de psicología.

Escenario

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en el área de consultorios del CIENI, donde se garantizaron condiciones de privacidad libre de cualquier interrupción.

Diseño

El presente trabajo se trató de un estudio no experimental, trasversal, correlacional, en el que se analizaron la ausencia/presencia del apoyo social y los niveles de adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con VIH. Resulta adecuado este tipo de estudio ya que las variables se evaluaron tal como se presentaron en la población estudiada, así mismo los datos se recolectaron en un solo momento y se exploraron las relaciones entre las variables ya antes mencionadas.

Variables e instrumentos

Se utilizó el cuestionario de Evaluación de Salud Mental Primera Vez (Anexo A) que forma parte del Protocolo de investigación C16-15, para recolectar los siguientes datos:

- Sociodemográficos: sexo, género, edad, estado civil, escolaridad.
- Clínicos: tiempo con el diagnóstico de VIH, tiempo con el tratamiento antirretroviral y tipo.
- Razones de la pérdida de seguimiento clínico (en caso de estarlo).
- Antecedentes psiquiátricos personales y familiares, y antecedentes de tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Apoyo social

Definición conceptual: Recursos provistos por personas (Jankowski, Videka-Sherman & Laquidara-Dickinson, 1996), es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas que se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos, proporcionando ayuda simbólica o material (Muñoz 2000, citado en Vega & González, 2009).

- Apoyo Emocional: Involucra cuidado, amor y empatía (Sherbourne & Stewart, 1991).
- Apoyo informativo/cognitivo: Es una guía o retroalimentación que puede proporcionar solución a un problema (Sherbourne & Stewart, 1991).

- Apoyo tangible o instrumental: Es la prestación de ayuda tangible y de servicios que ayudan directamente a una persona necesitada (Heaney & Israel, 2008).
- Apoyo Económico: Proporcionar ayuda en forma de dinero y otros objetos físicos (Barrera & Ainlay, 1983)

Definición operacional: Ausencia o presencia de cuatro tipos de apoyo social (emocional, informativo, instrumental y económico) y la fuente proveedora del apoyo.

Instrumento: Los datos se tomaron de la sección *Apoyo Social* del cuestionario de Evaluación de Salud Mental Primera Vez (Anexo A) del protocolo C16-15 del CIENI. Donde, mediante cuatro preguntas con respuesta dicotómica, se evaluó la presencia o ausencia de los cuatro tipos de apoyo, así como la fuente proveedora del mismo.

Adherencia al tratamiento antirretroviral

Definición conceptual: Capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral (SNPS, SEFH & GESIDA, 2008).

Definición operacional: El nivel de adherencia al TAR se tomó como el puntaje obtenido en el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) (Remor, 2002).

Instrumento: El CEAT-VIH (Anexo B), evalúa mediante 20 reactivos la adherencia al tratamiento antirretroviral durante la última semana, la adherencia general desde el inicio del tratamiento, el cumplimiento con el horario de toma del medicamento y recuerdo del nombre de los fármacos que conforman el tratamiento, con respuestas en escalas Likert de cinco puntos. Este cuestionario evalúa cinco factores moduladores (FM) de la adherencia como: cumplimiento del tratamiento (FM1), antecedentes de la falta de adherencia (FM2), la relación médico-

paciente (FM3), las creencias del paciente relacionadas al tratamiento (FM5) y el uso de estrategias para recordar tomar el medicamento (FM5). El instrumento cuenta con un nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.73, así como una validez de criterio externo con carga viral de r=.24 (línea base) y r=.27 (6 meses).

En su versión validada para población mexicana, el instrumento posee un alfa de Cronbach de .84 y una validez de criterio externo con carga viral de r=.26, y con CD4 r=.21 (Remor, 2013). Los puntos de corte y niveles de adherencia utilizados se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.
Puntos de corte para los niveles de adherencia al tratamiento Antirretroviral del CEAT-VIH.

Nivel	Puntuación
Baja adherencia	17-73
Adherencia insuficiente	74-80
Adherencia adecuada	81-84
Adherencia estricta	85-89

Calidad de Vida

Definición conceptual: Nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud" (Urzúa, 2010).

Definición operacional: El nivel de calidad de vida de se tomó como el puntaje obtenido en el Medical Outcome Survey-HIV (Wu, et al, 1991; Wu, Revicki, Jacobson & Malitz, 1997).

Instrumento: El MOS-HIV evalúa la calidad de vida en paciente con VIH, mediante 35 reactivos tipo Likert de dos, tres, cinco o seis posibilidades de respuesta. Este instrumento evalúa 11 dimensiones de la calidad de

vida. Las dimensiones evaluadas y los reactivos correspondientes a cada dimensión se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

Dimensiones de la escala MOS-HIV con su número de reactivos, identificación a cada subescala y rango de puntuaciones.

Dimensión	Número de reactivos	Reactivos	Puntuación
Percepción general de la salud (PGS)	5	1*, 11a, b*, c*, d	5-25
Función física (FF)	6	4 a-f	6-18
Función de rol (FR)	2	5,6	2-4
Función social (FS)	1	7	1-6
Función cognitiva (FC)	4	10 a-d	4-24
Dolor (D)	2	2*, 3*	2-11
Salud mental (SM)	5	8 a, b*, c, d*, e	5-30
Energía (E)	4	9 a*, b, c, d*	4-24
Preocupación de salud (PS)	4	9 e-h	4-24
Calidad general de vida (CV)	1	12*	1-5
Salud Transitoria (ST)	1	13*	1-5

*Reactivos que requieren recodificación inversa en la puntuación.

El instrumento cuenta con un nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) de mayor a .70 para cada una de las dimensiones evaluadas. En su versión para población mexicana (Anexo C), el instrumento posee adecuadas características psicométricas, incluyendo un alfa de Cronbach mayor a 0.70 para cada una de las dimensiones (Peña, Aguilar, Suárez & Reyes, 2007).

Para hacer posible su comparación entre escalas de diferentes formatos de respuesta y entre dimensiones, es necesario estandarizar las puntuaciones para cada subescala, de manera que los puntajes oscilen entre 0 (peor estado de salud posible) y 100 (mejor estado de salud posible). La forma de estandarizar las puntuaciones de cada dimensión se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3.
Fórmulas de Transformación 0-100 de las puntuaciones de cada una de las dimensiones del MOS-HIV

Dimensión	Fórmula de transformación
Percepción general de la salud	(100/ (25-5)) *(Puntuación del paciente-5)
Función física	(100/ (18-6)) * (Puntuación del paciente-6)
Función de rol	(100/ (4-2)) *(Puntuación del paciente-2)
Función social	(100/ (6-1)) *(Puntuación del paciente-1)
Función cognitiva	(100/ (24-5)) *(Puntuación del paciente-4)
Dolor	(100/ (12-2)) *(Puntuación del paciente-2)
Salud mental	(100/ (30-5)) *(Puntuación del paciente-5)
Energía	(100/ (24-4)) *(Puntuación del paciente-4)
Preocupación de salud	(100/ (25-5)) *(Puntuación del paciente-5)
Calidad general de vida	(100/ (5-1)) *(Puntuación del paciente-1)
Salud Transitoria	(100/ (5-1)) *(Puntuación del paciente-1)

Carga viral.

Definición operacional: Cantidad de virus en sangre expresado como copias por mililitro de sangre (copias/mL) y logaritmo de copias por mililitro de sangre (log copias/mL).

Instrumento: Los datos se obtuvieron del sistema de Laboratorio de Diagnóstico Virológico del CIENI. Se seleccionaron los resultados del

último examen de biología molecular previo a la cita con el servicio de psicología dónde se aplicaron los instrumentos psicométricos.

Conteo de células CD4

Definición operacional: Cantidad de células CD4 en sangre expresado como células por microlitro de sangre (células/µL).

Instrumento: Los datos fueron obtuvieron del sistema del Laboratorio de Diagnóstico Virológico. Se seleccionaron los resultados del último examen de citometría de flujo previo a la cita con el servicio de psicología en dónde se aplicaron los instrumentos psicométricos.

Recolección de datos

Este estudio se deriva del protocolo de investigación "Impacto de un modelo de intervención integral sobre la pérdida de seguimiento clínico en personas con VIH" aprobado con el código C16-15 por el Comité de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Parte de los datos recolectados en la evaluación inicial de Salud Mental fueron usados en este estudio.

Los datos del cuestionario de Evaluación de Salud Mental Primera Vez se recolectaron en una sola sesión durante la evaluación realizada por el servicio de psicología. El CEAT y el MOS-HIV, al igual que otros instrumentos encargados de medir otras variables psicológicas, se aplicaron al final de la sesión por el psicólogo encargado del servicio de psicología, siempre y cuando el paciente aceptara formar parte del protocolo de investigación después de explicarle los beneficios de aceptar compartir sus datos y la confidencialidad de estos mediante el Consentimiento Informado (ANEXO D).

Análisis estadístico

Los datos sociodemográficos se analizaron mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables nominales; para las variables continuas se calcularon mediana y rangos intercuartiles. También, al tener tres tipos de pacientes con

características clínicas diferentes, fue necesario realizar un análisis de homogeneidad Ji Cuadrada (x^2), para conocer si con base en variables sociodemográficas había diferencias entre los tres tipos de pacientes.

Dada la estructura y propiedades de las escalas se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes a fin de identificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con VIH con respecto a la presencia o ausencia de cuatro diferentes tipos de apoyo social (emocional, informativo, instrumental y económico).

Finalmente, se efectuó una correlación de Spearman para identificar la posible relación entre la adherencia al tratamiento con la CV y conteo de células CD4, el puntaje de calidad de vida con la CV y conteo de células CD4, y entre la adherencia al tratamiento y las diferentes dimensiones de calidad de vida. Los resultados se consideraron significativos si la probabilidad asociada fue igual o menor a 0.05.

Resultados

Análisis descriptivos

Se incluyeron en el estudio 67 pacientes, la mayoría (n=55, 82.1%) fueron hombres y reportaron estar solteros (n=45, 67.2%). La mediana de edad fue 38 años (Rango Intercuartil [RI]=30-47). El 28.4% (n=19) de los participantes reportó tener un nivel educativo de bachillerato, mientras que el 26.9% (n=18) reportó un nivel de secundaria; la mayoría de ellos (64.2%, 43) tenían un empleo remunerado, mientras que el 26.9% (n=18) eran desempleados. Del total de pacientes, 29 fueron clasificados como Otro, 28 como pacientes de Reciente Diagnóstico y 10 como pacientes de Pérdida de Seguimiento Clínico.

La mediana global de meses con el diagnóstico de VIH fue de 10 meses (RI=2-81), para los pacientes de Reciente Diagnóstico la media fue de 2 meses (RI=1-3), mientras que al agrupar a los pacientes de PSC y Otro, la mediana de meses con el diagnóstico fue de 69 meses (RI=34-138). El 64.2%(n=43) contaba con carga viral detectable (<40 copias/mL) y de ellos su mediana de carga viral fue de 4.24 log copias/mL (RI=2.72-5.70); el 50.7% contaba con un recuento de células CD4 menor a 200 células/µL (Mediana= 211, RI= 22-484). Se observa que de los pacientes clasificados como Reciente Diagnóstico el 92.9%(n=26) presentaron cargas virales detectables, mientras que del grupo de Otro el 34.5%(n=10) se encontraron como detectables. La Tabla 4 concentra las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes utilizados en los análisis de este estudio, de manera global como por tipo de paciente.

Tabla 4.

Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes evaluados entre febrero del 2016 y febrero de 2018.

