

Med. Magaña Reyes Edgar Uriel

Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica
en pacientes con VIH

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL ASOCIADO A ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIH**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para la obtención de grado

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico Magaña Reyes Edgar Uriel

Dirigido por:

Dra. Rosillo Ortiz Ivonne

Co-Director:

Dra. Escorcia Reyes Verónica

Querétaro, Qro. **Noviembre 2023**



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia
terapéutica en pacientes con VIH

por

Edgar Uriel Magaña Reyes

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESN-302636



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

“RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL ASOCIADO A ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES CON VIH”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad de Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Magaña Reyes Edgar Uriel

Dirigido por:

Dra. Rosillo Ortiz Ivonne
Médico Especialista en Medicina Familiar

Co-dirigido por:

Dra. Escorcía Reyes Verónica
Médico Especialista en Medicina Familiar

Med. Esp. Ivonne Rosillo Ortiz
Presidente

Med. Esp. José Luis Loya Martínez
Secretario

Mtra. Verónica Escorsia Reyes
Vocal

Med. Esp. Erasto Carballo Santander
Suplente

Mtro. Omar Rangel Villicaña
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Noviembre, 2023
México

Resumen.

Introducción: El Virus de Inmunodeficiencia Humana es una pandemia que afecta a más de 84.2 millones de personas a nivel Mundial. La adherencia terapéutica a los antirretrovirales es importante para lograr una adecuada supresión de la replicación viral. Es importante identificar los factores involucrados en la adherencia terapéutica a nivel personal como la resiliencia y el apoyo social. **Objetivo:** Determinar el apoyo social y resiliencia asociado con la adherencia terapéutica. **Material y métodos:** Estudio comparativo de asociación en pacientes con diagnóstico confirmado de VIH, adscritos al IMSS San Juan del Río, Qro; de enero 2022 a enero del 2023. Se incluyeron 106 pacientes con el diagnóstico confirmado de VIH en tratamiento antirretroviral, conformando 2 grupos con adherencia terapéutica a los antirretrovirales (53 pacientes) y no adherentes (53 pacientes) clasificados de acuerdo a las categorías del Instrumento VPAD-24. El cálculo de muestra fue con fórmula para estudios comparativos de proporciones. Muestreo no probabilístico por cuota. Se estudiaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, tipología familiar y nivel socioeconómico) y variables clínicas (tiempo de inicio de tratamiento antirretroviral, pareja serodiscordante, prácticas sexuales, otras enfermedades de transmisión sexual, tratamiento antirretroviral, alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías). La resiliencia se categorizó con el Instrumento RESI-M el cual la identifica en tres categorías baja, media y alta. El apoyo social fue determinado como máximo, medio y mínimo, de acuerdo al Instrumento MOS. Analizando sus cuatro dimensiones la emocional, instrumental, interacción positiva y afectiva. **Plan de análisis:** incluyó porcentajes, promedios, desviación estándar, prueba de Mann Whitney y prueba de Chi 2. **Resultados:** El apoyo social está asociado al tipo de adherencia, en el grupo no adherente 9.4% tiene el grado máximo y el grupo con adherencia 54.7% ($p=0.000$). En el grupo no adherente 18.9% presenta alta resiliencia y en el grupo con adherencia es 64.2% ($p=0.000$). **Conclusiones:** se encuentra asociación entre la resiliencia alta, el apoyo social máximo y la adherencia terapéutica.

Palabras clave: resiliencia, apoyo social, adherencia terapéutica, Virus de inmunodeficiencia humana, VIH.

Summary.

Introduction: The Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a pandemic that affects more than 84.2 million people in the World. Therapeutic adherence to antiretrovirals is important for adequate suppression of viral replication. It is important to identify the factors involved in therapeutic adherence at a personal level, such as resilience and social support. **Objective:** To determine the social support and resilience associated with therapeutic adherence in patients with HIV. **Material and methods:** Association study in patients diagnosed with HIV on antiretroviral treatment. 106 patients were included, forming 2 groups with therapeutic adherence to antiretrovirals and non-adherent. The sample was obtained with the sampling formula of comparative studies of proportions. Sociodemographic variables and clinical variables were studied. Resilience was categorized with the RESI-M Instrument, which identifies it in three categories: low, medium and high. Social support was determined as maximum, average and minimum, according to the MOS Instrument. Analyzing its four dimensions: emotional, instrumental, positive and affective interaction. **Analysis plan:** included percentages, means, standard deviation, Mann Whitney test and Chi 2 test. **Results:** Social support is associated with the type of adherence, in the non-adherent group 9.4% has the maximum degree and the group with adherence 54.7% ($p=0.000$). In the non-adherent group, 18.9% presented high resilience and in the group with adherence it was 64.2% ($p=0.000$) **Conclusions:** an association was found between high resilience, maximum social support and therapeutic adherence. **Keywords:** resilience, social support, therapeutic adherence, Human Immunodeficiency Virus, HIV.

Dedicatorias

Para todas aquellas personas que participaron en este estudio, gracias por su muestra de empatía y solidaridad, por afrontar su enfermedad y seguir adelante.

Aquellas personas que me han acompañado a lo largo de mi crecimiento profesional, para tender una mano amiga, para llegar a ser mejores.

A mis padres y hermanas, admiro su coraje, dedicación

Les quiero y les apoyo siempre.

Agradecimientos

Las personas más importantes no se buscan, la vida te las presenta.

La manera de expresar el sincero sentimiento de agradecer a las personas por las aportaciones en tu vida y en este caso en la Tesis, aceptar que los diferentes puntos de vista enriquecen el desarrollo de la misma.

Agradezco profundamente a mis tutores por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada.

Tenía tantas maneras de llegar a mi destino, pero me mostraste la manera correcta de realizarlo, gracias por hacer el trayecto más fácil y dirigirme por el camino correcto.

A mis profesores quien con sus conocimientos y apoyo hicieron posible la realización de este proyecto: Dra. Verónica Escorcía Reyes, Dra. Rosillo Ortiz Ivonne, Lic. Galicia Rodríguez Liliana y Dr. Villarreal Ríos Enrique. Gracias infinitas por su tiempo y dedicación.

A todas las personas que hacen que mi vida sea cada día mejor: mis padres, Elena Reyes Martínez y Felipe Magaña Loya. Mis hermanas Jessica y Elena. Y a todos aquellos que constituyen una parte esencial de este escalón profesional.

La verdadera amistad resiste el tiempo, la distancia y el silencio. Gracias por corresponderla Dra. Karla Gabriela Villa Díaz.

A todos nosotros, y a los anónimos, ha sido un enorme placer, muchas gracias.

Índice.

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas.	viii
I.- Introducción	1
II.- Antecedentes	2
II.1 Virus de Inmunodeficiencia humana	2
II.1.1 Epidemiología de VIH	3
II.1.2 Tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH	4
II.2 Resiliencia	6
II.2.1 Epidemiología de Resiliencia en pacientes con VIH	8
II.2.2 Instrumento para medir resiliencia	9
II.3 Apoyo social	10
II.3.1 Epidemiología de Apoyo social en pacientes con VIH	11
II.3.2 Instrumento para medir apoyo social	12
II.4 Adherencia terapéutica	13

II.4.1 Epidemiología de adherencia terapéutica	16
II.4.2 Instrumento de evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con VIH	17
III. Hipótesis	18
IV. Objetivos	19
V. Material y métodos	20
V.1 Tipo de investigación	20
V.2 Población o unidad de análisis	20
V.3 Muestra y tipo de muestra	20
V.3.1 Criterios de selección	21
V.3.2 Variables estudiadas	22
V.4 Procedimientos	22
V.4.1 Análisis estadístico	23
V.4.2 Consideraciones éticas	24
VI.1 Resultados	24
VI.1.1 Características socio demográficas	24
VI.1.2 Características clínicas	27
VI.1.3 Apoyo social	30
VI.1.4 Resiliencia	31
VI.2 Discusión	37
VII.1 Conclusiones	42

VII.2 Propuestas	43
VIII. Referencias	44
IX. Anexos	59

Índice de Cuadros.

Cuadro	Página
Cuadro 1. Prevalencia de escolaridad y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.	32
Cuadro 2. Prevalencia de nivel socioeconómico y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	32
Cuadro 3. Prevalencia de tipología familiar y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	33
Cuadro 4. Prevalencia de prácticas sexuales y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	34
Cuadro 5. Prevalencia de otras enfermedades de transmisión sexual en pacientes con VIH	35
Cuadro 6. Prevalencia de tratamiento en pacientes con VIH	36
Cuadro 7. Prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías en pacientes con VIH	37
Cuadro 8. Prevalencia Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	37
Cuadro 9. Prevalencia de resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	39
Cuadro 10. Asociación entre las características sociodemográficas y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	39
Cuadro 11. Asociación de las prácticas sexuales, otras enfermedades de transmisión sexual y tipo de tratamiento con adherencia terapéutica en pacientes con VIH	41

Cuadro 12. Asociación de toxicomanías con adherencia terapéutica en pacientes con VIH	42
Cuadro 13. Asociación entre apoyo social y sus dimensiones, con adherencia terapéutica en pacientes con VIH	43
Cuadro 14. Asociación entre resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con VIH	44

Abreviaturas y siglas

CD-RISC Escala de Resiliencia de Connor Davidson

EUA Estados Unidos de América

GESIDA Grupo de Estudio del SIDA

MOS Medical Outcomes Study (Estudio de médicos)

OMS Organización Mundial de la Salud

RESI-M Escala de Resiliencia Mexicana

RSA The Resilience Scale for Adults (La escala de resiliencia para adultos)

SIDA Síndrome de inmunodeficiencia humana

TAR Tratamiento antirretroviral

UMF Unidad de Medicina Familiar

VIH Virus de inmunodeficiencia humana

VPAD-24 Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH

I. Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de Salud Pública. Desde sus inicios a la fecha ha afectado a más de 84.2 millones de personas a nivel mundial, con una mortalidad de 40.1 millones hasta diciembre del 2022. América Latina presenta un incremento del 21% en los casos de VIH desde el 2010. (Ceballos, 2021; ONUSIDA 2020)

En América Latina para el 2019 se presentaron 37 mil defunciones secundarias a esta enfermedad. En México en el 2022 se reportó un total de 123,786 personas en tratamiento antirretroviral (TAR) con estatus activo (97,523 hombres y 26,263 mujeres). (Ceballos, 2021; ONUSIDA 2020)

En el estado de Querétaro para el cuarto trimestre del 2022 se contaba con 1,363 hombre y 220 mujeres en TAR. (Finkelstein, 2022).