	Población Total (N=67)		Reciente Diagnóstico (n=28)		PSC (n=10)		Otro (n=29)	
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Sexo								
Hombre	55	82.1	24	85.7	9	90	22	75.9
Mujer	12	17.9	4	14.3	1	10	7	24.1
Estado Civil								
Soltero	45	67.2	18	64.3	7	70	20	69
Casado/Unión Libre	16	23.9	7	25	3	3	6	20.7
Divorciado	5	7.5	3	10.7	0	0	2	6.9
Viudo	1	1.5	0	0	0	0	1	3.4
Escolaridad								
Ninguna	1	1.5	0	0	1	10	0	0
Primaria	7	10.4	5	17.9	0	0	2	6.9
Secundaria	18	26.9	4	14.3	2	20	12	41.4
Bachillerato	19	28.4	8	28.6	6	60	5	17.2
Carrera Técnica	5	7.5	0	0	1	10	4	13.8
Licenciatura	15	22.4	9	32.1	0	0	6	20.7
Posgrado	2	3	2	7.1	0	0	0	0
Ocupación								
Desempleado	18	26.9	9	32.1	6	60	3	10.3
Ama de casa	3	4.5	1	3.6	1	10	1	3.4
Estudiante	3	4.5	1	3.6	0	0	2	6.9
Empleado	43	64.2	17	60.7	3	30	23	79.3
Carga Viral								
Detectable	43	64.2	26	92.9	7	70	10	34.5
Indetectable	24	35.8	2	7.1	3	30	19	65.5
CD4								
≥500 células/µL	16	23.9	1	3.6	1	10	14	48.3
200 a 499 células/µL	17	25.4	4	14.3	2	20	11	37.9
≤200 células/µL	34	50.7	23	82.1	7	70	4	13.8

En cuanto al tipo de apoyo recibido, el 85.1%(n=57) de los pacientes reportó recibir Apoyo Emocional, el 79.1%(n=53) Apoyo Instrumental, el 74.6%(n=25.4) Apoyo Económico y en menor medida Apoyo Informativo (64.2%, n=43). Es de notar que todos los pacientes de Reciente Diagnóstico reportaron haber recibido apoyo Emocional. La Tabla 5 muestra los resultados descriptivos de los tipos de apoyo recibidos por los pacientes. Para los apoyos Emocional, Instrumental y Económico las principales fuentes proveedoras de estos apoyos reportadas fueron la familia, pareja y amigos. Mientras que para el Apoyo Informativo la principal fuente proveedora reportada fue el personal de salud, seguido de amigos, familia e internet.

Tabla 5.

Distribución y frecuencias de ausencia/ presencia de los tipos de apoyo recibidos por los pacientes evaluados entre febrero del 2016 y febrero de 2018.

	Población Total (N=67)		**Reciente Diagnóstico (n=28)**		**PSC (n=10)**		**Otro (n=29)**	
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Apoyo Emocional								
Sí	57	85.1	28	100	7	70	22	75.9
No	10	14.9	0	0	3	30	7	24.1
Apoyo Instrumental								
Sí	53	79.1	25	89.3	8	80	20	69
No	14	20.9	3	10.7	2	20	9	31
Apoyo Económico								
Sí	50	74.6	22	78.6	8	80	20	69
No	17	25.4	6	21.4	2	20	9	31
Apoyo Informativo								
Sí	43	64.2	20	71.4	7	70	20	69
No	24	35.8	8	28.6	3	30	9	31

Los resultados descriptivos de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de medición de adherencia muestran que la mediana obtenida por todos los pacientes fue de 83 puntos (RI= 78-86), lo que indica que presentaba adherencia adecuada. Así mismo, se observa que el grupo con una menor puntuación fue el de PSC (Mediana= 77, RI=70.25-84.25), mientras que los grupos de Reciente Diagnóstico y Otro obtuvieron una mediana de 83. En el caso de las puntuaciones obtenidas en el MOS-HIV, se puede notar que, de manera global, la mayoría de las dimensiones obtuvieron una mediana superior a 70%, aunque es de notar que las medianas menores a este valor se encontraron en las dimensiones de Percepción General de Salud y Calidad de Vida. Para los análisis por grupo se pueden notar resultados similares en estas dos dimensiones (Tabla 6).

Tabla 6.

Medianas y rangos intercuartiles de los puntajes obtenidos en los cuestionarios de adherencia al tratamiento y calidad de vida por los pacientes evaluados entre febrero del 2016 y febrero de 2018

	Población Total (N=67)		Reciente Diagnóstico (n=28)		PSC (n=10)		Otro (n=29)	
	Med	***(RI)***	***Med***	***(RI)***	***Med***	***(RI)***	***Med***	***(RI)***
CEAT-VIH								
Puntuación Total	83	78-86	83	79-87	77	70.25-84.25	83	79-85.50
MOS-HIV								
Percepción General de Salud	55	35-70	55	36.25-70	40	23.75-70	55	32.50-80
Función Física	83.33	66.67-100	91.67	60.67-100	75	56.25-100	83.33	70.83-100
Función de Rol	100	50-100	100	12.50-100	100	37.50-100	100	50-100
Función Social	80	40-100	80	40-100	70	40-80	80	60-100
Función Cognitiva	80	60-95	87.50	72.50-98.75	60	52.50-80	75	55-80
Dolor	70	50-90	70	40-97.50	55	50-62.50	80	60-90
Salud Mental	72	56-84	76	60-84	62	52-81	72	52-82
Energía	70	55-85	70	60-90	70	53.75-78.75	65	50-85
Preocupación de Salud	75	60-90	77.50	65-90	65	51.25-85	75	60-97.50
Calidad de Vida	50	50-75	62.50	50-100	50	43.75-56.25	50	50-75
Salud Transitoria	75	50-100	100	75-100	75	68.75-100	75	50-100

La Figura 1 muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes de los niveles de adherencia al TAR que reportaron los 67 pacientes. El 38% de ellos reportó tener un nivel de adherencia adecuada, el 23.9% una adherencia excelente, mientras que el 25.4% reportan un nivel insuficiente. En cuanto a los niveles de adherencia por tipo de pacientes, el 32.1% de los pacientes clasificados como Reciente Diagnóstico reportaron un nivel de adherencia adecuada, de los pacientes de PSC el 30% reportó este mismo nivel de adherencia y del tipo de pacientes Otro el 10.3% reportó una adherencia adecuada (Figura 2).

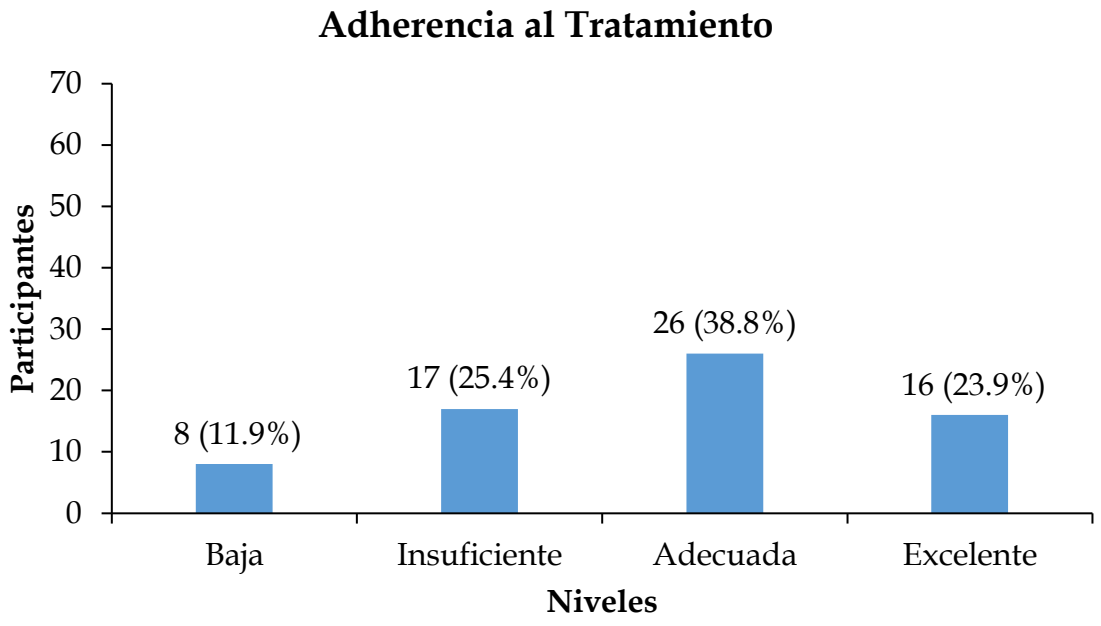

Figura 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de adherencia al TAR evaluados por el CEAT-VIH.

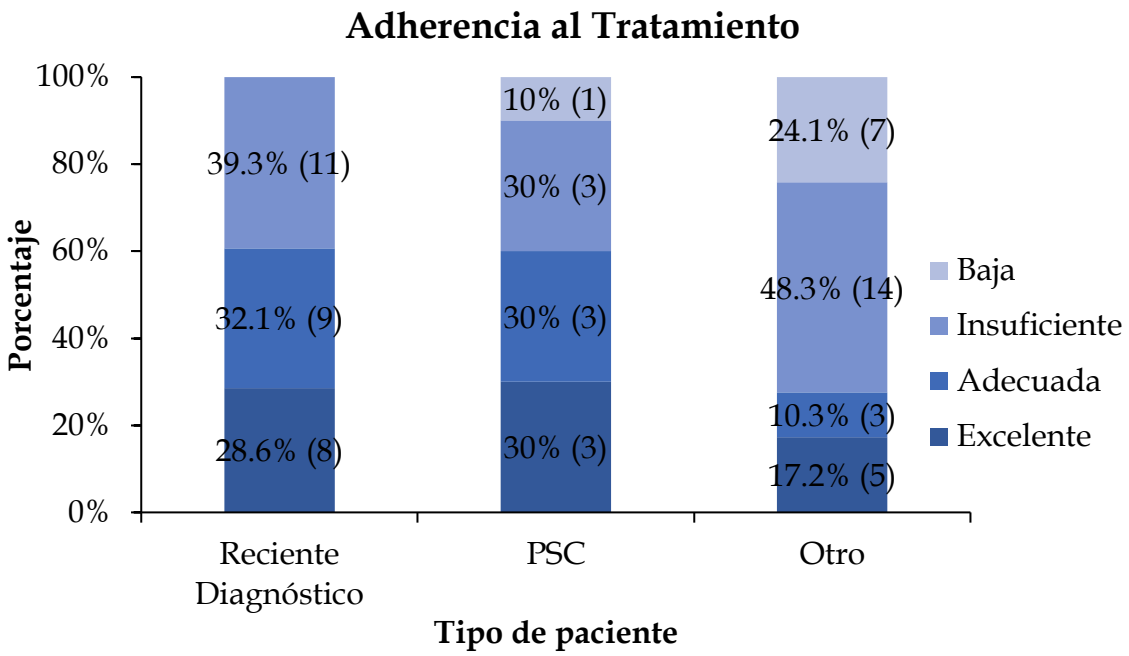

Figura 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de adherencia al TAR evaluados por el CEAT-VIH, por tipo de paciente.

Análisis No Paramétricos.

Al realizar el análisis Ji Cuadrada (x^2) de homogeneidad, para las variables sociodemográficas y clínicas entre los grupos, sólo se encontraron diferencias significativas en las variables Carga Viral ($x^2(2) = 21.288$; p=.000); Conteo de CD4 ($x^2(4) = 30.116$; p=.000) y Ocupación (Actividad remunerada) ($x^2(2) = 8.116$; p=.017). Ver Tabla 7.

Tabla 7.

Prueba Ji cuadrada (x^2). Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes evaluados entre febrero del 2016 y febrero de 2018.

	Reciente Diagnóstico (n=28)	PSC (n=10)	Otro (n=29)		
	Frecuencias (%)	Frecuencias (%)	Frecuencias (%)	x^2 (gl)	p
Sexo				1.441(2)	.487
Hombre	24 (43.6%)	9 (16.4%)	22 (40%)		
Mujer	4 (33.3%)	1 (8.3%)	7 (58.3%)		
Estado Civil				.388(2)	.824
Sin pareja	21 (41.2%)	7 (13.7%)	23 (45.1%)		
Con pareja	7 (43.8%)	3 (18.8%)	6 (37.5%)		
Escolaridad				1.945(2)	.378
Ninguna/Básico	9 (34.6%)	3 (11.5%)	14 (53.8%)		
Medio Superior	19 (46.3%)	7 (17.1%)	15 (36.6%)		
Actividad Remunerada				8.116(2)	**.017**
No	11 (45.8%)	7 (29.2%)	6 (25%)		
Sí	17 (39.5%)	3 (7%)	23 (53.5%)		
Carga Viral				21.288(2)	**.000**
Detectable	26 (60.5%)	7 (16.3%)	10 (23.3%)		
Indetectable	2 (8.3%)	3 (12.5%)	19 (79.2%)		
Etapa (CD4)				23.370(2)	**.000**
Aguda/Crónica	5 (15.2)	3 (9.1%)	25 (75.8%)		
Sida	23 (67.6%)	7 (20.6%)	4 (11.8%)		

Los resultados que arrojaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney permitieron determinar si existían diferencias significativas entre el puntaje de adherencia al tratamiento (y sus factores) y las dimensiones de calidad de vida entre pacientes que recibieron alguno de los cuatro tipos de apoyo y aquellos que no.

Los resultados generales, para el Apoyo Emocional, indican que sólo existen diferencias significativas en cuanto al FM1 ($z = -2.147$; $p = .032$), FM2 ($z = -3.364$; $p = .001$) y el FM3 ($z = -1.970$; $p = .049$) medidos por el CEAT-VIH, donde los rangos promedios más grandes se observan en el grupo de los pacientes que recibieron este apoyo. Para las dimensiones medidas por el MOS-HIV, sólo se encontró una diferencia significativa en la dimensión Función Cognitiva ($z = -2.752$; $p = .006$), donde el rango promedio más grande también se observó en el grupo de pacientes con Apoyo Emocional (Véase la Tabla 8).

Estos resultados nos indican que, aquellos pacientes que recibieron Apoyo Emocional tienen una mejor toma del TAR, en su mayoría no han interrumpido la toma del medicamento y tienen una mejor relación con su médico, y en cuanto a su calidad de vida, no han presentado alteraciones en su memoria, atención y concentración.

Tabla 8.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes que recibieron Apoyo Emocional y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio			
	Apoyo Emocional			
	Sí (n=57)	**No (n=10)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	35.72	24.20	-1.729	.084
FM1	36.08	22.15	-2.147	**.032**
FM2	36.08	22.15	-3.364	**.001**
FM3	35.50	25.45	-1.970	**.049**
FM4	35.17	27.35	-1.178	.239
FM5	34.31	32.25	-.357	.721
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	33.95	34.30	-.053	.958
Función Física	34.18	33.00	-.179	.858
Función de Rol	33.96	34.20	-.040	.968
Función Social	33.35	37.70	-.670	.503
Función Cognitiva	36.73	18.45	-2.752	**.006**
Dolor	34.92	28.75	-.933	.351
Salud Mental	34.85	29.15	-.856	.392
Energía	34.54	30.90	-.548	.584
Preocupación de Salud	35.16	27.40	-1.170	.242
Calidad de Vida	35.45	25.75	-1.622	.105
Salud Transitoria	35.57	25.05	-1.676	.094

Nota: FM1=Cumplimiento del tratamiento; FM2=Antecedentes de falta de tratamiento; FM3=Relación Médico-Paciente; FM4=Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5=Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Para el Apoyo Económico los resultados, para el total de los pacientes, indican que sólo existen diferencias significativas en las dimensiones de Función Física ($z = -2.152$; $p = .031$), Función de Rol ($z = -2.240$; $p = .025$) y la Función Social ($z = -2.737$; $p = .006$) medidos por el MOS- HIV, donde los rangos promedios más grandes se observan en el grupo de los pacientes que recibieron Apoyo Económico (Tabla 9). Lo anterior nos indica que, aquellos pacientes que recibieron Apoyo Económico presentan menos alteraciones en las actividades de su vida cotidiana y en sus relaciones sociales. Para el Apoyo Instrumental e Informativo no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 9.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes que recibieron Apoyo Económico y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio			
	Apoyo Económico			
	Sí (n=50)	**No (n=17)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	33.99	34.03	-.007	.994
FM1	35.02	31.00	-.763	.445
FM2	32.99	36.97	-1.174	.240
FM3	33.63	35.09	-.349	.727
FM4	34.71	33.76	-.174	.862
FM5	34.26	33.24	-.217	.828
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	32.25	39.15	-1.264	.206
Función Física	31.07	42.62	-2.152	**.031**
Función de Rol	31.27	47.03	-2.240	**.025**
Función Social	30.31	44.85	-2.737	**.006**
Función Cognitiva	34.45	32.68	-.326	.744
Dolor	38.38	32.51	-1.084	.278
Salud Mental	33.25	36.21	-542	.588
Energía	31.40	41.65	-1.881	.060
Preocupación de Salud	32.27	39.09	-1.256	.209
Calidad de Vida	34.41	32.79	-.330	.741
Salud Transitoria	33.74	34.76	-.199	.842

Nota: FM1=Cumplimiento del tratamiento; FM2= Antecedentes de falta de tratamiento; FM3= Relación Médico-Paciente; FM4= Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5= Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Al realizar el análisis de U de Mann-Whitney para el grupo de paciente de Reciente Diagnóstico, los resultados, indican que sólo existen diferencias significativas en cuanto a la Función Social ($z = -2.249$; $p = .028$) para aquellos pacientes que recibieron Apoyo Económico (Tabla 10), esto significa que los pacientes de Reciente Diagnóstico que recibieron este apoyo perciben menos afectadas sus relaciones sociales que aquellos pacientes que reportaron no contar con Apoyo Económico. Para los demás tipos de apoyo no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 10.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes de Reciente Diagnóstico que recibieron Apoyo Económico y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio		**Reciente dx**	
	Apoyo Económico			
	Sí (n=22)	**No (n=6)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	15.73	10.00	-1.518	.141
FM1	15.57	10.58	-1.439	.194
FM2	14.50	14.50	.000	1.000
FM3	14.20	15.58	-.480	.723
FM4	15.75	9.92	-1.551	.126
FM5	14.91	13.00	-.595	.643
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	14.07	16.08	-.535	.604
Función Física	13.68	17.50	-1.029	.336
Función de Rol	13.34	18.75	-1.603	.157
Función Social	12.73	21.00	-2.249	**.028**
Función Cognitiva	15.41	11.17	-1.136	.283
Dolor	16.42	13.98	-.651	.530
Salud Mental	14.84	13.25	-.422	.682
Energía	13.91	16.67	-.732	.494
Preocupación de Salud	14.68	13.83	-.226	.849
Calidad de Vida	14.73	13.67	-.305	.806
Salud Transitoria	14.36	15.00	-.188	.892

Nota: FM1= Cumplimiento del tratamiento; FM2= Antecedentes de falta de tratamiento; FM3= Relación Médico-Paciente; FM4= Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5= Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Los resultados, para el grupo de paciente de PSC, indican que existen diferencias significativas en cuanto al FM2 ($z = -2.944$; $p = .017$) medido por el CEAT-VIH, donde los rangos promedios más grandes se observan en el grupo de los pacientes que recibieron Apoyo Emocional. (Tabla 11), lo anterior nos indica que estos pacientes en su mayoría reportaron no haber interrumpido, durante la semana previa a la evaluación, la toma de su tratamiento.

Tabla 11.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes de PSC que recibieron Apoyo Emocional y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio		**PSC**	
	Apoyo Emocional			
	Sí (n=7)	**No (n=3)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	6.71	2.67	-1.937	.067
FM1	6.57	2.67	-1.764	.117
FM2	7	2	-2.944	**.017**
FM3	5.50	5.50	.000	1.000
FM4	6.43	3.33	-1.491	.183
FM5	5.43	5.67	-.143	1.000
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	5.79	4.83	-.460	.667
Función Física	6.14	4.00	-1.042	.383
Función de Rol	5.50	5.50	.000	1.000
Función Social	6.07	4.17	-.947	.383
Función Cognitiva	6.14	4.00	1.058	.383
Dolor	5.86	4.67	-.596	.667
Salud Mental	6.43	3.33	-1.486	.183
Energía	6.14	4.00	-1.045	.383
Preocupación de Salud	5.93	4.50	-.688	.517
Calidad de Vida	6.14	4.00	-1.160	.383
Salud Transitoria	6.71	2.67	-2.103	.067

Nota: FM1=Cumplimiento del tratamiento; FM2= Antecedentes de falta de tratamiento; FM3= Relación Médico-Paciente; FM4= Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5= Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Los resultados para el Apoyo Económico, para el grupo de paciente de PSC, no indican diferencias significativas para el nivel de adherencia medido por el CEAT-VIH, en cuanto a las dimensiones de calidad de vida medidas por el MOS-HIV se encontraron diferencias significativas en Percepción General de Salud ($z= -1.976$; $p= .044$) y Preocupación de Salud ($z =-1.970$; $p = .044$), donde los rangos promedios más grandes se observan en el grupo de los pacientes que no recibieron Apoyo Económico (Tabla 12), lo cual indica que estos pacientes en su mayoría no se percibieron cansados o enfermos durante las últimas cuatro semanas previas a la evaluación de salud mental.

Tabla 12.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes de PSC que recibieron Apoyo Económico y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio		**PSC**	
	Apoyo Económico			
	Sí (n=7)	**No (n=3)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	5.25	6.50	-.522	.711
FM1	5.63	5.00	-.269	.889
FM2	5.75	4.50	-.643	.711
FM3	5.00	7.50	-1.181	.400
FM4	5.38	6.00	-.263	.889
FM5	5.25	6.50	-.655	.711
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	4.56	9.25	-1.976	**.044**
Función Física	4.88	8.00	-1.326	.267
Función de Rol	5.00	7.50	-1.186	.400
Función Social	5.38	6.00	-.271	.889
Función Cognitiva	5.19	6.75	-.674	.533
Dolor	5.56	5.25	-.136	.889
Salud Mental	5.38	6.00	-.262	.889
Energía	4.75	8.50	-1.596	.178
Preocupación de Salud	4.56	9.25	-1.970	**.044**
Calidad de Vida	5.00	7.50	-1.181	.400
Salud Transitoria	5.56	5.25	-.142	.889

Nota: FM1=Cumplimiento del tratamiento; FM2=Antecedentes de falta de tratamiento; FM3=Relación Médico-Paciente; FM4=Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5= Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Por último, para los pacientes de PSC, se encontraron diferencias significativas para tres dimensiones de calidad de vida medidas por el MOS-HIV, Función cognitiva (z =-2.469; p =.017), Salud Mental (z= -2.058; p=.033) y Energía (z= -2.332; p =.017), donde los rangos promedios más grandes se observan en el grupo de los pacientes que no recibieron Apoyo Informativo (Tabla 13). Lo anterior quiere decir que aquellos pacientes que reportaron no contar con Apoyo Informativo no percibieron cambios negativos en la toma de decisiones, memoria, concentración; no se percibieron desanimados, nerviosos o con ánimo decaído; así como tampoco se percibieron cansados o agotados.

Tabla 13.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes de PSC que recibieron Apoyo Emocional y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio		**PSC**	
	Apoyo Informativo			
	Sí (n=7)	**No (n=3)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	4.00	6.14	-1.026	.383
FM1	3.83	6.21	-1.176	.267
FM2	3.67	6.29	-1.542	.267
FM3	4.33	6.00	-.902	.517
FM4	4.83	5.79	-.459	.667
FM5	4.00	6.14	-1.286	.383
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	3.83	6.21	-1.150	.267
Función Física	4.67	5.86	-.579	.667
Función de Rol	5.50	5.50	.000	1.000
Función Social	5.00	5.71	-.355	.833
Función Cognitiva	2	7	-2.469	**.017**
Dolor	4.67	5.86	-.596	.667
Salud Mental	2.50	6.79	-2.058	**.033**
Energía	2.17	6.93	-2.332	**.017**
Preocupación de Salud	3.17	6.50	-1.605	.117
Calidad de Vida	4.00	6.14	-1.160	.383
Salud Transitoria	3.83	6.21	-1.237	.267

Nota: FM1=Cumplimiento del tratamiento; FM2= Antecedentes de falta de tratamiento; FM3= Relación Médico-Paciente; FM4= Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5= Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Al realizar el análisis de U de Mann-Whitney para el grupo de paciente del grupo de Otro, los resultados, indican que sólo existen diferencias significativas en cuanto al FM3 ($z = -2.814$; $p = .048$) medido por el CEAT-VIH donde el rango más grande se obtuvo para aquellos pacientes que recibieron Apoyo Emocional (Tabla 14); lo anterior indica que los pacientes que reportaron recibir este tipo de apoyo perciben una buena relación con su médico tratante. Para los otros tipos de apoyo no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 14.

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los pacientes de tipo Otro que recibieron Apoyo Emocional y aquellos que no lo recibieron con respecto a los niveles de adherencia al TAR (y sus factores) y las dimensiones de la calidad de vida.