El VIH presenta una rápida velocidad de replicación y mutación, por lo que un adecuado tratamiento y seguimiento son relevantes en la supervivencia y calidad de vida del paciente. (Pérez, 2021)

La adherencia al tratamiento en pacientes seropositivos se describe como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. (Ventura, 2014)

La resiliencia se considera un predictor del bienestar emocional y psicológico de las personas que viven con VIH, así como un determinante para llevar a cabo la adherencia terapéutica. Se describe como “las cualidades de las personas para poder adaptarse ante las adversidades que se puedan presentar a lo largo de su vida y la manera en que estas influyen para poder aprender de ellas y obtener un aprendizaje”. (Estrada, 2021; Fumaz, 2015; Palomar, 2010)

El apoyo social se describe como “la manera subjetiva del apoyo con el que cuenta el paciente, (emocional, instrumental e informacional), confianza o intimidad por parte de sus redes familiares y sociales” se ha demostrado que las personas que cuentan con apoyo social tendrán una mayor aceptación de la enfermedad, un mejor cumplimiento de las metas terapéuticas y por lo tanto resultados favorables en el control de la enfermedad. (Díaz, 2018; Fumaz, 2015)

Se han establecido factores que influyen en la no adherencia terapéutica en el VIH, siendo esta una enfermedad de vigilancia epidemiológica y estricto control, el estudio de estos factores es primordial para un adecuado control del paciente. (Fumaz, 2015; Urizar, 2020)

La resiliencia y el apoyo social se identifican como determinantes en el seguimiento del paciente con VIH, por lo que su comprensión y conocimiento debe ser considerado por el personal de salud en la atención de estos pacientes. (Estrada, 2021)

La adherencia terapéutica en pacientes con VIH se ve influenciada por la resiliencia desarrollada, así como el apoyo social otorgado en su entorno familiar, laboral y social. Las herramientas que el individuo desarrolle son determinantes para el seguimiento y control de su enfermedad y tratamiento. (Kalichmana, 2020)

II. Antecedentes

II.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Desde el surgimiento en la década de los 80's del VIH/SIDA, es un problema Mundial por su impacto económico, social y el efecto negativo sobre la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. En México desde el 2006, los pacientes con VIH tienen acceso gratuito al tratamiento antirretroviral, lo que se ha manifestado como un mayor control del virus en el territorio Nacional. (Viciano, 2015)

Existen variantes para llamar a una persona con diagnóstico de VIH se le denomina seropositiva o VIH positivo. La aparición de síntomas de inmunosupresión puede variar de unos pocos meses e incluso llegar hasta los 20 años de manera sintomática. (Belmar, 2017)

Los estigmas de atribuir esta enfermedad a grupos específicos de la sociedad actual como los trabajadores sexuales, consumidores de drogas intravenosas, homosexuales, personas con múltiples parejas sexuales o gente descuidada en su higiene personal. Pueden repercutir en la atención oportuna de la enfermedad. (Belmar, 2017)

El VIH frecuentemente es asociado a una muerte prematura, por lo que la sociedad tiende a darle un contexto de tipo temporal, es decir una sentencia de muerte prematura a corto plazo, considerando una muerte social para las personas que rodean al paciente contagiado. Generalmente se ve relacionado con una apariencia enferma, discriminación en el trabajo y una discriminación afectiva. (Belmar, 2017)

Parejas VIH discordantes o serodiscordante:

Se definirá así a la pareja donde uno de los individuos es VIH positivo y la otra persona es negativo. En un estudio se demostró que el 91% de los hombres proporcionaron una prueba de gota de sangre seca comprobable al inicio del estudio y el 77% proporcionó una muestra comprobable a los 3 meses de seguimiento con una carga viral indetectable. (Teran, 2021)

En la actualidad se tienen pocos registros de esta variable, pero se ha considerado en muchos estudios recientes, que afirman que es un factor determinante secundario de la adherencia terapéutica a los antirretrovirales. (Viciano, 2015).

II.1.1 Epidemiología de VIH

La infección por VIH es uno de los problemas de salud a nivel nacional y mundial. En el 2020 1.5 millones de personas contrajeron VIH, 37.6 millones vivían con VIH y 690mil personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida. (ONUSIDA, 2020)

El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa, que causa un defecto en la inmunidad celular, relacionada con infecciones oportunistas. Se estima que a nivel mundial se infectan quince mil personas cada año, la mitad de ellos personas entre 15 y 34 años. (Belmar, 2017)

El VIH es un problema de Salud Pública. En México para el primer trimestre del 2021 se reportaron 2,248 casos nuevos, de los cuales 36 corresponden al estado de Querétaro. Para el mes de mayo del presente año se registra un total de 113,788 personas en tratamiento antirretroviral con estatus activo en la plataforma SALVAR de la secretaria de Salud. (Ceballos, 2021)

En nuestro País se registra una razón hombre-mujer de 4:1, en el estado de Querétaro existe una de las relaciones más altas 7:1 (equivalente al 86.89%), sólo superado por la Ciudad de México con una relación 8:1. La principal vía de contagio sigue siendo las relaciones sexuales, presentando un 99.5% en los casos notificados en el presente año. Mientras que el uso de drogas intravenosas y la transmisión perinatal representan el 0.3% y el 0.2% respectivamente. (Ceballos, 2021)

En México, existe poca evidencia de la calidad de vida de los pacientes afectados por el VIH/SIDA. Sin embargo, las ciudades en la frontera al norte del país, reportan una frecuencia de VIH/SIDA mayor hasta tres veces en comparación con el resto de México y una calidad de vida más alta. (Plasencia de la Torre, 2019)

En la actualidad el cuidado de los pacientes con VIH se ha vuelto una prioridad en las Instituciones de Salud a nivel mundial. Es fácil acceder a las pruebas diagnósticas, y a la permanencia sanitaria en caso de ser detectados como portadores de este virus. (Pérez, 2020)

II.1.2 Tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH

Existen diferentes criterios para comenzar el medicamento antirretroviral en pacientes seropositivos.

- Infección sintomática.
- Infección asintomática: Linfocitos TCD4 <350 cel/ul. Iniciar si se encuentra entre 350 a 500 cel/ul.
- Cuando TCD4 es mayor a 500 cel/ul, se recomienda diferir el TAR, excepto con alguna de las siguientes enfermedades: cirrosis hepática, hepatitis crónica por virus C, hepatitis B con indicaciones de tratamiento, edad >55 años, riesgo cardiovascular elevado o nefropatía por VIH.
- Parejas serodiscordantes con riesgo de transmisión del VIH. (Pérez, 2020)

Actualmente la base de la terapia de los pacientes con VIH es la terapia antirretroviral de gran actividad, que tiene como base evitar la replicación del virus. Para esto se administra una combinación de tres o más antirretrovirales, aunado a la prolongación de la vida de los pacientes y la mejoría de su calidad de vida. (Pérez, 2021)

Para mantener una supresión adecuada se requiere un apego estricto al horario de los fármacos empleados. Para incrementar la esperanza de vida de los pacientes es importante el aumento del conteo de CD4 y disminuir la carga viral, hasta valores indetectables. Esto es considerado un valor predictivo para la disminución de mortalidad por el VIH. (Pérez, 2021)

El tratamiento del VIH-SIDA es uno de los más complejos, implica un estrés adicional para el enfermo, por lo que hace más evidente la importancia del apoyo social para su adecuada adhesión. El apoyo social es considerado como el conjunto de recursos sociales existentes, de diferentes aspectos que recibe un individuo en ciertas circunstancias. (Pérez, 2020)

Para comenzar con la terapia el principal factor es la certeza de que el inicio temprano las favorece a largo plazo. Los motivos para no aceptar el tratamiento inicial fueron el miedo a los efectos secundarios y adversos de los medicamentos y creer que aún no lo necesitaban. Los principales motivos para el abandono del tratamiento es el sentimiento de terminar rápido con su vida por la sensación de soledad y desesperanza. (Pérez, 2021)

El tratamiento ayuda a reducir la carga viral, aumentar los linfocitos TCD4 y llevar una vida sana y productiva. En las instituciones de Salud pública pueden existir problemas de adherencia terapéutica que por consecuencia llevan al paciente a un aumento de la carga viral, ocasionando mayores ingresos hospitalarios y provocando la evolución natural de la enfermedad hacia un síndrome de inmunodeficiencia adquirido, una resistencia farmacológica y disminución de la calidad de vida de los pacientes. (Viciano, 2015)

La terapia antirretroviral de gran actividad es la base de los medicamentos para tratar la infección por el VIH. Este consiste en la utilización de tres o más fármacos antirretrovirales simultáneos para la supresión de la replicación del virus. Considerado un elemento primordial para mejorar la esperanza y su calidad de vida. Al aumentar la sobrevida, aumenta el conteo de linfocitos CD4, para disminuir la carga viral hasta que esta se vuelva indetectable. (Urizar, 2020)

II.2 Resiliencia

Para describir la Resiliencia es necesario identificar que algunos individuos no logran solo superar la adversidad, sino incluso logran salir fortalecidos de ella. A estas personas se les llama resiliente. La resiliencia entonces no se percibe como unidimensional o un atributo dicotómico. Este término implica las características de múltiples habilidades en diferentes grados que ayudan a los individuos al afrontamiento de diversas situaciones que se presentan. (Palomar, 2010)

A finales de 1970, se empezó a utilizar el término de resiliencia en las áreas sociales, por la observación de que algunos niños nacidos en hogares problemáticos, donde uno o ambos padres eran alcohólicos, tenían una fortaleza biológica que les permitía crecer saludables y superar su problemática, logrando una excelente calidad de vida. (Fernandes, 2014)

Rutter en 1993 define la Resiliencia como la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad. (Palomar, 2010)

La resiliencia implica posesión de habilidades que ayudan a la persona a afrontar los problemas de su vida. Las personas que sobreviven a circunstancias difíciles durante su vida pueden tener el riesgo de padecer consecuencias psicológicas, la resiliencia ayuda a tolerarlas y obtener fortaleza de ellas. El concepto de resiliencia es definido como la adaptación positiva bajo un enfoque de riesgo. (Fernandes, 2014; Palomar, 2010, Reivich & Shatté, 2002)

Está conformado por tres principales componentes: la capacidad de afrontar, la capacidad de continuar desarrollándose y la capacidad de crecer aumentando, así la competencia, el auto enfrentamiento y la autoeficacia, son piezas fundamentales para el desarrollo de la resiliencia. (Fernandes, 2014)

La Resiliencia se considera como un determinante para llevar a cabo la adherencia terapéutica. Se describe como las cualidades de las personas para

poder adaptarse ante las adversidades que se puedan presentar a lo largo de su vida y la manera en que estas influyen para poder aprender de ellas y obtener un aprendizaje. (Palomar, 2010)

II.2.1 Epidemiología de Resiliencia en pacientes con VIH

La resiliencia es un predictor del ajuste del bienestar emocional y psicológico en personas viviendo con la infección del VIH. Un estudio que evaluó la resiliencia y su asociación con la percepción de envejecer, copiar estrategias, calidad de vida y el estatus emocional en un grupo de gente con diagnóstico de VIH. Concluyeron que resiliencia fue de moderadamente alta a alta en 43% de los participantes, moderadamente baja a moderada en 37.7% y muy baja en 19.2%. (Fumaz, 2015)

Un estudio que buscaba encontrar la relación de la conducta sexual y variables sociodemográficas con la resiliencia en pacientes con VIH. Concluyó una resiliencia alta de 27.68%, una resiliencia media de 49.05% y por último una resiliencia baja de 23.37%. Las variables sociodemográficas que encontraron con mayor frecuencia en la resiliencia alta fueron: según su nivel de escolaridad de secundaria (39% del total), de los cuales el 63% percibe un apoyo social máximo y 21% un apoyo social mínimo. (Fernandes, 2014)

En Campeche, México en el 2021, encontraron una adherencia terapéutica: del 63.1% con un nivel alto de adherencia y el 5.3% obtuvo un nivel bajo de adherencia. En cuanto a la resiliencia identificaron el 42.1% con un nivel bajo y el 18.4% con un nivel alto. (Estrada, 2021)

En un estudio transversal realizado en Toluca Estado de México, la resiliencia para pacientes con VIH en el primer nivel de atención encontrada era de una resiliencia alta con 68%, resiliencia media 18% y una resiliencia baja del 14%. (Pacheco, 2015)

Un estudio transversal realizado en Barcelona España en el 2015, denominado “Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients”. El análisis incluyó 151 pacientes y obtuvo como resultado: la resiliencia fue de alta a moderadamente alta en el 43% de los participantes, resiliencia moderadamente baja a moderada en 37.7% y por último una resiliencia muy baja de 29%. (Fumaz, 2015)

II.2.2 Instrumento para medir Resiliencia

La escala RESI-M es una escala de medición de resiliencia en mexicanos, la cual tiene validez desde 2010, permite tomar como referencia diferentes dimensiones individual, familiar y social. (Palomar, 2010)

La Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), se elaboró a partir de dos instrumentos: el primero es el The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) realizado por Connor y Davidson en 1999. El segundo instrumento es The Resilience Scale for Adults (RSA), elaborado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen en el 2001. Los instrumentos fueron traducidos y aplicados consecutivamente. (Palomar, 2010)

La RESI-M contiene cinco grupos en los cuales destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social. El nivel individual, habla de fijarse metas, el estado de ánimo elevado, el autocontrol, el autocompromiso, afrontamiento pacifico de los problemas, el optimismo, todas las herramientas fuertes para afrontar situaciones inesperadas y difíciles. (Palomar, 2010)

Los resultados muestran que 43 ítems identificando a 5 factores:

- 1.- Fortaleza y confianza en sí mismos (Alpha de Cronbach de 0.92),
- 2.- Competencia social (Alpha de Cronbach de 0.87),

3.- Apoyo Familiar (Alpha de Cronbach de 0.87),

4.- Apoyo Social (Alpha de Cronbach de 0.84) y

5.- Estructura (Alpha de Cronbach de 0.93).