	Rango Promedio		**OTRO**	
	Apoyo Emocional			
	Sí (n=22)	**No (n=7)**	**Z**	***p***
CEAT-VIH				
Puntuación Total	15.41	13.71	-.460	.672
FM1	15.55	13.29	-.625	.566
FM2	15.16	14.50	-.238	.862
FM3	16.77	9.43	-2.814	**.048**
FM4	15.07	14.79	-.077	.940
FM5	15.07	14.79	-.090	.940
MOS-HIV				
Percepción General de Salud	14.52	16.50	-.537	.600
Función Física	14.34	17.07	-.758	.469
Función de Rol	15.14	14.57	-.177	.901
Función Social	13.91	19.43	-1.271	.237
Función Cognitiva	16.32	10.86	-1.487	.149
Dolor	16.14	11.43	-1.289	.217
Salud Mental	14.45	16.71	-.613	.566
Energía	14.70	15.93	-.333	.746
Preocupación de Salud	15.55	13.29	-.620	.566
Calidad de Vida	15.25	14.21	-.326	.784
Salud Transitoria	15.18	14.43	-.214	.862

Nota: FM1=Cumplimiento del tratamiento; FM2= Antecedentes de falta de tratamiento; FM3= Relación Médico-Paciente; FM4= Creencias del paciente relacionadas al tratamiento; FM5= Uso de estrategias para recordar la toma del medicamento.

Análisis de asociación.

Los resultados, concentrados en la Tabla 15, muestran correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación total del CEAT-VIH y las dimensiones de calidad de vida Percepción General de Salud (r=.388; p<.01); Función Física (r=.293; p<.05); Función Cognitiva (r=.500; p<.01); Dolor (r=.293; p<.05); Salud Mental (r=.391; p<.01); Energía (r=.398; p<.01); Preocupación Salud (r=.603; p<.01); Calidad de Vida (r=.347; p<.01) y Transición de Salud (r=.235; p<.05).

En cuanto a las correlaciones entre los factores moduladores de la adherencia y las dimensiones de la calidad de vida se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas entre el Factor Modulador 1 con Percepción General de Salud (r=.302; p<.05); Función Física (r=.245; p<.05); Función Cognitiva (r=.538; p<.01); Dolor (r=.281; p<.05); Salud Mental (r=.407; p<.01); Energía (r=.385; p<.01); Preocupación Salud (r=.416; p<.01) y Transición de Salud (r=.269; p<.05). Para el Factor Modulador 2 se obtuvieron asociaciones significativas con Función Cognitiva (r=.337; p<.01); Salud Mental (r=.283; p<.05); Energía (r=.270; p<.05) y Preocupación Salud (r=.286; p<.05). El Factor Modulador 3 sólo obtuvo una correlación significativa con la Función Cognitiva (r=.375; p<.01). Por último, Factor Modulador 4 correlacionó significativamente con Percepción General de Salud (r=.349; p<.01); Función Física (r=.286; p<.05); Función Cognitiva (r=.275; p<.01); Salud Mental (r=.297; p<.05); Energía (r=.332; p<.01); Preocupación Salud (r=.560; p<.01) y Calidad de Vida (r=.301; p<.05).

De manera general, se podría decir que la adherencia al tratamiento correlacionó de manera significativa con la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida, aunque al realizar el análisis con cada uno de los factores que componen esta variable, la mayoría de los factores se observó asociado con al menos una de las dimensiones, a excepción del Factor Modulador 5 relacionado al uso de estrategias para recordar los medicamentos.

Tabla 15.

Coeficientes de correlación rho de Spearman entre las dimensiones de calidad de vida y los factores moduladores de la adherencia al tratamiento.

	PGS	FF	FR	FS	FC	D	SM	E	PS	CV	ST
Puntaje total CEAT-VIH	**.388****	**.293***	.098	.137	**.500****	**.293***	**.391****	**.398****	**.603****	**.347****	**.235***
Factor Modulador 1	**.302***	**.245***	.189	.050	**.538****	**.281***	**.407****	**.385****	**.416****	.210	**.269***
Factor Modulador 2	.224	.201	.075	.149	**.337****	.238	**.283***	**.270***	**.286***	.147	.190
Factor Modulador 3	.104	-.062	-.179	-.040	**.242***	.009	.078	.083	.196	.122	.141
Factor Modulador 4	**.349****	**.286***	.071	.184	**.375****	.235	**.297***	**.332****	**.560****	**.301***	.158
Factor Modulador 5	.079	.067	-.199	-.131	-.064	.085	.057	.072	.075	.044	-.102

Nota: PGS=Percepción General de Salud; FF= Función Física; FR= Función de Rol; FS= Función Social; FC= Función Cognitiva; D= Dolor; SM= Salud Mental; E= Energía; PS= Preocupación de Salud; CV= Calidad de Vida General; ST= Salud Transitoria.

**p<.01; *p<.05

Al realizar los análisis de asociación entre los marcadores biológicos y las dimensiones de la calidad de vida se encontró que la Carga Viral correlacionó significativamente con la Función Cognitiva (r=.304; p<.05). Mientras que para el conteo de células CD4 se obtuvieron asociaciones significativas con las dimensiones Función Física (r=.302; p<.05); Función de Rol (r=.248; p<.05); Función Social (r=.241; p<.01); y con las dimensiones Función Cognitiva (r= -.356; p<.01) y Transición de Salud (r= -.260; p<.05) (Ver Tabla 16.) Estos resultados indicarían que a mayor cantidad de carga viral menos deterioro en las funciones cognitivas (atención, concentración, memoria, etc.), también que a mayor cantidad de conteo de células CD4 los pacientes percibieron menor deterioro en las relaciones sociales, menor cansancio y perciben mejor su estado de salud mejor.

Tabla 16.
Coeficientes de correlación rho de Spearman entre las dimensiones de calidad de vida, carga viral y conteo de células CD4.

	PGS	FF	FR	FS	FC	D	SM	E	PS	CV	ST
Carga Viral (log copias/mL)	-.010	-.109	-.035	.181	**.304***	-.147	.163	.044	-.165	-.018	.207
Conteo CD4 (células/µL)	.126	**.302***	**.248***	**.241***	**-.356****	.157	-.212	-.071	.013	-.171	**-.260***

Nota: PGS=Percepción General de Salud; FF= Función Física; FR= Función de Rol; FS= Función Social; FC= Función Cognitiva; D= Dolor; SM= Salud Mental; E= Energía; PS= Preocupación de Salud; CV= Calidad de Vida General; ST= Salud Transitoria.
**p<.01 *p<.05

Por último, para las correlaciones entre los marcadores biológicos y los factores moduladores sólo se obtuvieron asociaciones negativas significativas entre el conteo de células CD4 con el Factor Modulador 1 (r= -.373; p<.01) y el Factor Modulador 2 (r= -.238; p<.05). Ver Tabla 17. Estos resultados indican que a menor cantidad de células CD4 los

pacientes tienen un mejor cumplimiento en la toma del TAR y menos probabilidad de tener antecedentes de abandono del mismo.

Tabla 17.

Coeficientes de correlación rho de Spearman entre los factores moduladores de la adherencia al tratamiento, carga viral y conteo de células CD4.

	Puntuación Total	**FM1**	**FM2**	**FM3**	**FM4**	**FM5**
Carga Viral (log copias/mL)	-.035	.052	.047	.052	.082	-.137
Conteo CD4 (células/µL)	-.047	**-.373****	**-.243***	.062	-.062	.101

Nota: PGS=Percepción General de Salud; FF= Función Física; FR= Función de Rol; FS= Función Social; FC= Función Cognitiva; D= Dolor; SM= Salud Mental; E= Energía; PS= Preocupación de Salud; CV= Calidad de Vida General; ST= Salud Transitoria.

**p<.01 *p<.05

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la relación entre el apoyo social, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH atendidas en un Instituto Nacional de Salud de la Cuidad de México.

Los resultados analizando a la muestra total no fueron en su mayoría los mismos que al evaluar a cada grupo de pacientes, es de notar que uno de los resultados consistentes fue el no encontrar diferencias significativas en el nivel de adherencia al TAR con base en la presencia o ausencia de los apoyos Instrumental, Informativo y Económico. Caso contrario a lo antes mencionado es que en cuanto a calidad de vida no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que recibieron o no apoyo Económico, tanto de manera global como por tipo de paciente.

Los resultados encontrados muestran que más de la mitad de los pacientes reportaron tener alguno de los cuatro tipos de apoyo social, siendo el más frecuente el Apoyo Emocional seguido de Apoyo Instrumental, resultados similares han sido reportados por Citó et al, (2016) en pacientes brasileños, aunque un estudio realizado por Cummings et al, (2014) con pacientes africanos posiciona al Apoyo Instrumental como el apoyo más frecuente, seguido del Apoyo Emocional.

Es de notar que, más de la mitad de los pacientes reportaron recibir Apoyo Económico, lo cual es de gran importancia tomando en cuenta que un 50.7% de pacientes se encontraban en etapa de SIDA, por lo que es probable que presentaran diversas infecciones oportunistas y como consecuencia de ello estuvieron hospitalizados; esto implica dejar de laborar y de percibir ingreso económico, por lo que se vuelve importante contar con alguien que pueda apoyar para los gastos médicos. Recordemos que el INER es un hospital de tercer nivel, por lo que

dependiendo del nivel socioeconómico de los pacientes es el costo del servicio hospitalario. Hasta nuestro conocimiento, el estudio de este tipo de apoyo no ha sido reportado en la literatura por separado y en diversos estudios se ha incluido como parte del Apoyo Instrumental (Cummings et al, 2014; Citó et al, 2016) pero los resultados obtenidos permiten asegurar que su análisis de manera individual podría ser un área de estudio importante.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, la mayoría de los pacientes reportaron tener un nivel de adherencia adecuada según el CEAT-VIH, lo cual coincide con lo reportado por Kim, Gerver, Fidler & Ward (2014); aunque en otro metaanálisis realizado por De Mattos, Silva, Coelho & Mendez (2018), donde se evalúo la adherencia de países latinoamericanos y del Caribe, se encontró que de manera global los pacientes tiene una adherencia de 70%, lo cual podría clasificarse como un nivel inadecuado.

Al analizar los puntajes de los tres tipos de pacientes evaluados, los pacientes de Pérdida de Seguimiento Clínico reportan los puntajes más bajos del CEAT-VIH, con un nivel de adherencia insuficiente, no es extraño encontrar este nivel tomando en cuenta que la principal característica de este grupo es que está conformado por pacientes que con anterioridad ha interrumpido la toma de los antirretrovirales. En cambio, para los pacientes de Reciente Diagnóstico, de manera grupal reportan un nivel adecuado, si bien se esperaría que mostraran una adherencia estricta se debe tomar en cuenta la toma de medicamento implica un ajuste y adaptación en su vida diaria.

Para la variable Calidad de Vida, los puntajes más bajos (peor calidad de vida) en las once dimensiones evaluadas por el MOS-HIV se encontraron en los pacientes de Pérdida de Seguimiento Clínico, específicamente los puntajes más bajos se encontraron en las dimensiones Percepción General de Salud, Dolor y Calidad de Vida. Para los pacientes de Reciente Diagnóstico y Otro se obtuvieron puntajes

similares en las once dimensiones de la calidad de vida, pero las dimensiones que ambos grupos reportaron más afectadas fueron Percepción General de Salud y Calidad de Vida, esto podría deberse a que parte de los pacientes de Reciente Diagnóstico conocieron su diagnóstico durante su hospitalización debido a la presencia de alguna infección oportunista y ello ha modificado la manera en la que perciben su salud. En cuanto a los pacientes de Otro, debemos tomar en cuenta que fueron referidos por sus médicos al notar problemas en alguna de las dimensiones de su vida lo cual puede afectar el qué tanto la perciben afectada al igual que su salud. Resultados similares han sido reportados por Cabrera, Arteta, Meré & Cavalleri (2018), donde, en pacientes con Carga Viral indetectable, encontraron las puntuaciones más bajas en la dimensión de Calidad de Vida, aunque también encontraron puntajes bajos en Energía y Funcionamiento Físico.

En cuanto a las diferencias entre los puntajes de adherencia entre los pacientes que recibieron Apoyo Emocional, en la muestra total, es importante notar que se encontraron diferencias en los Factores Moduladores 1 (Cumplimiento del tratamiento), 2 (Antecedentes de falta de adherencia) y 3 (Relación Médico-Paciente), pero no en el puntaje total de adherencia medido por el CEAT-VIH. Estos resultados se pueden deber a que la mayoría de los pacientes nunca han abandonado la toma de su tratamiento antirretroviral y, aunque los médicos no fueron la fuente principal proveedora de este apoyo, en la literatura se ha reportado la importancia de una buena relación médico-paciente para la obtener niveles adecuado de adherencia (Herrera, Campero, Caballero & Kendall, 2008).

Mientras que, al realizar los análisis por tipo de paciente, en el grupo de Reciente Diagnóstico no se encontraron diferencias entre los que recibieron apoyo y los que no; en los pacientes de PSC, sólo hubo diferencias en el Factor Modulador 2 (Antecedentes de Falta de Adherencia); y en los pacientes de Otro sólo el Factor Modulador 3

(Relación Médico-Paciente); es decir, el apoyo emocional se asocia de forma con una buena relación médico-paciente y con no haber abandonado el tratamiento.

El que no se hayan encontrado diferencias entre los puntajes de adherencia para los apoyos Económico, Instrumental e Informativo, a pesar de que la mayoría reportó, tanto de manera global como por tipo de paciente, recibir estos tipos de apoyo puede deberse a que otras variables podrían estar interactuando en esta relación, como la deseabilidad social al responder los cuestionarios que evalúan ambas variables, facilidad para continuar con el tratamiento y presencia de sintomatología ansiosa, depresiva, estigma y discriminación que puedan incluso afectar la menara en la que los pacientes perciben el apoyo social que se les proporciona y la dificultad para continuar con la toma de su medicamento.

En cuanto a las diferencias entre los puntajes de las once dimensiones de la calidad de vida entre los pacientes que recibieron Apoyo Emocional, en la población total, sólo se encontraron diferencias en la dimensión de Función Cognitiva, estos resultados son comparables con los obtenidos por Wu, Chen, Huang Lui, Li &Wang (2015) donde obtuvieron correlaciones positivas entre apoyo instrumental y emocional con la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida medidas por el MOS-HIV, exceptuando las dimensiones de Función de Rol y Dolor.

El que no se hayan encontrado diferencias en la calidad de vida de los pacientes respecto a la presencia o ausencia de Apoyo Instrumental puede deberse a que la infección por VIH no ha llegado al punto de limitar a los pacientes. En cambio, que sólo se encontraran diferencias en el Apoyo Informativo para las dimensiones de calidad de vida de Función Cognitiva, Salud Mental y Energía para los pacientes de PSC que no contaron con este tipo de apoyo puede atribuirse a que son pacientes que suspendieron la toma del medicamento y esto pudo estar

relacionado a la información deficiente que no permitió que los pacientes percibieran las consecuencias de permitir la replicación del virus en su organismo, por ello no fueron adherentes y a causa de esto se pudieron haber visto afectadas estas dimensiones en su vida, de hecho se sabe que, la información y creencias que tengan los pacientes es uno de los factores que afectan la adherencia al TAR (Langebeek et al., 2014).

Para el Apoyo Económico, de manera global, se observaron diferencias en las dimensiones Función Física, Función de Rol y Función Social evaluadas por el MOS-HIV. Para los pacientes de Reciente Diagnóstico sólo se encontraron diferencias en la dimensión Función Social, mientras que para los pacientes de Pérdida de Seguimiento Clínico las diferencias fueron encontradas en las dimensiones Percepción General de Salud, Preocupación de Salud y Salud Transitoria. En ambos casos las diferencias son atribuibles a aquellos pacientes que no contaron con Apoyo Económico, estos resultados pudieron haberse debido a una percepción de autosuficiencia, variable que se ha encontrado influye en la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH (Huang, Ki, Zhang Li, Li & Wang, 2013; Adefolalu, Kkosi, Olorunju & Masemola, 2015).

Los resultados de las correlaciones realizadas entre la puntuación total del CEAT-VIH y las dimensiones de calidad de vida muestran en su mayoría correlaciones modestas pero significativas, lo cual no resulta raro que se hayan obtenido correlaciones menores a .500, ya que debemos recordar que las once dimensiones en conjunto y con diferente peso forman la variable Calidad de Vida. Estudios previos han encontrado correlaciones significativas entre estas dos variables, donde aquellas personas con una buena adherencia al tratamiento perciben una mejor calidad de vida (De Oliveira, Reis, Almeida & Gir, 2014; Gimeniz, Lima, Citó, Tles & De Aráujo, 2014)

En cuanto a las correlaciones entre los puntajes de calidad de vida y los marcadores biológicos, se obtuvo sólo una correlación significativa entre la Carga Viral y la dimensión Función Cognitiva, para el conteo de linfocitos CD4 y la calidad de vida se encontraron correlaciones modestas pero significativas con las dimensiones Función Física, Función de Rol y Función Social, esto resulta ser un resultado congruente ya que el que los pacientes cuenten con un alto conteo de células CD4 les permitirá continuar con las actividades de su vida diaria y sus relaciones interpersonales, sin embargo, se obtuvieron dos correlaciones inversamente proporcionales con las dimensiones Función Cognitiva y Salud Transitoria, estos resultados pueden deberse a que a pesar de que los pacientes cuentan con un conteo bajo de células CD4, no perciben cambios negativos drásticos en esas dos dimensiones de su calidad de vida. Estos resultados contrastan con lo encontrado por Urdaneta et al (2013), donde encontraron correlaciones significativas entre la calidad de vida de los pacientes y los marcadores biológicos; este contraste entre los resultados pudo deberse a que en la presente investigación recolectamos los estudios de los marcadores biológicos con fecha previa a la evaluación de salud mental y varios pacientes tuvieron un egreso hospitalario lo que indicaría que su conteo de células CD4 se encuentra bajo, y aunque ya estén tomando TAR este tiene efectos en los marcadores biológicos en al menos 6 meses; mientras que en el estudio de Urdaneta et al (2013) se realizaron al mismo tiempo que las variables de interés por lo que se aseguraba que se estaba midiendo el efecto de los marcadores biológicos en la calidad de vida.

Por último, el último de los objetivos secundarios fue evaluar la relación de los marcadores biológicos (Carga Viral y conteo de linfocitos CD4) con los puntajes de calidad de vida y adherencia al tratamiento. Las correlaciones entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y los marcadores biológicos sólo mostraron dos correlaciones negativas significativas entre los Factores Moduladores de Adherencia: 1 (Cumplimiento de Tratamiento) y 2 (Antecedentes de Falta de

Adherencia) y el conteo de células CD4, lo cual puede deberse a que la mayoría de los pacientes, exceptuando a los pacientes de Pérdida de Seguimiento Clínico, no han interrumpido la toma del tratamiento antirretroviral por lo que es congruente que obtengan puntuaciones altas en estos factores moduladores, y en cuanto al conteo bajo de células CD4 en esta correlación pudo influir el hecho de que la mayoría de la muestra estuvo conformada por pacientes que recién conocieron su diagnóstico y no tomaban antirretrovirales por lo que la infección por el virus avanzó al grado de disminuir el conteo de células CD4 o a pesar de que ya se encontraban bajo medicación no ha pasado el tiempo suficiente para que con los efectos de medicamento se obtuviera una carga viral indetectable.

Los resultados encontrados en esta investigación muestran que existen diferencias entre algunos de los factores de la adherencia al tratamiento y dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con VIH. Calvetti, Marques, Chittó & Duarte (2014) realizaron un estudio transversal con personas con VIH, donde evaluaron la relación de las mismas variables que fueron estudiadas en la presente investigación, agregando otras variables psicológicas, y encontraron que personas con altos niveles de apoyo emocional presentaron mayores puntuaciones de adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de la presente tesis es el tipo de estudio, ya que al tratarse de un estudio transversal no puede hablarse de causalidad entre las variables implicadas en esta investigación, por lo cual no podríamos establecer que el contar con apoyo social favorecerá la adherencia al TAR o la calidad de vida de los pacientes.

Si bien los instrumentos utilizados para la presente investigación permitieron obtener resultados importantes, el haber evaluado el apoyo social de manera cualitativa no permitió que se realizaran análisis más

específicos, así como tampoco se pudo conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad del apoyo. Además, debemos tomar en cuenta que, al ser cuestionarios de auto reporte, pudieron influir variables como la deseabilidad social, el tiempo hospitalizados, estado de ánimo al responder los cuestionarios, entre otros.

Otra limitación de la presente investigación está relacionada con el tamaño de la muestra, ya que al ser muy pequeña los datos no podrían generalizarse a la población atendida en el CIENI y mucho menos a la población con VIH en la Cuidad de México. Además, debemos tomar en cuenta que el número de pacientes en cada tipo de paciente no fue el mismo por lo que eso pudo haber influido en los resultados. Por último, otra de las razones por las que no se podrían generalizar los datos es que se debe considerar que los pacientes atendidos en el CIENI tienen características específicas que los hacen diferentes de pacientes atendidos en otras instituciones, un ejemplo claro de ello es que los pacientes del CIENI en su mayoría reciben el diagnóstico de VIH estando hospitalizados, lo cual repercute en su funcionalidad y calidad de vida, contrario a la Clínica Especializada Condesa donde los pacientes acuden de manera voluntaria a realizarse un examen de detección, debido a que pueden percibir conductas de riesgo asociadas a un diagnóstico de VIH.

Por último, otra limitación en este estudio son los análisis estadísticos de regresión que, por características de la muestra, tamaño de la muestra y las variables estudiadas, no pudieron realizarse, pero que permitirían mejores explicaciones de la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida a partir del tipo de apoyo social, por lo tanto para futuros estudios se sugeriría el contar con un tamaño de muestra más grande y evaluar con cuestionarios que permitan catalogar a las variables de estudio como variables cuantitativas de manera que se pueda hacer uso de la estadística paramétrica.

Conclusión

Puede concluirse que el recibir apoyo social es una variable que está relacionada con la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida de pacientes con VIH. Además, hasta nuestro conocimiento, esta es la primera investigación en población mexicana donde se investiga la posible relación de estas variables con tres tipos de pacientes con características diferentes. El presente estudio puede ser un antecedente que indique que existe una posible relación entre el apoyo social, la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida en población mexicana con VIH, lo cual contribuye a la creación de intervenciones, basadas en evidencia, necesarias para disminuir la estigmatización y discriminación de la enfermedad, mejorar la adherencia de los pacientes y ayudar a la adaptación a los cambios que deben realizarse en su vida de manera que su calidad de vida no se vea tan afectada.

Se sugiere para futuros estudios contar con un número de participantes más amplio, y de ser posible estudiar a pacientes pertenecientes a otras instituciones de salud, lo cual permitiría generalizar los resultados, además esto permitiría contar con mejores explicaciones para la relación de estas variables. Así como tomar en cuenta otras variables psicológicas que pueden influir en estas relaciones, como lo son la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, así como estrés y autoeficacia, por mencionar algunas.

También se sugiere utilizar un instrumento que mida de manera cuantitativa la variable de Apoyo Social, como el instrumento Medical Outcome Survey-Social Support (MOS-SS) validado en población mexicana por Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez & Riveros (2014), ya que eso permitiría no sólo conocer la presencia o ausencia de apoyo social, también evaluar la calidad del apoyo recibido y realizar análisis estadísticos de asociación con la adherencia al tratamiento y calidad de vida en los tres tipos de pacientes atendidos en el CIENI.

Aún con las limitaciones, la presente investigación proporciona información relevante de la importancia del apoyo social como una de las diversas variables que contribuyen a la adherencia al tratamiento antirretroviral y a la calidad de vida de pacientes con VIH, lo cual es un campo de intervención para los profesionales de la salud, especialmente psicólogos. Así mismo, esta es una de las primeras investigaciones que, no sólo reafirma la importancia del apoyo emocional, informativo e instrumental, sino que evalúa la importancia del apoyo económico en este tipo de pacientes, lo anterior contribuye al desarrollo teórico de las variables estudiadas y muestra la importancia de seguir realizando estudios al respecto y programas que ayuden a tratar con las dificultades sociales que viven los pacientes con VIH, especialmente en México.

Referencias

Abrefa-Gyan, T., Cornelius, L.J. & Okundaye, J. (2015). Socio-Demographic Factors, Social Support, Quality of Life, and HIV/AIDS in Ghana. *Journal of Evidence-Informed Social Work.* 1-11. doi:10.1080/23761407.2015.1018033

Adefolalu, A., Nkosi, Z., Olorunju, S. & Masemola, P. (2014). Self- efficacy, medication beliefs and adherence to antiretroviral therapy by patients attending a health facility in Pretoria. *South African Family Practice*.56(5), 281-285. doi:10.1080/20786190.2014.975476

Agudelo-González, S., Murcia-Sánchez, F., Salinas, D., & Osorio, J. (2015). Infecciones oportunistas en pacientes con VIH en el hospital universitario de Neiva, Colombia. 2007-2012. *Infectio*. 19(2),52–59. doi:10.1016/j.infect.2014.11.008

Ahumada, M., Escalante, E. & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/Sida. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 15(1), 55-70. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100002&lng=es&tlng=es.