II.3 Apoyo social

El apoyo social contempla diferentes factores, la familia constituye la primera red de apoyo, esta instancia proporciona una función protectora que genera la vida cotidiana. Las dimensiones que se contemplan en el apoyo social también incluyen el área emocional, instrumental, interacción social positiva y afectiva. (Díaz, 2018)

El apoyo social se percibe como la manera subjetiva como la ayuda con la que cuenta el paciente (emocional, instrumental e informacional), confianza o intimidad por parte de sus redes familiares y sociales. Es una variable elemental para el paciente mexicano con VIH y la familia es el principal proveedor de este. Los pacientes que perciben débiles relaciones de apoyo muestran desaliento y bajo ánimo, para enfrentar la vida y las necesidades de autocuidado. (Martínez, 2014)

En la relación que presenta con sus relaciones interpersonales y que se perciben de manera positiva o negativa, influyen en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica. La dinámica del estudio del apoyo social se inició en los años setenta, por razones de índole empírica, que esperaban una utilidad de mantenimiento de la salud y la mejora de la enfermedad. (Pérez, 2020)

La hipótesis de la amortiguación nos habla sobre la manera de lidiar con las situaciones estresantes, la misma menciona que las personas que cuentan con apoyo social tendrán una aceptación a la enfermedad y una mayor adhesión terapéutica, existe una estrecha relación entre depresión, afrontamiento, apoyo

social y adherencia terapéutica en los pacientes que viven con VIH. (Caballero, 2018)

El apoyo social permite la adaptación del paciente a algunos cambios, indispensables para mejorar su calidad de vida, como consecuencia de la orientación médica determinada por su salud, porque debe considerarse como la manera en que el paciente vive su enfermedad, incluyendo los cuidados médicos dirigidos a atender su salud, mejorar su estilo de vida y prevenir posibles complicaciones. (Placencia de la Torre, 2019)

En situaciones en las que se produce la muerte de algún familiar infectado por el VIH SIDA, se evidencia un reacomodamiento en la red familiar, en función de la asunción de nuevas responsabilidades y establecimiento de roles diferentes a los que venían desempeñando las personas involucradas en la misma. (Pacheco, 2015)

II.3.1 Epidemiología de Apoyo Social en pacientes con VIH

Un estudio realizado en 2019, buscaba la correlación entre las variables psicológicas y la no adherencia a los antirretrovirales, encontró que existe un mayor apoyo social en aquellos pacientes que lograron adherirse adecuadamente a su tratamiento. (Placencia de la Torre, 2019)

En México 2018, se encontró relación entre apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes portadores de VIH, se aplicó la escala de MOS a un total de 185 pacientes. Concluyeron que el grupo adherente el 89% de los pacientes recibió apoyo social global máximo y el 11% percibió un apoyo social medio. (Díaz, 2018)

Un estudio buscaba determinar la asociación entre apoyo social y tipología familiar en mujeres con VIH. Utilizando el Cuestionario MOS en 100 mujeres, encontró que en las familias nucleares el 83% de las participantes percibían un

apoyo social máximo y contrario a la familia nuclear extensa que era del 27%. (Polo-Payeres, 2021)

Un estudio descriptivo, en pacientes con VIH de recién diagnóstico en primer nivel de atención. Encontró que la tipología familiar con mayor prevalencia fue del 72% familia nuclear, 14% familia compuesta, 6% para seminuclear y 8% consanguínea. Considerando que la familia constituye la primera red de apoyo en los pacientes con diagnóstico de VIH, nos ayuda a comprender el contexto social de la población con esta patología en México. (Pacheco, 2015)

Un estudio descriptivo del 2018, donde se aplicó la escala de MOS. Concluyó que el 54% de los pacientes tuvo una buena adherencia terapéutica, con un apoyo social máximo del 89% y un apoyo social medio del 11%. (Díaz, 2018)

II.3.2 Instrumento para medir apoyo social

Existen diferentes escalas para la medición de apoyo social, una de ellas es la escala MOS (Medical Outcomes Survey), fue descrita en EUA en 1991, desarrollado por Sher-bourne. Fue validado en pacientes mexicanos con diagnóstico de VIH en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en el 2014, se empleó la versión validada por De la Revilla en el 2005, en España. (Martínez, 2014)

La escala MOS mide 4 factores clasificados a su vez en máximo, medio y mínimo. Los cuales son:

- Apoyo emocional/informativo.
- Apoyo afectivo.
- Apoyo tangible.
- Relaciones o interacción sociales positiva (Martínez, 2014)

El instrumento MOS en sus 20 reactivos autoaplicables, permite conocer la red extrafamiliar y familiar, manteniendo la ventaja de su validez y sencillez. El índice Global se clasifica en máximo, medio y mínimo. Con un alfa total de Cronbach de 0.971. (Martínez, 2014)

La aplicación de la escala MOS en población mexicana es válida y confiable, y nos permite evaluar diversas dimensiones del apoyo social en pacientes portadores de VIH. (Martínez, 2014)

II.4 Adherencia terapéutica

No existe definición concreta en el termino de adherencia, considerando un enfoque en pacientes con VIH es “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de toda la farmacoterapia que tenga prescrita, permitiendo así alcanzar, en la medida de lo posible, los objetivos farmacoterapia planteada en cada momento, acorde a su situación clínica y expectativas de salud”. (Urizar, 2020)

La definición de la adherencia al tratamiento en pacientes seropositivos fue descrita por GESIDA como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. (Ventura, 2014)

La adherencia terapéutica entonces no se definirá solamente como la ausencia de dosis de medicamentos no administrados, intervienen diversos factores, los podemos clasificar a corto y medio-largo plazo. Resultado del proceso de aceptación y duelo de la enfermedad: pasando por la aceptación del diagnóstico, motivación para realizarlo, disponibilidad y habilidades para llevarlo a cabo, la capacidad de resiliencia y mantenimiento de las metas alcanzadas a largo plazo. (Urizar, 2020)

Los pacientes con VIH también incluyen otros factores en la adherencia terapéutica: los hábitos dietéticos, tienen un impacto en la nutrición del individuo e influye en la evolución de la enfermedad. Los estudios de Lamotte Castillo al igual que en otras patologías sugieren abundantes vegetales y frutas, dieta hiposódica, evitar grasas de origen animal, evitar consumo de azúcar y respetar las 6 comidas al día. (Díaz, 2018)

La falta de adherencia terapéutica es un problema en la práctica médica, resulta muy prevalente en las personas con enfermedades crónicas y afecta directamente a las personas que padecen la enfermedad, independientemente de la situación clínica o la edad. (Díaz, 2018)

La OMS en el 2003 plantea a la adherencia terapéutica como el grado de comportamiento vinculado entre diferentes factores como acuerdos realizados con el profesional de la salud, cumplimiento de horarios y tomas de medicamentos, seguir una dieta adecuada y cambios en el estilo de vida del paciente. El interés investigativo acerca de los factores con los cuales se relaciona la adherencia terapéutica en pacientes con VIH se ha visto incrementado, y causa cierta preocupación por parte de la sociedad científica. (Belmar, 2017; Viciano, 2015)

La adherencia terapéutica, se debe considerar como un proceso complejo, que está compuesto por un aspecto personal dependiente del paciente y un componente relacional que implica a su médico. Ambos dirigidos al resultado satisfactorio del paciente y tener una buena adherencia terapéutica. (Pérez, 2021)

Se han recopilado estudios que concuerdan en que la carga viral indetectables no es un indicador predictivo de una alta adherencia al tratamiento antirretroviral. Se menciona que el seguimiento inmuno-virológico no es adecuado como medida de estimación de adherencia, esto no es aplicable para el uso de Profilaxis Preexposición. (Fumaz, 2015)

La adherencia terapéutica y la satisfacción del tratamiento antirretroviral no es completamente definida y son consideradas como variables interdependientes, debemos de tomar en cuenta que diversos estudios demuestran la relación entre la satisfacción del medicamento y la adherencia al mismo. (Ventura, 2014)

La mala adherencia terapéutica en pacientes con VIH, también es debida a la mala adhesión a otros fármacos prescritos a estos pacientes por complicaciones derivadas de la misma patología. Es de suma importancia previo a iniciar el tratamiento de terapia antirretroviral preparar al paciente, para identificar los factores y corregirlos. Con las evaluaciones periódicas darles continuidad. (Urizar, 2020)

Existen diferentes clasificaciones sobre los factores que interfieren en la no adherencia al tratamiento de los anti-retrovirales clasificado en cuatro grupos:

- Relacionados con la persona (toxicomanías, estigma social, cultural, religioso).
- Relacionados con el VIH-SIDA (el medio de transmisión, tiempo de contagio, pareja serodiscordante).
- Ocasionados por el medicamento antirretroviral (toxicidad del medicamento, efectos secundarios, la periodicidad de las tomas del medicamento)
- Relacionados con el personal asistente de salud (categoría de transmisión, indicaciones medicas confusas, no estar seguro de comenzar el tratamiento antirretroviral). (Kalichmana, 2020; Urizar, 2020; Viciano, 2015)

Los niveles altos de estrés y depresión están vinculados a una deficiente adhesión. También se encontró que el apoyo social es percibido como mayor, en pacientes que cumplen con sus metas terapéuticas, produciendo resultados favorables en su control de la enfermedad. (Fumaz, 2015)

Se puede hablar entonces de las características del paciente que interfieren en una adecuada adhesión terapéutica, entre las que destacan ausencia de soporte

social o familiar, nivel socioeconómico, nivel educativo, vivienda inestable, uso activo de toxicomanías, depresión, enfermedades psiquiátricas, siendo las principales que han sido estudiadas en la última década. (Palomar, 2010)

En la salud mental, se considera que los pacientes con el diagnóstico de VIH tienen trastornos depresivos o ansiosos, se apoyan frecuentemente con centros de asistencia y servicios de asociaciones civiles no gubernamentales. Las consecuencias negativas de la falta de adherencia se divide en 4 áreas: incremento de los riesgos y morbilidad; mayor probabilidad de cometer errores diagnósticos y terapéuticos; incremento de costo de los servicios de salud; y el desarrollo de insatisfacción y problemas con la relación médico-paciente. (Morillo-Verdugo, 2020)

II.4.1 Epidemiología de adherencia terapéutica

Se estima que el 25 a 50% de pacientes con enfermedades crónicas a nivel Mundial no tienen una buena adherencia terapéutica, siendo un porcentaje mayor en países subdesarrollados, donde es importante un factor de pobreza y acceso a los servicios médicos. (Fumaz, 2015; Morillo-Verdugo, 2020; Viciano, 2015)

Se describen diversos factores que influyen para la adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral del paciente, existen variables destinadas a influir más en los pacientes con diagnóstico de VIH, desde hace años el apoyo social es la base angular del tratamiento antirretroviral. (Díaz, 2018)

Se encontró que el 50% de los pacientes tienen una adecuada adherencia terapéutica. El principal factor predisponente a la adecuada adhesión es la autoeficacia, definida como la confianza que tiene la persona en sí misma, sus capacidades para realizar con éxito una conducta requerida en una situación determinada con el objetivo de producir resultados favorables. (Viciano, 2015)

Los aspectos involucrados en la falta de adherencia terapéutica van a alterar diferentes aspectos de la vida de los pacientes como los psicosociales, clínicos (como la reducción de los beneficios del tratamiento) y económicos de todos los pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos prolongados. (Morillo-Verdugo, 2020).