Alpi, S.V. & Quiceno, J.M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychologia*. 6(1), 123-136.

Asante, K.O. (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15(5), 340-345. doi: 10.4314/ajpsy.v15i5.42

Ávila, J.A. (2013). ¿Qué es la calidad de vida? Recuperado de: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html

Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina.* 70(4), 266-272. doi:10.15381/anales.v70i4.927

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203

Bajunirwe, F., Tisch, D.J., King, C.H., Arts, E.J., Debanne, S.M. & Sethi, A.K. (2009). Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. *AIDS Care*, 21(3),271-279. doi: 10.1080/09540120802241863

Balandrán, D.A., Gutiérrez, J.P. & Romero, M. (2013). Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica,* 65(5), 384-391.

Barrera, M. & Ainlay, S. (1983). The Structure of Social Support: A Conceptual and Empirical Analysis. *Journal of Community Psychology,* 11(2), 133-143. doi: 10.1002/1520-6629(198304)11:2<133::AID-JCOP2290110207>3.0.CO;2-L

Bekele, T., Rouke, S.B., Tucker, R., Greene, S., Sobota, M., Koornstra, J., Monette, L., Rueda, S., Bacon, J., Watson, J., Hwang S.W., Dunn, J., Guenter, D. & The Positive Spaces Healthy Places Team. (2013). Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 25(3),337-346. doi: 10.1080/09540121.2012.701716.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S.H., DeGruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1998). The Dike-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26(7), 709-723. doi: 10.1097/00005650-198807000-00006

Cabrera, S. G., Arteta, Z., Meré, J.J. & Cavalleri, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica Uruguaya,* 34(1):7-19. doi: 10.29193/rmu.34.1.1

Calvetti, P. Ü., Marques, G.R., Chittó, G. J. & Duarte, J. F. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 8-15.

Cantú, R., Álvarez, J., Torres, E. & Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.

Cardona-Arias, J., Peláez-Vanegas, L., López-Saldarriaga, J., Duque-Molina, M., & Leal-Álvarez, Ó. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medllín, Colombia, 2009. *Biomédica*.31(4),532-544. doi: 10.7705/biomedica.v31i4.422

Centers for Disease Control and Prevention. (1992). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome, MMWR 41: RR-17.

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). About HIV/AIDS. Recuperado de: https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida. (2015). La epidemia del VIH y Sida en México. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/la_epidemia_deVIHysidaMexico.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida. (2016). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 15 de noviembre de 2016. Recuperado de: http://censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_DIA_MUNDIAL_2016a.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida (2017a). Boletín de Atención integral de personas con VIH. 3(2). Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254117/Boletin_Nal_CENSIDA_AT_IN_abr_jun_2017.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida (2017b). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 3er. trimestre del 2017. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276683/RN_3er_trim_2017.pdf

Citó, S., Teles, M. L., Holanda, G., Reis, R. K., Gir, E., Gimeniz, M. T., & Ferrer, A. (2016). Social Support for People Living with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Texto Contexto Enfermerm*, 25(4), 1-8.

Cummings, B., Gutin, S. A., Jaiantilal, P., Correira, D., Malimane, I. & Rose, C. D. (2014). The Role of Social Support Among People Living with HIV Rural Mozampique. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(11), 602-612.

Dávila-Tapia, M., Piña-López, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH: Un análisis en función del sexo. En Rivera, S., Díaz R., Sánchez R. & Reyes I. (Coords.), La psicología social en México, Vol. 12 (pp. 61-66). México: AMEPSO.

De Oliveira, A.C., Reis, R.K., Almeida, J., Gir, E. (2014). Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida. *Revista Latino-Americana de Enfermegem*, 22(6), 994-1000.

DiMatteo, M.R. (2017). Social support and patient adherence to medical treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*. 23(2),207-218.

Edwards, L. (2006). Perceived social support and HIV/AIDS medication adherence among African American women. *Qualitive health research*.16(5), 679-691.

Fabianova, L. (2011). Psychosocial aspects of people living with HIV/AIDS. En: Letamo, G. (Ed.) Social and psychological aspects of HIV/AIDS and their ramifications. (pp. 175-204). Croacia: InTech.

Gallant, J. (2009). 100 preguntas y respuestas acerca de VIH y SIDA. México: Intersistemas.

Gimeniz, M.T., Lima, L., Teles, M.L. & De Araújo, L. (2014). Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Acta Paulista de Enfermagem,* 28(1), 48-53.

González-Puente, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 519-528.

González-Puente, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2002). El bienestar del paciente seropositivo al VIH-SIDA. (pp. 119-134). México: UNAM-CONACYT.

Heaney C.A. & Israel, B.A. (2008). Social networks and social support. En: Glanz K., Rimer B.K. & Viswanath, K. (Ed.) Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. (pp. 189- 210). San Francisco: Jossey-Bass

Hernández-Gómez, A.J., Rodríguez-Ríos, T., Duran-Badillo, T., Vázquez-Galindo, L., Gutiérrez-Sánchez, G. & Gracia-Castillo, G.N. (2013). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. *Revista de Enfermería del instituto Mexicano del Seguro Social,* 21(2), 85-90.

Herrera, C., Campero, L., Caballero, M. & Kendall, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Saúde Pública*, 42(2): 249-255.

Holtz, C., Sowell, R., VanBrackle, L., Velasquez, G. & Hernández-Alonso, V. (2014). A Quantitative Study of Factors Influencing Quality of Life Rural Mexican Women Diagnosed With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care,* 25 (6), 555-567.

Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health profesional should know. En: E. Sabate (Ed.) Adherence to long term therapies: Evidence for action (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.

Huang, L., Li, L., Zhang, Y., Li, H., Li, X., Wang, H. (2013). Self-Efficacy, Medication Adherence, and Quality of Life Among People Living with HIV in Huan Providence of China: A questionnaire Survey. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(2): 145-153.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2017). Tratamiento Antirretroviral del Paciente Adulto con Infección por el VIH. Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/245GER.pdf

Jia, H., Uphold, C.R., Wu, S., Reid, K., Findley, K. & Duncan, P.W. (2004). Health-Related Quality of Life Among Men with HIV Infection: Effects of Social Support, Coping, and Depression. *AIDS Patient Care and STDs.* 18(10), 594-603.

Kiloki, N. (2015). Calidad de vida en pacientes infectados con VIH y co-infectados VIH/TB en un hospital de segundo nivel de atención IMSS en Monterrey, N.L., México. Universidad de Montemorelos.

Knobel, H., Alonso, J., Casado, J.L., Collazos, J., González, J., Ruiz., I., Kindelan, J.M., Carmona, A., Juega., J., Ocampo, A., GEEMA Study Group. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*, 16(4), 605-613.

Langebeek, N., Gisolf, E.H., Reiss, P., Vervoort5, S.C., Hafsteinsdóttir, T.B., Richter, C., Sprangers, M.A.G & Nieuwkerk, P.T. (2014). Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 12 (142),1-14. doi: 10.1186/s12916-014-0142-1

Lasso B, M. (2011). Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. *Revista Chilena de Infectología*, 28(5), 440–460. doi: 10.4067/S0716-10182011000600010

Leach, J. (2015) Improving mental health trough social support: building positive and empowering relationships. London: Jessica Kingsley Publishers.

López, N. (2014). Redes sociales de apoyo de mujeres que viven con VIH en Veracruz, México. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 4(3), 1-26.

Luszczynska, A., Sarkar, Y. & Knoll, N. (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling.* 66,37–42. doi: 10.1016/j.pec.2006.10.002

Magis-Rodríguez, C. L., Villafuerte-García, A., Cruz-Flores, R. A., & Uribe-Zúñiga, P. (2015). Inicio tardío de terapia antirretroviral en México. *Salud Publica de Mexico,* 57(1), S127–S134.

Martínez, A.E., Sánchez, S., Aguilar, E.J., Rodríguez, V. & Riveros, A. (2014). Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual,* 4(2), 93-101.

Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y práctica de enfermería, Unibiblos Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Santa Fe de Bogotá, p 99. En: Vega, O.M. & González, D.S (2009). Apoyo Social: Elemento Clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global, 16, 1-11.

Nachega, J. B., Morroni, C., Zuniga, J. M., Sherer, R., Beyrer, C., Solomon, S., Scechter, M. & Rockstroh, J. (2012). HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: A global survey of 2035 HIV-infected adults. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care,* 11(3), 172–178. doi: 10.1177/1545109712436723

Organización Mundial de la Salud. (S/F) Psychosocial Support. Recuperado de: http://www.who.int/hiv/topics/psychosocial/support/en/

Organización Mundial de la Salud. (2016). Temas de Salud, VIH/SIDA. Recuperado de: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). Centro de Prensa, VIH/SIDA. Nota descriptiva N°360. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirrretroviral en Latinoamérica.Washington: OPS.

Ortega, C., Huedo-Medina, T.B., Llorca, J., Sevilla, L., Santos, P., Rodríguez, E., Warren, M.R. & Veja, J. (2011). Adherence to Higly Active Antiretroviral Therapy (HAART): A Meta-Analysis. *AIDS Behavior*. 15, 1381-1396.

Pence, B. W., Miller, W. C., Whetten, K., Eron, J. J., & Gaynes, B. N. (2006). Prevalence of DSM-IV-Defined Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders in an HIV Clinic in the Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 42(3),298–306. doi: 10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa

Peñarrieta, M.I., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A.M., González, N., Flores, F. & Del Ángel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,* 26(3), 333-337.

Pereira, M. & Canavarro, M.C. (2011). Gender and Age Differences in Quality of Life and the Impact of Psychopathological Symptoms Among HIV-Infected Patients. *AIDS and Behavior*. 15(8),1857-1869.

Piña, L.J. & Rivera, I.B. (2007). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, XIII(2),53-63. doi:10.4067/S0717-95532007000200007

Piña-López, J. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407.

Programa Conjunto de las Naciones Unidad sobre el VIH/sida. (2017). Ending AIDS. Progress towards the 90-90-90 targets. Disponible en: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017

Reich, W., Lounsbury, D., Zaid-Muhammad, S. & Rapkin. B.D. (2010). Forms of social support and their relationships to mental health in HIV-positive persons. *Psychology, Health & Medicine.* 15(2),135-145.

Remien, R. H., & Rabkin, J. G. (2001). Psychological aspects of living with HIV disease: A primary care perspective. *Western Journal of Medicine*, 175(5), 332–335.

Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*. 30(3),143-149.

Remor, E. (2013). Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). *Patient*, 6(2), 61-73. doi: 10.1007/s40271-013-0009-0

Rizo, G., Orozco, I. & Villaseñor, T. (2002). Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación en Salud.* 4(2).

Safren, S. A., Gershuny, B. S., & Hendriksen, E. (2003). Symptoms of Posttraumatic Stress and Death Anxiety in Persons with HIV and Medication Adherence Difficulties. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 657–664.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1),85-92.

Santillán, C., Vázquez, G., Noguez, S., Jaimes, A. C., & Martín, M. I. (2017). Indicadores de adherencia al tratamiento antirretroviral de una población mexicana VIH+. *Alternativas en Psicología*, 88-106.

Schang, C.A., Ganza, P.A., Kahn, B., & Petersen, L. (1992). Assessing the needs and quality of life of patients with HIV infection: development of the HIV

Overview of Problems-Evaluation System (HOPES). *Quality of Life Research*, 1, 397-413.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Grupo de Estudio del Sida (2008). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria*, 32(6), 349-357.

Sherbourne, C. D. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6),705-714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-B

Smith, R., Rossetto, K. & Peterson, B. (2008). A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*.20(10), 1266-1275.

Smith Fawzi, M. C., Ng, L., Kanyanganzi, F., Kirk, C., Bizimana, J., Cyamatare, F.,…Betancourt, T. S. (2016). Mental Health and Antiretroviral Adherence Among Youth Living with HIV in Rwanda. *Pediatrics,* 138(4).

Turan, B., Fazeli, P., Raper, J., Johnson, M. & Mugavero, M. (2016). Social Support and Moment-to-Moment Changes in Treatment Self- Efficacy in Men Living With HIV: Psychosocial Moderators and Clinical Outcomes. *Health Psychology*, 35(10), 1126-1134.

Urdaneta, J.R., Carroz, E.B., Briceño, S., Stepenka, V. Nuñez, J., Salazar, J., Carroz, G. & Zambrano, N.B. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud y parámetros inmunológicos en mujeres contagiadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. MedULA, *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. 22(1),48-59.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*. 138(3), 358-365.