En el estudio ARPAS, en España, se evaluaron 328 pacientes con VIH, se concluyó que el 64% contaba con una adecuada adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral. (Ventura, 2014)

El estudio Bridgap determinó que pacientes con nivel educativo alto la barrera más frecuente para iniciar tratamiento fue la opinión del médico, categoría de transmisión más prevalente fue la homosexual, la indicación de tratamiento de parejas serodiscordantes es de 60.3%. Los pacientes que no iniciaron su tratamiento fue 51% evitar la toxicidad del TAR, 26% piensa que no es útil, 4% tienen creencias culturales o religiosas y el 42% argumento otros motivos como el miedo al tratamiento. La coinfección más frecuente fue la Hepatitis C. (Viciano, 2015)

Para poder hablar de la no adherencia terapéutica la podemos clasificar en primaria y secundaria, donde la primera comprende el periodo de tiempo que sucede desde la prescripción del medicamento hasta que el paciente dispone del medicamento prescrito y la segunda mide el grado de utilización del fármaco por el paciente a largo plazo, de acuerdo con las recomendaciones realizadas por el personal de salud. (Fumaz, 2015)

II.4.2 Instrumento para medir la adherencia terapéutica

En la actualidad medir la adherencia terapéutica es difícil, los instrumentos se encuentran aún perfeccionándose. Las escalas utilizadas examinan tres esferas en torno a la adherencia terapéutica: conciencia de la enfermedad, la actitud del

paciente respecto a los fármacos y tratamiento utilizado, y la tolerancia de las reacciones adversas de los medicamentos. (Morillo-Verdugo, 2020)

El instrumento VPAD-24, nos ayuda a evaluar 4 factores de adherencia terapéutica: la adherencia terapéutica que se clasifica en excelente, buena, regular, mala y nula. (Piña-López, 2006)

- El primer factor mide las variables psicológicas y comportamientos de adhesión antes del diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana.
- El segundo factor evalúa la práctica de diferentes comportamientos a partir del diagnóstico de VIH.
- El tercer factor mide la manera en que son percibidos los aspectos en torno a la enfermedad y el tratamiento, como es la información que el paciente tiene respecto a la enfermedad.
- El cuarto y último factor evalúa la forma en que el paciente percibe el grado de dificultad para practicar diferentes comportamientos, como que tan difícil es alejarse de las toxicomanías. (Piña-López, 2006)

El instrumento VPAD 24 consta de 24 ítems, de los cuales en el análisis de confiabilidad se obtuvo un coeficiente de alfa global de Cronbach de 0.852, según los resultados que se obtuvieron el instrumento posee una confiabilidad óptima y validez en tres variantes; conceptual, concurrente y predictiva. (Piña-López, 2006)

III. Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

Existe asociación entre resiliencia y apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Hipótesis estadísticas:

Ho. Existe una asociación entre la resiliencia con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH menor o igual del **43%** y una asociación entre la resiliencia con la no adherencia terapéutica menor o igual del **19.2 %**

Ha. Existe una asociación entre la resiliencia con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH mayor del **43%** y una asociación entre la resiliencia con la no adherencia terapéutica mayor del **19.2 %**

Ho. Existe una asociación entre el apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH menor o igual del 78% y una asociación entre el apoyo social con la no adherencia terapéutica menor o igual del 2%

Ha. Existe una asociación entre el apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH mayor del 78% y una asociación entre el apoyo social con la no adherencia terapéutica mayor del 2%.

Ho. La prevalencia de escolaridad secundaria completa en pacientes con VIH con resiliencia máxima es igual o menor del 63% y la prevalencia escolaridad secundaria completa en pacientes con VIH sin resiliencia máxima es igual o menor del 21%.

Ha. La prevalencia de escolaridad secundaria completa en pacientes con VIH con resiliencia máxima es mayor del 63% y la prevalencia escolaridad secundaria completa en pacientes con VIH sin resiliencia máxima es mayor del 21%.

Ho. La prevalencia de familia tipo nuclear en pacientes con VIH con apoyo social máximo es igual o menor del 60% y la prevalencia de tipología familiar tipo nuclear en pacientes con VIH con apoyo social mínimo es igual o menor del 15%.

Ha. La prevalencia de familia tipo nuclear en pacientes con VIH con apoyo social máximo es mayor del 60% y la prevalencia de tipología familiar tipo nuclear en pacientes con VIH son apoyo social mínimo es mayor del 15%.

IV. Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre resiliencia y apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.
- Determinar la asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.
- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con VIH.
- Determinar la tipología familiar de los pacientes con VIH

V. Material y métodos

V.1 Tipo de investigación

Transversal comparativo de asociación.

V.2 Población o unidad de análisis

Se estudiaron pacientes con diagnóstico confirmado de VIH adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a la Unidad de Medicina Familiar No. 6. En seguimiento y tratamiento de antirretroviral en Hospital General de Zona No.3. San Juan del Río, delegación Querétaro de enero 2022 a marzo 2023.

V.3 Muestra y tipo de muestra

Se llevo a cabo la técnica de muestreo por cuota.

Se utilizó la fórmula para estudios comparativos de proporciones:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2(p_1q_1 + p_0q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

Dónde:

Z α = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

Z β = poder del 80%: 0.842

p $_1$ = 0.43

q= 1-0.43= 0.57

p $_0$ = 0.19

q $_0$ = 1-p $_0$ =0.81

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2(0.43 \cdot 0.57 + 0.19 \cdot 0.8)}{(0.43 - 0.19)^2}$$

n= 42 pacientes por cada grupo.

Total= 84 pacientes.

Se realizó una muestra de 106 pacientes, 53 por grupo. Muestreo por cuota.

V.3.1 Criterios de selección

Definición de las unidades de observación

Se estudiaron 2 grupos de pacientes con VIH.

- Pacientes con diagnóstico de VIH con adherencia terapéutica.
- Pacientes con diagnóstico de VIH sin adherencia terapéutica.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH en tratamiento actual con antirretrovirales, que acudieron al servicio de Medicina Interna para su consulta y control de VIH.
- Mayores de 18 años.
- Que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado.
- Pacientes que sabían leer y escribir.

Criterios de Exclusión

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con alteraciones o deterioro cognitivo.
- Pacientes que no aceptaban el tratamiento antirretroviral.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que cambiaron de domicilio durante el estudio.
- Pacientes que no acudieron a su consulta de seguimiento de VIH.
- Pacientes que fallecieron por complicaciones de VIH.
- Cuestionarios incompletos.

V.3.2 Variables estudiadas

Se contemplaron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, tipología familiar y nivel socioeconómico) y variables clínicas (tiempo de inicio de tratamiento antirretroviral, pareja serodiscordante, prácticas sexuales, otras enfermedades de transmisión sexual, tratamiento antirretroviral, alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías).

La resiliencia se categorizó con el Instrumento RESI-M el cual la identifica en tres categorías baja, media y alta. El apoyo social fue determinado como máximo, medio y mínimo, de acuerdo al Instrumento MOS. Analizando sus cuatro dimensiones la emocional, instrumental, interacción positiva y afectiva.

V.4 Procedimientos

Se obtuvo un listado muestral de los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.6 con diagnóstico de VIH. Se acudió al servicio de Epidemiología de la UMF6 y Clínica de VIH del HGZ No.3, los días con citas programadas de los pacientes. A todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se les realizó la invitación a participar en el estudio, previa explicación. Una vez autorizado se le entregó una carta de consentimiento informado, para su firma.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- MOS (Anexo 1)
- RESI-M (Anexo 2)
- VPAD-24 (Anexo 3)
- AMAI (Anexo 4)
- Instrumento de recolección de datos (Anexo 5)

V.4.1 Análisis estadístico

En el análisis estadístico se realizaron porcentajes, promedios, intervalos de confianza para promedios y porcentajes. Por medio de Chi^2 y la prueba de Mann Whitney.

V.4.2 Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 01 de septiembre de 2011, en su Título segundo, capítulo I, Artículo 17, sección I, la investigación no presento riesgo, no violo los derechos humanos y se protegió la confidencialidad del participante.

VI.1 Resultados

Se estudiaron 106 pacientes con diagnóstico de VIH en tratamiento antirretroviral. Un grupo con adherencia terapéutica de 53 pacientes y un grupo no adherente de 53 pacientes.

VI.1.1 Características sociodemográficas

El promedio de edad del total de la población estudiada fue de 37.1 años (IC 95%; 34.9-39.3).

El sexo masculino fue predominante en ambos grupos, en el grupo adherente un 96.2% (IC 95%; 92.6-99.8) y en el grupo no adherente con 98.1% (IC 95%; 95.5-100).

El estado civil predominante en ambos grupos fue el soltero encontrándose en el grupo adherente 67.9% (IC 95%; 59-76.8) y en el grupo no adherente 75.5% (IC 95%; 67.3-83.7). La unión en pareja se presenta en segundo lugar con 28.3% (IC 95%; 19.7-36.9) en el grupo adherente y un 13.2% (IC 95%; 6.8-19.6) en el grupo no adherente.

En relación al grado académico se encontró que en ambos grupos el predominó la preparatoria, en el grupo no adherente en 39.6% (IC 95%; 30.3-48.9) y en el grupo adherente 34.9% (IC 95%; 25.8-44.0). El resto de los resultados se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1 Prevalencia de escolaridad y adherencia terapéutica en pacientes con VIH

Escolaridad	n=106					
	No Adherente			Adherente		
		IC 95%			IC 95%	
	%	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>	%	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Primaria	5.7	1.3	10.1	6.6	1.9	11.3
Secundaria	28.3	19.7	36.9	24.5	16.3	32.7
Preparatoria	39.6	30.3	48.9	34.9	25.8	44
Licenciatura	26.4	18	34.8	29.2	20.5	37.9
Maestría/Doctorado	0	0	0	4.7	0.7	8.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

Referente a la ocupación se encontró que en ambos grupos fue mayor la prevalencia de trabajador, en el grupo no adherente con un 90.6% (IC 95%; 85.0-96.2) y en el grupo adherente con un 88.7% (IC 95%; 82.7-94.7).

En cuanto a la creencia religiosa predominó la religión católica en el grupo no adherente 60.4% (IC 95; 51.1-69.7) y el grupo adherente 77.4% (IC 95%; 69.4-85.4).