Varela, M.T., Salazar, I.C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J.A., & Salazar, A.E. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un cuestionario. *Colombia Médica*, 40(4), 387-398.

Varela, M. T., Gómez, O. L., Mueses, H. F., Galindo, J., Tello, I. C., (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Salud Uninorte*, 29(1), 83-95.

Vera, V.E. & Estrada, A. (2004). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1), 29-35.

Vilató, L., Matín L., & Pérez, L. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*.41(4),620-630.

Woodward, E.N. & Pantalone, D.W. (2012). The Role of Social Support and Negative Affect in Medication Adherence for HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. *Journal of the Association of nurses in AIDS care*, 23(5), 388-396.

Wu, X., Chen, J., Huigen, H., Liu, Z., Li, X. &Wang, H. (2015). Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Huan, China. *Applied Nursing Research*, 28: 169-174.

Xochiapa-García, N., Mata-Marín J.A., Alcalá-Martínez E., Domínguez-Hermosillo J.C., Huerta-García G., Manjarrez-Téllez B. & Gaytán-Martínez J. (2015). Prevalence and Risk Factors Associated with Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults in a Tertiary Care Hospital in Mexico. *Journal of AIDS & Clinical Research,* 6(11), 1-5. doi: 10.4172/2155-6113.1000518

Anexos
ANEXO A

EVALUACIÓN SALUD MENTAL

Fecha: _____/ _____/ _____ Folio: _____/_____ Recién Dx ( ) PSC ( ) Otro ( )

Expediente INER: _____ ID Salvar:_____ ID LDV_____

Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres(s)
Fecha de nacimiento:	**Sexo** (H) (M) **Genero** (M) (F) (T)	

ESTADO CIVIL Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Separado/Divorciado ( ) Viudo ( )
RELIGION (Si) (No) ¿Cuál?_____
ESCOLARIDAD Sabe leer y escribir (Si) (No) **Ultimo grado escolar concluido** Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Prepa ( ) Carrera Técnica ( ) Universidad ( ) Posgrado ( ) **Años de estudio** _____
OCUPACIÓN Remunerado: (Si) (No) Estable ( ) Eventual ( ) Trabaja por su cuenta ( ) Trabaja para alguien ( ) Desempleado ( ) Estudiante ( ) Ama de casa ( ) Jubilado/pensionado ( ) Obrero ( ) Comerciante ( ) Oficio ( ) Técnico ( ) Empleado ( ) Profesionista ( ) Otro:_____

DIAGNÓSTICO DE VIH: Fecha de Dx:_____/_____ **¿Compartió el diagnóstico?** (Si) (No) **¿A quién?** Familia ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otro ( )
¿Toma TARV? (Si) (No) **Fecha de inicio de TARV** _____/_____ **Esquema No.** _____
TARV (Nombre y dosis al día)_____
En el último mes: ¿cuantas dosis ha olvidado? _____ **¿Cuántas ha tomado fuera de horario?**_____
¿Cuántas veces ha tomado una dosis menor a la prescrita por su médico?_____ **¿Ha abandonado su TARV alguna vez?** (Si) (No)
¿Ha sido hospitalizado debido al VIH o sus complicaciones? (Si) (No) ¿Cuántas veces?_____ Última hospitalización (fecha de alta) _____/_____
¿Padece alguna enfermedad crónica? (Si) (No) **¿Toma algún medicamento?:** (Si) (No)

******* Solo para los que estuvieron en Perdida de seguimiento******

¿Cuántas veces ha abandonado su TARV?_____ **¿Cuál ha sido el periodo más largo sin tomar TARV?**_____ (días)
¿Por qué razón lo ha dejado ?_____

Sociales	
Económicos	(Si) (No)
Violencia	(Si) (No)
Estigma/discriminación	(Si) (No)
Distancia/transporte	(Si) (No)

Inconformidad con el servicio de salud	
No me gustaban los servicios que brindaban	(Si) (No)
No entendí las instrucciones que me dieron	(Si) (No)
Los trámites eran muy complicados	(Si) (No)
Tiempo de espera/ Horarios de las citas	(Si) (No)

Cambios en el estado de salud	
Efectos secundarios del TARV	(Si) (No)
Mejora de la salud	(Si) (No)
Problemas de salud	(Si) (No)
Problemas de salud mental (ansiedad/depresión)	(Si) (No)

Psicológicos, falta de información	
No cree en los resultados de laboratorio	(Si) (No)
No quiero pensar en que tengo VIH	(Si) (No)
Consumo de sustancias, alcohol, drogas.	(Si) (No)
Falta de información sobre el VIH y el TARV	(Si) (No)
Falta de información sobre el acceso al TARV	(Si) (No)

OTROS	
Olvido de cita, perdida de carnet, no re-agendar	(Si) (No)
Atención en otra clínica	(Si) (No)
Decisión propia	(Si) (No)

Otro:

¿Antes de abandonar su TAR se atendía en el CIENI? (Si) (No) **¿En dónde se atendía?** IMSS ( ) ISSTE ( ) ISEMYN ( ) Clínica Condesa ( ) CAPASITS ( ) Hospitales generales ( ) Institutos de Salud ( ) Otro ( )
¿Había intentado retomar su tratamiento? (Si) (No) **¿Qué se lo impidió?** Falta de apoyo social ( ) Otras obligaciones ( ) Falta de dinero ( ) No tener tiempo ( ) Distancia de los servicios de salud ( ) Dificultades con los tramites en los servicios de salud ( ) No detecta algún obstáculo especifico ( ) Otro ( ) _____
¿Se siente motivado a retomar su TARV? (S) (N) **¿Qué lo motiva a retomar su TARV?** _____

APOYO SOCIAL
- **Emocional:** Tiene alguien que le escuche, consuele, le anime o le brinde afecto o consuelo? (Si) (No), ¿Quién? Familia ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otro ( )
- **Instrumental/Material**: ¿Alguien le ayuda actualmente a preparación de alimentos, limpiar del hogar, hacer los mandados, lo acompañar a sus citas o hace actividades similares? (Si) (No) ¿Quién? Familia ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otro ( )
- **Informativo/Cognoscitivo:**
- ¿Hay alguien que le brinde información o resuelva sus dudas sobre el VIH /TAR (Si) (No) ¿Quién? Personal de salud ( ) Familia ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otro ( )
- ¿Hay alguien que le brinde información o resuelva sus dudas sobre los servicios que brinda el INER o el CIENI? (Si) (No) ¿Quién? Personal de salud ( ) Familia ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otro ( )
- **Económico:** ¿Alguien le ayude actualmente con sus gastos? (Si) (No) ¿Quién? Familia ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otro ( )

VIDA SEXUAL
PAREJA ESTABLE (Si) (No) **Su pareja estable es VIH+** (Si) (No), **Orientación Sexual** (Heterosexual) (Homosexual) (Bisexual)
¿Ha tenido contactos sexuales en el último mes? (Si) (No), **Sus prácticas han sido:** Oral (Si) (No) Vaginal (Si) (No) Anal (Si) (No)
Rol: (Pasivo) (Insertivo) (Ambos)
En sus últimos 10 encuentros sexuales ¿En cuántos de ellos ha usado condón? _____
Si NO usa condón: ¿Cuál es la razón o razones por la que prefiere no usarlo? _____

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL
Antecedentes psiquiátricos familiares (Si) (No) **Parentesco:** Padres ( ) Hermanos ( ) Tíos o Primos ( ) Abuelos ( ) Otros ( )
Afectivos ( ) Psicóticos ( ) Ansiosos ( ) Sustancias ( ) Alcoholismo ( ) Suicidas ( ) Homicidas ( ) Alimentación ( )

Antecedentes personales psiquiátricos
Tratamiento psicofarmacológico previo (Si) (No)
¿Cuál?_____
Tratamiento psicoterapéutico previo (Si) (No)
¿Cuál?_____
Problemas Afectivos ( ) Ansiosos ( ) Psicóticos ( )

Riesgo de suicido
Ideas de querer morir sin ideación suicida (Si) (No). Ideación suicida: NO ( ) NO Estructurada ( ) Estructurada ( ) Gestos suicidas (Si) (No)
Intentos suicidad (Si) (No) ¿Cuántos?_____, ¿Cuándo fue el último?_____/_____/_____

En el último mes ha tenido:		No. de veces	Intensidad (0 a 10)			No. de veces	Intensidad (0 a 10)
Tristeza animo bajo	(Si) (No)			Aislamiento social	(Si) (No)		
Anhedonia	(Si) (No)			Minusvalía	(Si) (No)		
Hipersomnia	(Si) (No)			Culpa	(Si) (No)		
Insomnio	(Si) (No)			Desesperanza	(Si) (No)		

PUNTUACIÓN BASAL

IDB (0 a 3)	0 a 9 Mínima		10 a 16 Leve		17 a 29 Moderada		30 a 63 Grave	
IAB (0 a 3)	0 a 5 Mínima		6 a 15 Leve		16 a 30 Moderada		31 a 63 Grave	
CEAT Adherencia (1 a 5)	Baja 73↓		Insuficiente 74 a 80		Adecuada 81 a 85		Estricta 85↑	

ASSIT	*Riesgo Bajo/ No requiere intervención*		*Riesgo Moderado/ Intervención breve*		*Riesgo Alto / Tratamiento intensivo*	
Alcohol	0 a 10		11-26		27+	
Otras sustancias						
	0 a 3		4-26		27+	
	0 a 3		4-26		27+	
	0 a 3		4-26		27+	

CCVIH: Respuestas correctas: _____, _____% Respuestas Incorrectas: _____, _____% Respuestas NO SE: _____, _____%

PROBLEMAS DETECTADOS

Ansiedad	( )	Duelo	( )	Antecedentes de perdida de seguimiento	( )
Depresión	( )	Problemas para compartir el Dx de VIH	( )	Problemas de apoyo social	( )
Baja Adherencia	( )	Problemas de adaptación al Dx de VIH	( )	Estigma y Discriminación	( )
Consumo de sustancias	( )	Violencia de Pareja	( )	Otros: _____	

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento psicológico	( )	Talleres educativos	( )
Valoración por psiquiatría	( )	Re valoración de salud mental 3 meses	( )
Valoración de trabajo social	( )	Revaloración de salud mental en 6 meses	( )

ANEXO B

CEAT VIH

Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual, sobre su salud y el tratamiento que recibe para el VIH-SIDA. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas, marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuestas "correcta" ni "incorrectas"

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Algunas veces	En ninguna ocasión
1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿Ha dejado de tomar su medicación?	1	2	3	4	5
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor. ¿ha dejado de tomarla?	1	2	3	4	5
4. Si en laguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido ¿ha dejado de tomar la medicación?	1	2	3	4	5

5. ¿Recuerda qué fármaco está tomando en este momento? (escribir los nombres)

_____

6. ¿Cómo calificaría la relación con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
1	2	3	4	5

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7.¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	5	4	3	2	1
8.¿Cómo evaluaria la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9.¿Cómo evalúa los beneficios que le puede 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

	No nunca	Sí, alguna vez	Sí aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastante s veces	Sí siempre
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13. ¿Cuándo los resultados en los análisis son buenos, ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimo y seguir adelante?	1	2	3	4	5

14. Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Indiferente 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos 1	Intensos 2	Medianamente intensos 3	Poco intensos 4	Nada intensos 5
16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?	Mucho tiempo 1	Bastante tiempo 2	Regular 3	Poco tiempo 4	Nada de tiempo 5
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor 1	Poco cumplidor 2	Regular 3	Bastante 4	Muy cumplidor 5
18. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?	Mucha dificultad 1	Bastante dificultas 2	Regular 3	Poca dificultad 4	Nada de dificultad 5

19. Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo o más de uno?	SI	NO

Si respondió afirmativamente. ¿Cuántos días aproximadamente? (_____)

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?	SI	NO

¿Cuál?_____
_____
_____

Total: _____

ANEXO C

MOS-HIV CUESTIONARIO DE 35 PREGUNTAS

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal " X " en la casilla correspondiente. Marque una sola respuesta por pregunta

1. En general, ¿Diría que su salud es?	Excelente 5	Muy buena 4	Buena 3	Pasable 2	Mala 1

2. ¿Cuánto **dolor físico** ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas?**	Ningún dolor 6	Muy poco 5	Poco 4	Moderado 3	Severo 2	Muy severo 1

3. Durante las **últimas 4 semanas,** ¿cuánto ha dificultado **el dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?	Nada en absoluto 6	Muy poco 5	Un poco 4	Medianamente 3	Bastante 2	Extremadamente 1

4. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su **estado de salud actual lo limita** para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

a. El tipo o la cantidad de actividades **vigorosas** que puede hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes intensos	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3
b. El tipo o la cantidad de actividades **moderadas** que puede hacer, como mover una mesa, cargar las compras del mercado	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3
c. Subir una cuesta o unos cuantos pisos por la escalera	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3
d. Doblarse, levantar algo o agacharse	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3
e. Caminar una cuadra	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3
f. Comer, vestirse, bañarse o usar el baño	Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3

5. ¿Le **impide** su salud trabajar, hacer tareas domésticas o ir a la escuela?	SI 1	NO 2

6. ¿Ha habido **algún tipo o cantidad** de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?	SI 1	NO 2

En cada una de las siguientes preguntas, señale por favor la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido usted durante las 4 últimas semanas.

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿**cuánto, del tiempo que dedica a su salud, ha limitado** sus actividades sociales (como visitar a los amigos o a los parientes cercanos)?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6

8. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas:

a. se ha sentido muy nervioso?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
b. se ha sentido tranquilo y sosegado?	Siempre 6	Casi siempre 5	Muchas veces 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
c. se ha sentido desanimado y triste?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
d. se ha sentido feliz?	Siempre 6	Casi siempre 5	Muchas veces 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
e. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6

9. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas:

a. se ha sentido lleno de vida?	Siempre 6	Casi siempre 5	Muchas veces 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
b. se ha sentido agotado?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
c. se ha sentido cansado?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
d. ha tenido fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?	Siempre 6	Casi siempre 5	Muchas veces 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
e. se ha sentido abrumado/agobiado por los problemas de salud?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
f. se ha sentido desanimado por sus problemas de salud?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
g. se ha sentido desesperado por sus problemas de salud?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
h. debido a su estado de salud, ¿ha llegado a tener miedo?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo…

a. ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo, al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
b. se le han olvidado las cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo, el sitio donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía las citas?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6

c. ha tenido usted dificultades para mantener su atención en cualquier actividad durante mucho tiempo?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
d. ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar?	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases

a. Estoy un poco enfermo	Totalmente cierta 1	Bastante cierta 2	No sé 3	Bastante falsa 4	Totalmente Falsa 5
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	Totalmente cierta 5	Bastante cierta 4	No sé 3	Bastante falsa 2	Totalmente Falsa 1
c. Mi salud es excelente	Totalmente cierta 5	Bastante cierta 4	No sé 3	Bastante falsa 2	Totalmente Falsa 1
d. Me encuentro mal últimamente	Totalmente cierta 1	Bastante cierta 2	No sé 3	Bastante falsa 4	Totalmente Falsa 5

12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas 4 semanas? Es decir, ¿cómo le han ido las cosas?

Muy bien, no podría haber ido mejor 5	Bastante bien 4	Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo 3	Bastante mal 2	Muy mal, no podría haber ido peor 1

13. ¿Comparando su salud física y emocional con la de hace 4 semanas, como la calificaría ahora?

Mucho mejor 5	Algo mejor 4	Más o menos igual 3	Algo peor 2	Mucho peor 1

ANEXO D

INER

Impacto de un modelo de intervención integral sobre la pérdida de seguimiento clínico en personas con VIH

CIENI

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: Impacto de un modelo de intervención integral sobre la pérdida de seguimiento clínico en personas con VIH. Estudio 2.
Patrocinador: Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT).
Sitio de Investigación: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI).
Investigadores:
Dr. Gustavo Reyes Terán (Responsable ante el INER)
Dra. Candela Iglesias Chiesa (CIENI, INER)
Dra. Evelyn Rodríguez Estrada (CIENI, INER)
Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez (CIENI, INER)
Dra. Ivonne Nalliely Pérez Sánchez (CIENI, INER)
Dirección:
Calzada de Tlalpan #4502, Col. Sección XVI Del. Tlalpan C.P. 14080, Ciudad de México.
Tel: 56 66 79 85 ext. 169, 171
E-mail: evelyn.rodriguez@cieni.org.mx, nancy.caballero@cieni.org.mx, ivonne.perez@cieni.org.mx

Comité de Ética en Investigación
05 SET. 2016
APROBADO
INER

Estimado(a):
Ésta es una invitación para participar en una investigación que estudiará a un grupo de personas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es el virus que causa e síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Su participación es completamente voluntaria. Este estudio se realizará con apoyo del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), instituciones de renombrado prestigio científico en nuestro país.

Resumen del estudio: Objetivos e importancia.
El presente estudio, tiene como objetivos:
1. Identificar los factores de riesgo para inadecuada adherencia al tratamiento y para la pérdida de seguimiento clínico a través de la aplicación de instrumentos clinimétricos y una envista semiestructurada realizada durante una evaluación de Salud Mental, en todos los usuarios nuevos del CIENI y los que se encontraban en pérdida de seguimiento médico y retomaron su seguimiento y tratamiento antirretroviral. Cuando se identifiquen factores de riesgo para pérdida de seguimiento clínico o adherencia inadecuada, el paciente será canalizado a una de las intervenciones psicosociales brindadas en el CIENI.

Procedimientos, riesgos y molestias.
Los procedimientos para lograr los objetivos mencionados consistirán en:
1. La aplicación de instrumentos clinimétricos y una entrevista semiestructurada, lo que no implica ningún riesgo ni molestia para usted. En caso de aceptar participar en el estudio es necesario que usted conteste de forma completa una batería de instrumentos, lo cual le llevará alrededor de 20 minutos y acuda a la sesión de evaluación en Salud Mental. Uno de los instrumentos clinimétricos es un cuestionario de conocimientos sobre VIH y tratamiento antirretroviral, el cual está en proceso de validación, es decir, en un proceso para asegurar que los reactivos que contiene son los adecuados para medir ese conocimiento en las personas que viven con VIH, por lo que requerimos su autorización para obtener algunos de sus datos clínicos en los expedientes del CIENI (como carga viral y células CD4), datos que nos ayudarán a el proceso de validación.

Carta de consentimiento informado Estudio 2 (versión 2) 1

2. En caso de ser necesario usted será canalizado para recibir uno o varias de las estrategias brindadas en el CIENI: educativas, sociales y/o psicológicas, lo que no implica ningún riesgo ni molestia para usted. En caso de aceptar participar en el estudio es necesario que usted se comprometa a asistir a las sesiones puntualmente y realice las actividades que se le asignen.

Es importante mencionarle que todos los datos que proporcione serán manejados de forma confidencial.

Costos.

Todos los gastos que se requieran para la realización de esta investigación serán cubiertos por el INER. Así que la evaluación inicial de Salud Mental, las evaluaciones subsecuentes y las sesiones de las intervenciones psicosociales que usted requiera serán totalmente gratuitas.

Beneficios.

Usted no obtendrá beneficio económico alguno al participar en el presente estudio; sin embargo puede beneficiarse de las intervenciones para mejorar su tratamiento antirretroviral y/o retomar su seguimiento clínico y así mejorar su salud y calidad de vida.

Optatividad y libertad de retirarse.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, esto implica que usted puede decidir no participar. Si usted decide no participar en el estudio, su decisión será absolutamente respetada, si decide participar puede retirarse de este estudio (interrumpir su participación) en cualquier momento. Ninguna de las dos razones previas afectará la calidad de la atención médica que recibe en esta institución en el futuro.

Confidencialidad.

La información de este estudio será confidencial y su nombre no aparecerá en dicha investigación, respetando su privacidad y su identidad. Para salvaguardar su anonimato, a sus datos se les asignará un código numérico común, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Los archivos del estudio que lo identifican se conservarán de manera confidencial como lo requiere la ley. Las Regulaciones Federales de Privacidad proporcionan protección en cuanto a privacidad, seguridad y acceso autorizado. Excepto cuando lo requiera la ley, usted no será identificado/a por nombre, domicilio, número de teléfono, o cualquier otro identificador personal directo en registros del estudio, se le asignará un número de clave para proteger la confidencialidad de los participantes del estudio.

La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a su familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin su autorización explícita, excepto en el caso en que la ley lo obligue. Si usted cambia de domicilio o teléfono, por favor avise a los investigadores a los teléfonos de contacto proporcionados. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones que incluye este protocolo se cumplan.

Dudas y Comentarios.

Si en cualquier momento usted tiene dudas o comentarios respecto a su participación, sobre el estudio mismo, o en relación con sus derechos puede consultar en todo momento a los responsables de este proyecto: Dra. Evelyn Rodríguez Estrada (psiquiatra del CIENI), a la Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez (psicóloga del CIENI) o a la Dra. Ivonne Nalliely Pérez Sánchez (psicóloga del CIENI) en la dirección y teléfono indicados en la primera página de este documento. Del mismo modo, usted puede ponerse en contacto con la Dra. Rocío Chapela Mendoza, presidenta del Comité de Ética en Investigación del INER al 5487-1700 ext. 5254.

05 SET. 2016
APROBADO
INER

Consentimiento.

Me han proporcionado la hoja de consentimiento informado. Me han explicado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con _____, quién ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio, además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo/a para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico dentro de esta institución en el futuro. He comprendido que no seré identificado en el caso de que los resultados que se obtengan con los cuestionarios que responderé se publiquen en reuniones científicas nacionales o internacionales. Basado sobre esta información, **acepto voluntariamente participar en este estudio**. Me he quedado con una copia de este documento y de la Declaración de los Derechos de las Personas en Experimentación.

Nombre Completo (persona que participa en el estudio):

_____

Dirección y teléfono de contacto:

_____

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo 1 (Nombre Completo):

_____

Dirección y teléfono de contacto:

_____

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo 2 (Nombre completo):

_____

Dirección y teléfono de contacto:

_____

Fecha: _____ Firma: _____

Médico/Investigador que realizó la discusión de este documento:

_____

Fecha: _____ Firma: _____

Comité de Ética en Investigación
05 SET. 2016
APROBADO
INER

DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EXPERIMENTACIÓN

Los derechos que enseguida se describen son los que todas las personas a quienes se les solicitan participar en un estudio de investigación. Por tanto, como un individuo en experimentación, yo tengo los siguientes derechos:

1. Que me expliquen de qué se trata el estudio y qué están tratando de encontrar. Es decir, debo saber con todos los detalles los objetivos de investigación.
2. Que me digan exactamente qué me sucederá si participo en un estudio de investigación.
3. Que me expliquen si alguno de los procedimientos, medicamentos o dispositivos que se emplearán en la investigación son diferentes de los que se usan en la práctica médica rutinaria. Si son diferentes, debo saber con exactitud en qué consisten las diferencias.
4. Que me describan con precisión, y de manera que yo lo entienda bien, la frecuencia y la importancia de los riesgos a los que seré sometido y de los efectos adversos o molestias de las cosas que me ocurrirán por los propósitos de investigación.
5. Que me digan si yo puedo esperar algún beneficio de mi participación y, si así fuera, cuál sería el beneficio.
6. Que me expliquen otras opciones que yo tengo y cómo esas opciones pueden ser mejores, iguales o peores que las de este estudio.
7. Que me permitan hacer cualquier pregunta que se me ocurra respecto al estudio antes de dar mi consentimiento para participar y durante el curso del estudio (si decido participar).
8. Que me digan qué tipos de tratamientos están disponibles para mí, en el caso de presentarse alguna complicación.
9. Puedo negarme a participar en todo o, si decido participar, puedo cambiar mi decisión acerca de mi participación después de que haya comenzado el estudio. Esta decisión no afectará mis derechos para recibir la atención médica que yo recibiría si no estuviera en el estudio.
10. Debo recibir una copia del documento o de la forma escrita de mi consentimiento para participar en esta investigación.
11. Nadie puede ni debe presionarme cuando yo esté considerando tomar la decisión de participar o no en el estudio.

Si tengo otras dudas o preguntas, puedo solicitar al Dr. Gustavo Reyes Terán (Tel. 54871700 ext. 5272), investigador principal y Jefe del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) o a los co-investigadores del estudio, que me las resuelvan. Además, puedo establecer comunicación con el Comité Ética en Investigación del INER, que se preocupa por la protección de los voluntarios de los proyectos de investigación, con su presidente, la Dra. Rocío Chapela Mendoza (Tel. 54871700 ext. 5254) de 8:00 A.M. a 4:00 P.M., de lunes a viernes, o puedo escribir a: Comité de Ética en Investigación, Unidad de Investigación, INER, Calzada de Tlalpan No. 4502, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Comité de Ética en Investigación
05 SET. 2016
APROBADO
INER