El nivel socioeconómico presentado en mayor porcentaje en ambos grupos adherentes y no adherentes fue el nivel C, que corresponde a clase media en un 26.4% (IC 95%; 18.0-34.8) en el grupo no adherente y 34% (IC 95%;25.0-43.0) en el grupo adherente. Los resultados completos se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Prevalencia de nivel socioeconómico y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

n=106

Nivel Socioeconómico		%	No Adherente		%	Adherente	
			IC 95%			IC 95%	
			Inferior	Superior		Inferior	Superior
A/B	Alta	5.7	1.3	10.1	11.3	6.8	19.8
C+	Media alta	7.5	2.5	12.5	20.8	13.1	21.5
C	Media	26.4	18.0	34.8	34.0	25.0	43.0
C-	Media baja	11.3	5.3	17.3	22.6	14.6	30.6
D+	Baja Alta	24.5	16.3	32.6	7.5	2.5	12.5
D	Baja Baja	24.5	16.3	32.6	3.8	0.2	7.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

En relación a la tipología familiar se encontró que en predominio la familiar de tipo nuclear con una prevalencia en el grupo no adherente de 17.0% (IC 95%; 9.80-24.20) y en el grupo adherente de 41.5% (IC 95%; 32.1-50.9). Se debe de

considerar que en el grupo no adherente el porcentaje de hogar uniparental fue de 62.3% (IC 95%; 53.10-71.50) y en el grupo adherente de 34.0% (IC 95%; 25.0-43.0). Se muestran los resultados en el cuadro 3.

Cuadro 3. Prevalencia de tipología familiar y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

n=106

Tipología Familiar	No Adherente			Adherente		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Nuclear	17.0	9.8	24.2	41.5	32.1	50.9
Seminuclear	17.0	9.8	24.2	15.1	8.3	21.9
Extensa	1.9	0.0	4.5	3.8	0.2	7.4
Extensa compuesta	1.9	0.0	4.5	5.7	1.3	10.1
Hogar uniparental	62.3	53.1	71.5	34.0	25.0	43.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

VI.1.2 Características clínicas

Las prácticas sexuales con mayor prevalencia fueron la de homosexuales (hombre con hombre), en el grupo no adherente con un 54.7% (IC 95%; 45.2-64.2), al igual que en el grupo adherente con un 54.7% (IC 95%; 45.2-64.2). Se encuentran resultados en el cuadro 4.

Cuadro 4. Prevalencia de prácticas sexuales y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

n=106

Prácticas sexuales	No Adherente			Adherente		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior

Heterosexual	9.4	3.8	15.0	18.9	11.4	26.4
Homosexual	54.7	0.0	0.0	54.7	0.0	0.0
Bisexual	35.8	7.6	44.9	26.4	18.0	34.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

La prevalencia de la sífilis como enfermedad acompañante del VIH, estuvo presente en un 9.4% (IC 95%; 3.8-15.0) en el grupo no adherente y en un 9.4% (IC 95%; 3.8-15.0) en el grupo adherente al TAR. Se encuentra el resto de los resultados en el cuadro 5.

Cuadro 5. Prevalencia de otras enfermedades de transmisión sexual en pacientes con VIH.

n=106						
Otras enfermedades sexuales	%	No Adherente		%	Adherente	
		IC 95%			IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sífilis	9.4	3.8	15.0	9.4	3.8	15.0
Hepatitis C	1.9	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0
Sífilis y gonorrea	1.9	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0
Otras	5.7	1.3	10.1	13.2	6.8	19.6
Ninguna	81.1	73.6	88.6	77.4	69.4	85.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

La pareja serodiscordante es una variable de reciente uso en nuestro medio, se encontró una prevalencia de 17.0% (IC 95%; 9.8-24.2) en el grupo no adherente y de 20.8% (IC 95%; 13.1-28.5) en el grupo adherente.

En cuanto al tratamiento antirretroviral tenemos tener en cuenta que existen diversos medicamentos y combinaciones específicas, la prevalencia que obtuvo mayor porcentaje fue la combinación de cuatro antirretrovirales en una sola tableta Bictegravir/Emitricitabina/Tenofovir/Ala-finamida con un 33.1% (24.1-42.1) en el grupo no adherente y un 41.5% (32.1-50.9) en el grupo adherente.

El segundo medicamento en frecuencia fue el Bictegravir en presentación única no combinado, con un 24.5% (IC 95%; 16.3-32.7) en el grupo adherente y un 28.3% (IC 95%; 19.7-36.9) en el grupo adherente. Se muestran los resultados en el cuadro 6.

Cuadro 6. Prevalencia de tratamiento en pacientes con VIH.

n=106						
Tratamiento		No Adherente		Adherente		
		IC 95%		IC 95%		
Antirretroviral	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior
Bictegravir	24.5	16.3	32.7	28.3	19.7	36.9
Emtricitabina	1.9	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0
Tenofovir alafinamida	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	4.5
Bictegravir/Emtricitabina/ Tenofovir/Ala-finamida	32.1	23.2	41.0	41.5	32.1	50.9
Otro	41.5	32.1	50.9	28.3	19.7	36.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

En relación a las variables de toxicomanías, se encontró que el tabaquismo en el grupo no adherente está presente en 67.9% (IC 95%; 59.0-76.8) y en el grupo adherente con 35.8% (IC 95%; 26.7-44.9). El alcoholismo se encontró una

prevalencia de 69.8% (IC 95%; 61.1-78.5) en el grupo no adherente y de 26.4% (IC 95%; 18.0-34.8) en el grupo adherente. Se muestran los resultados en el cuadro 7.

Cuadro 7. Prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías en pacientes con VIH.

n=106

	No Adherente			Adherente		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Tabaquismo						
No	32.1	23.	41.0	64.2	55.1	73.3
Si	67.9	59.0	56.8	35.8	26.7	44.9
Alcoholismo						
No	16.0	9.0	23.0	39.0	29.7	48.3
Si	69.8	61.5	78.5	26.4	18.0	34.8
Otras toxicomanías						
No	94.3	89.9	98.7	92.5	87.5	97.5
Si	5.7	1.3	10.1	7.5	2.5	12.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

VI.1.3 Apoyo social

Se encontró que la mayor prevalencia de apoyo social fue el máximo, en el grupo adherente de 54.7% (IC 95%; 45.2-64.2) y en el grupo no adherente con un 9.4% (IC 95%; 3.8-15.0). Se muestra el resto de los resultados en el cuadro 8.

Cuadro 8. Prevalencia Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

n=106

Percepción de apoyo social	%	No Adherente		%	Adherente	
		IC 95%			IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Apoyo social						
Máximo	9.4	3.8	15.0	54.7	45.2	64.2
Medio	43.4	34.0	52.8	39.6	30.3	48.9
Mínimo	47.2	37.7	52.7	5.7	1.3	10.1
Apoyo social emocional						
Máximo	17.0	9.8	24.2	67.9	59.0	76.8
Medio	39.6	30.3	48.9	22.6	14.6	30.6
Mínimo	43.4	34.0	52.8	9.4	3.8	15.0
Apoyo social instrumental						
Máximo	17.0	9.8	24.2	67.9	59.0	76.8
Medio	39.6	30.6	48.9	22.6	14.6	30.6
Mínimo	43.4	34.0	52.8	9.4	3.8	15.0
Apoyo social interacción positiva						
Máximo	20.8	13.1	28.5	58.5	49.1	67.9
Medio	35.8	26.7	44.9	30.2	21.5	38.9
Mínimo	43.4	34.0	52.8	11.3	5.3	17.3
Apoyo social afectivo						
Máximo	17.0	9.8	24.2	67.9	59.0	76.8
Medio	39.6	30.3	48.9	22.6	14.6	30.6
Mínimo	43.4	34.0	52.8	9.4	3.8	15.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

VI.1.4 Resiliencia

La resiliencia percibida como alta en el grupo no adherente fue de 18.9% (IC 95%; 11.0-25.8) y en el grupo adherente de 64.2% (IC 95%; 55.1-73.3). Se muestran los resultados en el cuadro 9.

Cuadro 9. Prevalencia de resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

n=106

Resiliencia	%	No Adherente		%	Adherente	
		IC 95%			IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Alta	18.9	11.4	26.4	64.2	55.1	73.3
Media	52.8	43.3	62.3	28.3	19.7	36.9
Baja	28.3	0.0	0.0	7.5	2.5	12.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

El promedio de edad en el grupo no adherente es 35.57 años \pm 10.3 y en el grupo adherente es 38.74 años \pm 11.87, (MW=1.52, $p=0.028$); en ambos grupos predominó el sexo masculino, 98.1% en el primer grupo y 96.2% en el segundo grupo ($p=0.558$), el tiempo de inicio con tratamiento antirretroviral en el grupo no adherente es de 5.04 años \pm 4.77 y en el grupo adherente es 7.34 años \pm 8.15 (MW=1.09, $p=0.276$).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre tipología familiar y adherencia, en el grupo sin adherencia terapéutica la prevalencia de familia nuclear es 17% y en el grupo con adherencia 41.5% ($p=0.024$); de igual forma el nivel socioeconómico está asociado con el tipo de adherencia ($p=0.001$). En el cuadro 10 se encuentra el resto de las variables sociodemográficas.

Cuadro 10. Asociación entre las características sociodemográficas y adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Característica	No adherente	Adherente	X ²	P
Sexo				
Masculino	98.1	96.2	0.34	0.558
Femenino	1.9	3.8		
Estado Civil				
Soltero	75.5	67.9	5.40	0.144
Casado/unión libre.	13.2	28.3		
Divorciado/separado	9.4	3.8		
Viudo	1.9	0.0		
Escolaridad				
Preparatoria o menos	73.6	58.5	2.69	0.101
Licenciatura o más	26.4	41.5		
Ocupación				
Trabajador	90.6	88.7	4.81	0.307
Negocio propio	0.0	1.9		
Estudiante	5.7	1.9		
Sin ocupación	1.9	0.0		
Pensionado	1.9	7.5		
Religión				
Católico	60.4	77.4	10.93	0.012
Cristiano	0.0	5.7		
Sin Religión	39.6	15.1		
Otra	0.0	1.9		

Tipología Familiar				
Nuclear	17.0	41.5	15.25	0.024
Seminuclear	17.0	15.1		
Extensa	1.9	3.8		
Extensa compuesta	1.9	5.7		
Unipersonal	62.3	34.0		
Nivel socioeconómico				
Alto	5.7	11.3	19.59	0.001
Medio alto	7.5	20.8		
Medio	26.4	34.0		
Medio Bajo	11.3	22.6		
Bajo	24.5	7.5		
Bajo bajo	24.5	3.8		

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

En relación a las prácticas sexuales se encontró que en ambos grupos las prácticas homosexuales representan el 54.7% ($p=0.298$), la pareja serodiscordante en el grupo no adherente representa el 17.0% y en el grupo adherente el 20.8% ($p=0.620$). En el cuadro 11 se presentan otras variables clínicas.

Cuadro 11. Asociación de las prácticas sexuales, otras enfermedades de transmisión sexual y tipo de tratamiento con adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Característica	No adherente	Adherente	X ²	P
Pareja serodiscordante				
Sí	17.0	20.8	0.24	0.620
No	83.0	79.2		
Prácticas sexuales				

Heterosexual	9.4	18.8	2.42	0.298
Homosexual	54.7	54.7		
Bisexual	35.8	26.4		

Otras Enfermedades de Transmisión Sexual

Sífilis	9.4	9.4	3.64	0.456
Hepatitis C	1.9	0.0		
Otras	5.7	13.2		
Ninguna	81.1	77.4		
Sífilis y Gonorrea	1.9	0.0		

Tratamiento antirretroviral

Bictegravir	24.5	28.3	4.10	0.392
Emtricitabina	1.9	0.0		
Tenofovir/Ala-finamida	0.0	1.9		
Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir	32.1	41.5		
Ala-finamida				
Otro	41.5	28.3		

Fuente: Instrumento de recolección de datos "Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH"

En el grupo con no adherencia la prevalencia de tabaquismo es 67.9% y en el grupo con adherencia es 35.8% ($p=0.000$), el alcoholismo está presente en el 69.8% en el grupo no adherente y 26.4% en el grupo adherente ($p=0.000$). En el cuadro 12 se presenta el resto de la información.

Cuadro 12. Asociación de toxicomanías con adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Toxicomanías	No adherente	Adherente	χ^2	P
---------------------	--------------	-----------	----------	---

Otras drogas				
Sí	5.7	7.5	0.153	0.696
No	94.3	92.5		
Tabaquismo				
Sí	67.9	35.8	10.92	0.000
No	32.1	64.2		
Alcoholismo				
Sí	69.8	26.4	19.99	0.000
No	30.2	73.6		

Fuente: Instrumento de recolección de datos "Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH"

El apoyo social se encuentra asociado al tipo de adherencia, en el grupo con no adherencia 9.4% tienen el grado máximo de apoyo social y en el grupo con adherencia el 54.7% ($p=0.000$), la dimensión emocional, instrumental, interacción positiva y afectiva estadísticamente está relacionada con la adherencia, en la dimensión instrumental en el grupo no adherente 9.4% presento el grado máximo de apoyo social, y en el grupo adherente 58.5% ($p=0.000$). En el cuadro 13 se presenta la asociación de cada una de las dimensiones de apoyo social con la adherencia.

Cuadro 13. Asociación entre apoyo social y sus dimensiones, con adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Grado	No adherente	Adherente	X ²	P
Apoyo Social				
Máximo	9.4	54.7	34.31	0.000
Medio	43.4	39.6		
Mínimo	47.2	7.7		
Dimensión Emocional				

Máximo	17.0	67.9	30.22	0.000
Medio	39.6	22.6		
Mínimo	43.4	9.4		
Dimensión Instrumental				
Máximo	9.4	58.5	35.31	0.000
Medio	41.5	34.0		
Mínimo	49.1	7.5		
Dimensión Interacción positiva				
Máximo	20.8	58.5	19.74	0.000
Medio	35.8	30.2		
Mínimo	43.4	11.3		
Dimensión Afectiva				
Máximo	17.0	67.9	30.22	0.000
Medio	39.6	22.6		
Mínimo	43.4	9.4		

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

En el grupo con no adherencia terapéutica 18.9% tiene alta resiliencia y en el grupo con adherencia la resiliencia es 64.2% ($p=0.000$). En el cuadro 14 se muestra la asociación de los grados de resiliencia y adherencia terapéutica.

Cuadro 14. Asociación entre Resiliencia y Adherencia terapéutica en pacientes con VIH.

Resiliencia	No adherente	Adherente	X ²	P
Baja	28.3	7.5	23.39	0.000
Media	52.8	28.3		
Alta	18.9	64.2		

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Resiliencia y apoyo social asociado a adherencia terapéutica en pacientes con VIH”

VI.2 Discusión

La prevalencia de edad encontrada como adulto joven en la cuarta década de la vida, coincide con las estadísticas a nivel latinoamericano, pero se encuentra por arriba de la media nacional en México. (Ceballos, 2022b; Díaz-Balderas, 2018)

En ambos grupos se encontró una mayor incidencia en hombres que en mujeres, lo que coincide con las estadísticas nacionales, pero se contradice con las estadísticas presentadas a nivel mundial donde establece que el 54% de los pacientes con VIH son mujeres, pero en su mayoría se encuentran ubicadas en continente sudafricano. La relación de hombres:mujeres encontrada, es de las más desiguales en el país, por lo que se estimaron resultados encontrados. Superando la relación, a nivel nacional y estatal. (Ceballos, 2022; Naciones Unidas, 2021)

El estado civil soltero predominó en ambos grupos, que se contradice un poco lo descrito por otros autores que establecen una asociación directa en pacientes sin adherencia al TAR con la soltería. Se debe a que presentaron dificultad para seguir el tratamiento prescrito al contar con una red de apoyo deficiente. (Díaz-Balderas, 2018, Estrada, 2021)

El grado académico encontrado en la población estudiada fue de preparatoria en ambos grupos, resultado que difiere con estudios que establecen en los grupos adherentes se presenta un mayor grado académico, específicamente el Universitario. Nuestro grupo estudio en mayoría forma parte de población obrera, por lo que coincide con la media de grado escolar encontrado. (Belmar, 2017; Estrada, 2021; Kalichmana, 2020; Palomar, 2010; Urizar, 2020)

Al contar con una clase obrera trabajadora la prevalencia en ambos grupos en cuanto a nivel socioeconómico fue de clase media, lo cual difiere un poco con lo descrito por otros autores que mencionan que a un nivel socioeconómico mayor

existe mayor adherencia al TAR. Es una enfermedad crónica por el impacto económico que tiene en la economía familiar de los pacientes. Al tratarse de un tratamiento prolongado, sin poder suspenderse en ningún momento. La consideración de los ingresos percibidos en ambos grupos era equitativa en este estudio. (Arrieta-Martínez, 2022; Morillo-Verdugo, 2020; Ransome, 2018)

En la práctica religiosa se encontró similitud por lo descrito en otros estudios, mencionan que el hecho de pertenecer a una religión particularmente la católica, se encuentra en mayor prevalencia en el grupo adherente a los antirretrovirales, fortaleciendo una red de apoyo más amplia y mayor resiliencia al individuo con el diagnóstico de VIH. (Belmar, 2001; Ransome, 2018)

Estudios establecen a la espiritualidad con mejores resultados clínicos del VIH y mejor calidad de vida para los pacientes. Nuestros resultados demuestran que la religión católica presenta mayor prevalencia en el grupo adherente al TAR. (Estrada, 2021; Viciano, 2015)

La prevalencia de personas que viven solas fue mayor en ambos grupos de estudio adherentes y no adherentes al TAR, la familia nuclear se presentó en mayor prevalencia en el grupo adherente; esta cualidad descrita por diversos autores, consideran a la familia nuclear una red de apoyo invaluable, permitiendo adquirir las herramientas para una adecuada adherencia a los antirretrovirales. (Polo-Payares, 2021; Pacheco, 2015; Caballero, 2018)

Se encontraron que las prácticas sexuales que más llevan a cabo ambos grupos fue la de hombre con hombre que corresponde a lo descrito por diferentes autores, considerando al homosexual como parte de un grupo vulnerable para la infección de VIH. (Palomar, 2010)

Diversos estudios establecen una relación de otras enfermedades de transmisión sexual con el VIH, se encontraron resultados que contradicen a lo descrito por otros autores. Es decir, la prevalencia de Hepatitis C fue menor a la descrita por la literatura. (Viciano, 2015)

Se debe de considerar que nuestra población de estudio fueron en su mayoría personas que acuden mensualmente por sus recetas de antirretrovirales. Por lo tanto, son población que mantienen de inicio un adecuado régimen de consultas que les permitiría un mayor diagnóstico y control de otras enfermedades de transmisión sexual. De igual manera en la población con VIH se considera dentro de sus estudios de laboratorio de rutina cada 6 meses, panel viral de hepatitis y sífilis. En el presente estudio la sífilis se encontró con un 9.4% en ambos grupos adherentes y no adherentes al TAR. (Viciano, 2015)

La pareja serodiscordante es una variable descrita por varios autores en la que se pretende buscar una asociación con la adherencia terapéutica y tener una pareja con o sin VIH, en este caso no se obtuvieron resultados significativos, el porcentaje de solteros en nuestra población de estudio, fue muy alta. Por lo que no se descarta que exista relación entre los pacientes que cuentan con una pareja serodiscordante y su adherencia al TAR. (Teran, 2021; Viciano, 2015)

El TAR como lo descrito en la literatura no se encontró asociado a la adherencia terapéutica, diversos estudios establecen una asociación con el número de pastillas y la cantidad de tomas durante el día. En este estudio no pretendíamos buscar esa relación solo cual era el medicamento con mayor prevalencia utilizado en nuestro medio y si mostraba asociación con la adherencia al TAR. (Belmar, 2017)

Autores mencionan que el TAR no presenta asociación con la adecuada supresión de la replicación viral y el aumento de los linfocitos TCD4. Por lo que no se consideraron estas variables de estudio, sin embargo, los beneficios de una

elección de TAR está asociada a una adherencia terapéutica adecuada y la combinación de antirretrovirales nos favorecen a una supresión de la replicación viral, aumento de TCD4 y elevación de la calidad de vida de los pacientes. (Belmar, 2017; Urizar, 2017)

Entonces la supresión viral indetectable no es indicador de una alta adherencia al tratamiento antirretroviral. (Fumaz, 2015)

La presencia de alcoholismo y tabaquismo tiene mayor prevalencia en la población con falta de adherencia terapéutica, como otros autores señalan, el consumo de sustancias tiene como consecuencia el olvido de la medicación, falta de las tomas, disminución de dosis y consumo de otros medicamentos autoadministrados para disminuir los efectos secundarios del consumo. (Arrieta-Martínez, 2022; Fumaz, 2015)

Autores establecen una mayor prevalencia de alcoholismo en pacientes con VIH, se encontró asociación con la adherencia terapéutica. Demostrando que el alcoholismo es un se encuentra presente en los grupos no adherentes al TAR. (Fumaz, 2015; Kalichmann, 2020; Palomar, 2010; Viciano, 2015)

Esto adquiere relevancia al establecer un tratamiento antirretroviral en personas con VIH, al presentar consumo de sustancias previo al tratamiento como el tabaquismo, es un factor de riesgo para una mala adherencia, ya que existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida y hábitos de consumo. Encontramos la incidencia mayor de toxicomanías como alcoholismo y tabaquismo en pacientes del grupo no adherente, que establece esta relación estadísticamente significativa. (Arrieta-Martínez, 2022)

El apoyo social que se encontró en el estudio es descrito por otros autores donde el grupo no adherente percibe menor apoyo social en las cuatro dimensiones

estudiadas en el Cuestionario MOS. (Arrieta-Martínez, 2022; Caballero, 2018; Polo-Payares, 2021)

Diversos autores establecen la asociación entre una adecuada adherencia al TAR con una percepción máxima de apoyo social, estableciendo como una variable determinante para lograr la aceptación del diagnóstico y comenzar con el TAR. Para lograr alcanzar más rápido las metas terapéuticas. (Caballero, 2018; Díaz-Balderas, 2018; Placencia de la Torre, 2019; Polo-Payares, 2021)

Un estudio de nuestro medio establece una relación directa de diferentes dimensiones del apoyo social con la adherencia terapéutica, como es el área afectiva, interacción positiva y la dimensión emocional. Que coincide con los resultados encontrados, por lo que es de suma importancia intervenir en la percepción que tiene el paciente de estas áreas emocionales para poder ayudar a la adherencia terapéutica. (Díaz-Balderas, 2018)

La resiliencia es considerada como una característica que debe desarrollar cualquier paciente con diagnóstico de VIH, para lograr una adecuada adherencia al TAR. La resiliencia encontrada es comparable a resultados previos descritos por diversos autores, en donde el grupo adherente presenta una resiliencia mayor que el grupo no adherente. (Estrada, 2021; Fernandes, 2014; Fumaz, 2015; González-Álvarez, 2019; Hendricks, 2018)

Se debe de considerar a la resiliencia con un valor predictivo para la adherencia terapéutica de las personas con VIH, Los resultados que se encontraron demuestran la asociación directa de una alta resiliencia con la adhesión a TAR como se ha descrito con anterioridad por otras investigaciones. (Estrada, 2021; Fernandes, 2014; Fumaz, 2015; Palomar, 2010)

VII. Conclusiones

El apoyo social percibido como máximo en pacientes con VIH se encuentra asociado con una adecuada adherencia terapéutica.

La resiliencia alta se encuentra asociada con una adecuada adherencia terapéutica al TAR.

VII.1 Propuestas

El aumento de incidencia en pacientes con VIH a nivel mundial, nos involucra como personal médico a identificar factores predisponentes para una adecuada adherencia terapéutica y mejorar su calidad de vida. Por lo que capacitar e instruir al médico de primer nivel nos permitirá derivar a tiempo al paciente para fortalecer su red de apoyo.

Utilizar instrumentos en primer nivel que nos permita identificar el apoyo social y resiliencia percibidos por el paciente al momento del diagnóstico de VIH. Y derivarlos a tiempo a los servicios de apoyo.

Que el manejo del paciente con VIH sea de manera integral y multidisciplinaria.

Que en primer nivel los pacientes con diagnóstico de VIH acudan de manera continua mensual o bimensual. Para ayudarles a fortalecer su resiliencia y apoyo social.

Que el médico en primer nivel fortalezca herramientas de comunicación para que otorgue información con carácter positivo, explique al paciente de manera clara y concisa los beneficios de la terapia personalizada de los antirretrovirales.

Explicar al paciente los efectos secundarios que pueden tener los antirretrovirales.

VIII. Referencias

Belmar, J., & Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Revista chilena de infectología*, 34(4), 352-358. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400352>

Caballero, C., De la Cruz, K., Iglesias, Y. & Jiménez, E. (2018). Capítulo 5. Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA, Serie de cuadernos de Psicología Reformada. (126-150). *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6676036>

Ceballos SA. Sistema de Vigilancia epidemiológica de VIH. Informe histórico de VIH 3er Trimestre 2022 (Internet) México: Secretaria de Salud; Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Ceballos SA. 2022b. Sistema de Vigilancia epidemiológica de VIH. Informe Histórico VIH. Día Mundial del VIH. (Internet) México: Secretaria de Salud; Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Díaz-Balderas, R.L., Elizarrarás, J., Salinas, C., Villegas, D., Elizarrarás, J. D., & Contreras, C. M. (2018). Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes portadores de VIH en el Hospital General Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Oaxaca. *Avan. C. Salud Med*, 5 (1), 10-16. Disponible en: <http://www.salud.oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/07/Acs-181-02i.pdf>

Estrada Carmona, S., Hoil Fuentes, D.B., Apolinar Moreno, E. & Pérez Aranda, G.I. (2021). Resiliencia y adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH/SIDA. *Apuntes de Psicología*, 3-7. Disponible en: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/829/574>

Fernandes de Araújo, L. (2014). Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA: diferencias entre infectados y no infectados por el VIH (Tesis Doctoral, Universidad de Granada). Centro de Investigación, mente y cerebro. 2014; 1(1) 257. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/35179/24460874.pdf;jsessionid=C5A8E7DA0350D58D3FAEEE4BAFEC3B16?sequence=1>

Finkelstein, M. (2022). Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA. Boletín de Atención Integral de personas viviendo con VIH. México: CENSIDA, 9 (1). Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/articulos/boletin-de-diagnostico-y-tratamiento-antirretroviral-censida?idiom=es>

Fumaz, C.R., Ayestaran, A., Perez-Alvarez, N., Muñoz-Moreno, J.A., Moltó, J., Ferrer, M.J., & Clotet, B. (2015). Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. *PubMed*, 27(11), 1396-1043. DOI: 10.1080/09540121.2015.1114989

Hendricks, K., McDaniel, J. T., Diehr, A. J., & Hunter, K. (2018). Mindful Living with Human Immunodeficiency Virus and AIDS. *Behavioral Medicine for Patient Resilience and Improved Screening Practices. Crit. care nurs. clin. North Am*, 53 (1) 35-46. DOI: [10.1016/j.cnur.2017.10.004](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.10.004)

Huertas-Zurriaga, A., Palmieri, P. A., Edwards, J. E., Cesario, S. K., Alonso-Fernandez, S., Pardell-Dominguez, L., Dominguez-Cancino, K. A., & Leyva-Moral, J. M. (2021). Motherhood and decision-making among women living with HIV in developed countries: a systematic review with qualitative research synthesis. *Reprod health*, 18 (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246286/>

Kalichman, S. C., Katner, H., Banas, E., Hill, M., & Kalichman, M. O. (2020). HIV-related stigma and non-adherence to antiretroviral medications among

people living with HIV in a rural setting. *Sos. sci. med.* 258 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113092>

Martínez Basurto, A. E., Sánchez Román, S., Aguilar Villalobos, E. J., & Rodríguez, V. (2014) Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual /Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2): 93-101. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/53611>

Morillo-Verdugo, R., Polo, R., & Knobel, H. (2020). Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. *Farmacia Hospitalaria*, 44(4), 163-173. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11441>

Naciones Unidas (s.f.). Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Desafíos Globales SIDA. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/aids#:~:text=Desde%20el%20inicio%20de%20la,VIH%20son%20mujeres%20y%20ni%C3%B1as.>

ONUSIDA. (2020) Estadísticas mundiales sobre el VIH. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). VIH/SIDA. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>

- Pacheco P., & Reyes O. (2015). Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el 2015 (Tesis doctoral, Universidad Autónoma del Estado de México). Archivo digital. Repositorio institucional de la UNAM: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/63630>
- Palomar, J; & Gómez, N. E. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27 (1): 7-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748002.pdf>
- Pérez, J. E. (2020) Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/SIDA en la Atención Primaria de Salud. *Rev. habanera cienc. Méd*, 19 (5), e2962. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=51729-519X202000060011>
- Pérez Martínez, D., Castillo González, B., Morales García, C. M., Ballester Cabrera, N. Y., & Verdecia Pompa, Á. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA del municipio Media Luna. *Multimed*, 25(2), e969. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200008&lng=es&tlng=es.
- Piña-López, J. A, Corrales Rascón, A. E., Mungaray Padilla, K., & Valencia Vidrio, M. A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev. panam. salud pública*, 19 (4), 217-228. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v19n4/217-228/es/>

- Plascencia de la Torre, J.C., Chan-Gamboa, E. L., & Salcedo- Alfaro, J.M. (2019). Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *Rev. CES Psico*, 12 (3), 67-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v12n3/2011-3080-cesp-12-03-67.pdf>
- Polo-Payares, E. P., Ardila-Hernández, A. A., & Ibáñez-Polo, D. D. (2021). Apoyo social y tipología familiar en mujeres diagnosticadas con VIH. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39 (1) Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340517>
- Teran, R. A., Sobieszczyk, M. E., Chiasson, M.A., Uhlemann, A. C., Weidler, J., Shah, J. G., Chang, J. Y., Otto, C., & Hirshfield, S. (2021). Longitudinal Viral Load Monitoring Using Home-Collected Dried Blood Spot Specimens of MSM Living with HIV: Results from a Feasibility Pilot Study. *AIDS behave.* 25 (3), 661–666. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03030-w>
- Urizar, C. A., Jarolin-Montiel, M., Ayala-Servin, N., Centurión-Wenninger, C., & Montiel-Garcete, D. (2020). Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un Hospital de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*, 23(2), 166-174. Recuperado en 08 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200007

Ventura Cerdá, J. M., Martín Conde, M.^a T., Morillo Verdugo, R., Yébenes Cortés, M.^a, & Casado Gómez, M. A. (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España: estudio ARPAS. *Farmacia Hospitalaria*, 38(4), 291-299. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.4.7404>

Viciano, P., Falco, V., Castaño, M., de los Santos, I., Olalla, J., & Hernando, A. (2015) Barreras para el inicio del tratamiento antirretroviral en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana e indicación de tratamiento en España ¿Por qué no inician tratamiento quienes lo tienen indicado? Estudio Briddgap. *Enferm. infecc. microbiol. clín.* 33 (6), 397-403. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X14002845>

IX. Anexos

ANEXO 1. CUESTIONARIOS MOS.

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y pueda hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando necesita?

Marque con un círculo un número de cada fila	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que ayude cuando tiene que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que la aconseje cuando tiene problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que la lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informa y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude con sus tareas domésticas mientras está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

TABLA DE VALOR MAXIMO, MINIMO Y MEDIO DEL CUESTIONARIO MOS.

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positivo	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	94	19	57

ANEXO 2. ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una **X** en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos				
2. Sé dónde buscar ayuda				
3. Soy una persona fuerte				
4. Sé muy bien lo que quiero				
5. Tengo el control de mi vida				
6. Me gusta los retos				
7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas				
8. Estoy orgulloso de mis logros				
9. Sé que tengo habilidades				
10. Creer en mi mismo me ayuda a superar los momentos difíciles				
11. Creo que voy a tener éxito				
12. Sé cómo lograr mis objetivos				
13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución				
14. Mi futuro pinta bien				
15. Sé que puedo resolver mis problemas personales				
16. Estoy satisfecho conmigo mismo				
17. Tengo planes realistas para el futuro				
18. Confío en mis decisiones				
19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores				

20. Me siento cómodo con otras personas				
21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas				
22. Me es fácil hacer amigos				
Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas				
25. Es fácil para mi hacer reír a otras personas.				
26. Disfruto de estar con otras personas.				
27. Sé cómo comenzar una conversación				
28. Tengo una buena relación con mi familia.				
29. Disfruto de estar con mi familia				
30. En nuestra familia somos leales entre nosotros				
31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntas.				
32. Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro				
33. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34. Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35. Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36. Siempre tengo alguien que puede ayudar - me cuando lo necesito.				

37. Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38. Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades				
39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40. Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41. Prefiero planear mis actividades.				
42. Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43. Soy bueno para organizar mi tiempo.				

ANEXO 3. Encuesta para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH+ (VPAD-30)

Las preguntas de la 1 a la 5 tienen que ver con si usted practicaba y con qué frecuencia diferentes comportamientos antes de que a usted le notificaran su condición como persona VIH+

1. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted se sentía mal físicamente o enfermaba, por ejemplo, del estómago, de gripe, de la garganta, de bronquitis, etcétera, ¿acudía con un médico para que la revisara y le diera tratamiento?
 (5) Siempre
 (4) La mayoría de las veces
 (3) En general, la mitad de las veces
 (2) Muy pocas veces
 (1) Nunca
2. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted acudía con su médico y éste le daba algún tratamiento, ¿seguía usted las instrucciones que le daban al pie de la letra, es decir, consumía los medicamentos tal y como se lo indicó su médico?
 (5) Siempre
 (4) La mayoría de las veces
 (3) En general, la mitad de las veces
 (2) Muy pocas veces
 (1) Nunca
3. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted enfermaba y al acudir con su médico éste le pedía, por ejemplo, que guardara reposo o que descansara en casa, ¿seguía usted las instrucciones que le daba su médico?
 (5) Siempre
 (4) La mayoría de las veces
 (3) En general, la mitad de las veces
 (2) Muy pocas veces
 (1) Nunca
4. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted enfermaba y su médico le pedía que evitara el consumo de determinados alimentos o de sustancias como alcohol, por ejemplo, ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?
 (5) Siempre
 (4) La mayoría de las veces
 (3) En general, la mitad de las veces
 (2) Muy pocas veces
 (1) Nunca
5. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si su médico le pedía que se realizara estudios diversos de laboratorio (sangre, orina, excremento, rayos x, etcétera), ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?
 (5) Siempre
 (4) La mayoría de las veces
 (3) En general, la mitad de las veces
 (2) Muy pocas veces
 (1) Nunca

Las preguntas de la 6 a la 18 tienen que ver con variables psicológicas que se relacionan con la práctica de diferentes comportamientos, a partir de que a usted se le diagnosticó como persona VIH+

6. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted todos los medicamentos de acuerdo con las instrucciones que le dio su médico?
 (5) Todos los días de la semana (seguir con las preguntas 7, 8, 9 y 10, luego con la 15)
 (4) La mayoría de los días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)
 (3) En general, la mitad de los días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)
 (2) Muy pocos días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)
 (1) Ningún día de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)

Si usted siguió las instrucciones de su médico y consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno de los motivos que se mencionan?

7. He experimentado sus beneficios
 (4) Fue un motivo bastante determinante
 (3) Fue un motivo más o menos determinante
 (2) Fue un motivo poco determinante
 (1) No fue un motivo determinante
8. Porque el médico me lo pidió
 (4) Fue un motivo bastante determinante
 (3) Fue un motivo más o menos determinante
 (2) Fue un motivo poco determinante

- ___ (1) No fue un motivo determinante
9. Lo hice por personas cercanas a mi
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
10. Porque tengo deseos de mantenerme saludable el mayor tiempo posible
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante

Si usted no siguió las instrucciones de su médico, es decir, que NO consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir cuál fue el motivo y qué tan determinante fue cada uno de ellos?

11. Me provocan efectos secundarios demasiado molestos
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
12. Por voluntad o decisión propia
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
13. No tengo confianza en los beneficios de los medicamentos
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
14. Por dificultades con los horarios
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
15. Si en el transcurso de la semana pasada usted se sintió mal física o psicológicamente, ¿consumió los medicamentos todos los días de acuerdo con las instrucciones de su médico?
 ___ (5) Todos los días de la semana
 ___ (4) La mayoría de los días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) Muy pocos días de la semana
 ___ (1) Ningún día de la semana
16. Si en el transcurso de la semana usted se sintió bien física o psicológicamente, ¿consumió los medicamentos todos los días de acuerdo con las instrucciones de su médico?
 ___ (5) Todos los días de la semana
 ___ (4) La mayoría de los días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) Muy pocos días de la semana
 ___ (1) Ningún día de la semana
17. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted sustancias como alcohol o drogas, a pesar de saber que pueden afectar el tratamiento?
 ___ (5) Ningún día de la semana
 ___ (4) Muy pocos días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) La mayoría de los días de la semana
 ___ (1) Todos los días de la semana
18. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted algún tipo de alimento que le recomendaron no consumiera por razones especiales relacionadas con el tratamiento?
 ___ (5) Ningún día de la semana
 ___ (4) Muy pocos días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) La mayoría de los días de la semana
 ___ (1) Todos los días de la semana

Las preguntas de la 19 a la 22 tienen que ver con la forma en la que usted evalúa diferentes asuntos relacionados con la enfermedad y el tratamiento

19. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre la enfermedad?
 (5) Bastante completa
 (4) Completa, a secas
 (3) Regular
 (2) Muy escasa
 (1) No tengo información
20. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre el tratamiento y los medicamentos que consume actualmente?
 (5) Bastante completa
 (4) Completa, a secas
 (3) Regular
 (2) Muy escasa
 (1) No tengo información
21. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los resultados de los estudios de laboratorio y, sobre todo, lo que significan?
 (5) Bastante completa
 (4) Completa, a secas
 (3) Regular
 (2) Muy escasa
 (1) No tengo información
22. ¿Cómo evalúa la información que le proporciona su médico sobre la enfermedad y el tratamiento?
 (5) Bastante completa
 (4) Completa, a secas
 (3) Regular
 (2) Muy escasa
 (1) No tengo información

Las preguntas de la 23 a la 30 tienen que ver con la forma en la que usted evalúa el grado de dificultad para practicar diferentes comportamientos

23. ¿Qué tan difícil se le hace buscar información relacionada con su enfermedad y el tratamiento, por ejemplo?
 (5) Nada difícil
 (4) Un poco difícil
 (3) Más o menos difícil
 (2) Difícil, secas
 (1) Bastante difícil
24. ¿Qué tan difícil se le hace a usted seguir con las instrucciones que le proporciona su médico en relación con el consumo de medicamentos?
 (5) Nada difícil
 (4) Un poco difícil
 (3) Más o menos difícil
 (2) Difícil, secas
 (1) Bastante difícil
25. ¿Qué tan difícil se le hace a usted participar de manera activa, junto con su médico, en la toma de decisiones sobre su plan de tratamiento?
 (5) Nada difícil
 (4) Un poco difícil
 (3) Más o menos difícil
 (2) Difícil, secas
 (1) Bastante difícil
26. ¿Qué tan difícil se le hace a usted dejar de consumir sustancias como alcohol o drogas? (5) Nada difícil
 (4) Un poco difícil
 (3) Más o menos difícil
 (2) Difícil, secas
 (1) Bastante difícil
27. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?
 (5) Nada difícil
 (4) Un poco difícil
 (3) Más o menos difícil
 (2) Difícil, secas
 (1) Bastante difícil
28. ¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que le provoquen tristeza o que lo depriman?
 (5) Nada difícil
 (4) Un poco difícil
 (3) Más o menos difícil
 (2) Difícil, secas
 (1) Bastante difícil

29. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener sus relaciones sociales con personas allegadas, como sus familiares, por ejemplo?
- ___ (5) Nada difícil
 - ___ (4) Un poco difícil
 - ___ (3) Más o menos difícil
 - ___ (2) Difícil, secas
 - ___ (1) Bastante difícil
30. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener o iniciar nuevas relaciones de amistad?
- ___ (5) Nada difícil
 - ___ (4) Un poco difícil
 - ___ (3) Más o menos difícil
 - ___ (2) Difícil, secas
 - ___ (1) Bastante difícil

ANEXO 4. Cuestionario AMAI**PREGUNTAS**

1. **Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?**

RESPUESTA	PUNTOS
Sin Introducción.	0
Preescolar.	0
Primaria incompleta.	10
Primaria completa.	22
Secundaria Incompleta.	23
Secundaria Completa.	31
Preparatoria Incompleta	35
Preparatoria Completa.	43
Licenciatura Incompleta	59
Licenciatura Completa	73
Posgrado	101

2. **¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?**

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	24
2 o más.	47

3. **¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?**

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	18
2 o más.	37

4. **Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?**

RESPUESTA	PUNTOS
NO TIENE	0
SI TIENE	31

5. **De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?**

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	15

2	31
3	46
4 o más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?



RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	6
2	12
3	17
4 ó más.	23

Una vez que se hayan realizado las preguntas del cuestionario, se deberán sumar los puntos obtenidos para cada uno de los hogares, y se utilizará la siguiente Tabla para determinar el Nivel socioeconómico al que pertenece.

TABLA DE CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Nivel Socioeconómico	PUNTOS
A/B	205 o más
C+	166 a 204
C	136 a 165
C-	112 a 135
D+	90 a 111
D	48 a 89
E	0 a 47

XIII.1 Instrumento de Recolección de datos

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL ASOCIADO A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIH.			
				FOLIO: _____	
NSS: _____					
Edad:		Sexo:		Estado Civil:	
_____ años.		1) Mujer. 0) Hombre.		1) Soltero. 2) Casado o unión libre. 3) Divorciado o separado. 4) Viudo.	
Escolaridad:		Ocupación:		Religión:	
1) Sin escolaridad. 2) Leer o escribir. 3) Primaria. 4) Secundaria. 5) Preparatoria. 6) Licenciatura. 7) Maestría o doctorado.		1) Trabajador. 2) Negocio propio. 3) Ama de casa. 4) Estudiante. 5) Sin ocupación.		1) Católica. 2) Cristiano. 3) Testigo de Jehová. 4) Sin religión. 5) Otra: ¿Cuál? _____	
Tiempo de diagnóstico de VIH:		Categoría de transmisión:		Padece otras enfermedades de transmisión sexual:	
_____ años.		1) Heterosexual. 2) Homosexual. 3) Bisexual.		1) Sífilis. 2) Gonorrea. 3) Hepatitis C. 4) Otra: ¿Cuál? _____	
Toxicomanías:		Tabaquismo:		Alcoholismo:	
0) No. 1) Si.		0) No. 1) Si.		0) No. 1) Si.	
Tratamiento anti-retroviral utilizado:		Pareja serodiscordante sin diagnóstico de VIH:		Tipo de familia con base al parentesco:	
1) Bictegravir 2) Emtricitabina. 3) Tenofovir alafenamida. 4) Otro: ¿Cuál? _____		0) No. 1) Si.		1) Nuclear. 0) Seminuclear. 1) Extensa. 2) Extensa Compuesta.	
		Nivel económico:		Adherencia terapéutica:	
		1) A/B. >205. 2) C+ 166-204 3) C 136-165. 4) C- 112-135. 5) D+ 90-111. 6) D 48-89. 7) E 0-47.		1) Excelente. 2) Regular 3) Buena. 4) Mala. 5) Nula.	
Apoyo social:		Resiliencia:			
1) Máximo. 2) Medio. 3) Mínimo.		1) Baja. 2) Media. 3) Alta			

XIII.2 Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Resiliencia y Apoyo Social Asociado a la Adherencia Terapéutica en pacientes con VIH"

Patrocinador externo (si aplica)*: Ninguno.

Lugar y fecha: Unida de Medicina Familiar No.6. 2022

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Conocer la capacidad de adaptación (resiliencia), el apoyo social que usted percibe y si existe una relación de lo anterior con el apego que usted tiene a su tratamiento.

Procedimientos: Bajo su previa autorización se aplicaran 3 Encuestas con un tiempo de aplicación de 40 minutos: RESI-M para medir la adaptación, MOS para el apoyo social y VPAD-24 para saber el apego que usted tiene de su tratamiento de VIH.

Posibles riesgos y molestias: Usted puede llegar a sentir algún sentimiento como soledad o ansiedad, durante la aplicación como tristeza o llanto fácil. Así como el sentimiento de pérdida de tiempo, le agradecemos informar al entrevistador en caso de que usted presente alguna molestia para su atención inmediata.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: El investigador proporcionara información acerca de los beneficios de tener un buen apego a su tratamiento de VIH.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador proporcionara los resultados de las preguntas y de ser necesario y así lo desea enviarlo a lugares de apoyo, para resolver dudas o apoyarlo de manera directa en diferentes áreas como trabajo social, psicología o atención médica.

Participación o retiro: Su participación en esta investigación es **voluntaria**, usted puede retirarse cuando lo decida, sin que esta decisión interfiera en su atención por parte de su Médico o del Instituto.

Privacidad y confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione será necesaria para la Investigación y los datos que usted nos proporcione, serán resguardados y codificados, **sus datos no serán expuestos**.

Autorización de participación en el estudio:

No autorizo participar en el estudio.
Si autorizo participar en el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica.

Beneficios al término del estudio: Conocer de manera certera el apego que usted tiene a su tratamiento, la manera en que afrontamos la enfermedad y el apoyo social que recibe. Para poder apoyarlo y ayudarlo con un mejor control y manejo de su tratamiento.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Magaña Reyes Edgar Uriel Celular: 3321807943 Correo electrónico: edgarurielmagrey@gmail.com
Dra. Rosillo Ortiz Ivonne. Celular: 41 42 80 49 71. Correo electrónico: iv.ro.or@gmail.com

Colaboradores: Dra. Escorcia Reyes Verónica. Celular: 42 72 90 98 35. Correo electrónico: vero_escorcia@hotmail.com

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No.1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000 Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 Hrs, al teléfono de 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhqr1gro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.
Clave: 2810-009-013