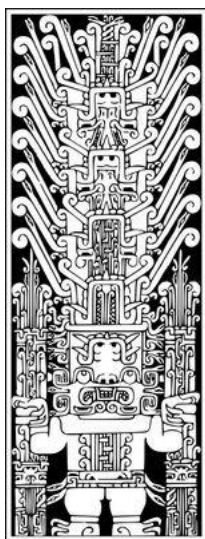


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES
ADULTOS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica**

AUTORA

Sullón Nizama, María Ygnacia

ASESORA

Valdéz Sena, Lucía

JURADO

Aranda Avendaño, Víctor

Becerra Flores, Sara

Rivadeneira de la Torre, Elvira

Zegarra Martinez, Vilma

Lima – Perú

2018

Dedicatoria

La vida universitaria trae consigo no solo el acceso a grandes oportunidades, sino que también te da la oportunidad de formar lazos afectivos, que perdurarán más allá del término de la carrera. Quiero dedicar la presente tesis de investigación a mi mejor amigo y amor, por ser mi soporte y apoyo incondicional. Draleh, eres la persona más especial en mi vida y te agradezco el haberme acompañado a lo largo de este camino rumbo hacia uno de los momentos más importantes de mi vida.

Agradecimiento

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Dra. Lucía Emperatriz Valdéz Sena, quien aceptó ser mi asesora; muchas gracias por todo su apoyo. Agradezco también el haber tenido la oportunidad de ser su alumna, y así conocer toda su dedicación, profesionalismo y amabilidad.

A la psicóloga del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, la Lic. Medalit Liliana Lucho Cabillas, quien, desde el inicio de la presente investigación, aceptó ser mi guía; gracias por todas sus enseñanzas y por todo su apoyo durante la ejecución del presente estudio.

Del mismo modo, al Dr. Elmer Amado Salas Asencios, gracias profesor por todos sus consejos y recomendaciones, y por supuesto, por su valioso tiempo.

Finalmente, a todos los pacientes que amablemente accedieron a dar su consentimiento y participar de la presente investigación.

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”

(Sigmund Freud)

**Apoyo social percibido y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en
pacientes adultos con virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en el Hospital
Nacional Dos de Mayo**

María Ygnacia Sullón Nizama

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. La muestra estuvo conformada por 122 pacientes adultos con VIH/sida que se encontraban siendo atendidos en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, los cuales se encontraban bajo tratamiento un tiempo no menor a seis meses, y cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años. El tipo de investigación es descriptivo-correlacional y el diseño es no experimental. Se emplearon el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) y el Cuestionario CEAT para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH). Los resultados obtenidos indican una relación altamente significativa y positiva entre el apoyo social percibido y la adherencia al TARGA ($r=0.309$, $p<0.001$). Así mismo, las dimensiones del apoyo social que mejor contribuyen a explicar las conductas de adherencia al TARGA son el apoyo afectivo y emocional. Con respecto a los niveles de adherencia al TARGA según la edad de los pacientes, no se encontraron diferencias significativas entre ambas variables. Los resultados del presente estudio dan cuenta de la existencia de relación entre las variables investigadas, lo cual contribuye al conocimiento del paciente con VIH y ello podría orientar a la intervención psicológica para favorecer la adherencia a su tratamiento.

Palabras Clave: Apoyo social, adherencia, tratamiento antirretroviral de gran actividad, VIH.

**Apoyo social percibido y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en
pacientes adultos con virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en el Hospital
Nacional Dos de Mayo**

María Ygnacia Sullón Nizama

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

The main objective of this research was to determine the relationship between perceived social support and adherence to highly active antiretroviral treatment. The sample consisted of 122 adult patients with HIV / AIDS who were being treated in the Service of Infectious and Tropical Diseases of the National Hospital Dos de Mayo, which were under treatment for a time not less than six months, and whose ages oscillate between 18 and 65 years old. The type of research is descriptive-correlational and the design is non-experimental. The MOS questionnaire of perceived social support (MOS) and the CEAT questionnaire for the evaluation of adherence to antiretroviral treatment (CEAT-HIV) were used. The results obtained indicate a highly significant and positive relationship between perceived social support and adherence to HAART ($r = 0.309$, $p < 0.001$). Likewise, the dimensions of social support that best contribute to explaining adherence behaviours to HAART are affective and emotional support. With respect to the levels of adherence to HAART according to the age of the patients, no significant differences were found between both variables. The results of the present study show the existence of a relationship between the investigated variables, which contributes to the knowledge of the patient with HIV and this could guide the psychological intervention to favor the adherence to their treatment.

Key words: Social support, adherence, highly active antiretroviral treatment, HIV.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Pensamiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Lista de tablas y figuras	ix
Introducción	10
Capítulo I: Problema	
1.1. Planteamiento y formulación	12
1.2. Hipótesis	13
1.2.1. Hipótesis general	13
1.2.2. Hipótesis específicas	14
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación e importancia	14
Capítulo II: Marco teórico	
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Base teórica	24
2.2.1. Apoyo social	24
2.2.1.1. Definición	24
2.2.1.2. Ejes principales del apoyo social	26
2.2.1.3. Dimensiones del apoyo social	27
2.2.1.4. Modelos teóricos del apoyo social	29
2.2.1.5. Apoyo social y su efecto sobre la salud	31
2.2.2. Generalidades sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	33
2.2.2.1. Definición	33
2.2.2.2. Paciente con VIH/sida	33
2.2.2.3. Historia natural de la infección por VIH	34
2.2.2.4. Modos de transmisión	35
2.2.2.5. Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)	36
2.2.3. Adherencia al tratamiento	37

2.2.3.1. Adherencia al TARGA	39
2.2.3.2. Consideraciones sobre el inicio del TARGA	41
2.2.3.3. Factores que influyen en la adherencia	42
2.2.3.4. Rol del psicólogo en la atención del paciente con VIH	46
Capítulo III: Método	
3.1. Tipo y diseño de investigación	48
3.2. Participantes	49
3.3. Variables	50
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.4.1. Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)	50
3.4.2. Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	53
3.5. Procedimiento	57
Capítulo IV: Resultados	
4.1. Análisis exploratorio de las variables	59
4.2. Medidas psicométricas de los instrumentos	59
4.3. Descripción de las variables de estudio por niveles o categorías	60
4.4. Relación de las variables de estudio	61
4.5. Asociación de las variables de estudio en función de las variables de control	62
Capítulo V: Discusión	
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
Referencias	
Anexos	
A. Matriz de consistencia del plan de investigación	
B. Matriz de operacionalización de variables	
C. Matriz de instrumentos	
D. Consentimiento informado	
E. Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)	
F. Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	
G. Validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos a través de juicio de expertos	

Lista de tablas y figuras

Tablas

1	Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición de sida para adultos y adolescentes (mayores de 13 años)	35
2	Distribución de la muestra según sexo y edad	49
3	Composición del Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)	52
4	Interpretación del Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)	53
5	Composición del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	55
6	Codificación de respuestas del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	56
7	Interpretación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	56
8	Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para bondad de ajuste	59
9	Coefficiente de Alfa de Cronbach para el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)	59
10	Coefficiente de Alfa de Cronbach para el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	59
11	Frecuencia de la variable Apoyo social percibido	60
12	Frecuencia de la variable Adherencia al TARGA	60
13	Coefficiente de Correlación entre el Apoyo social percibido y la Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad	61
14	Coefficiente de Correlación entre las Dimensiones del apoyo social percibido y la Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad	61
15	Prueba Chi-cuadrado entre el Apoyo social percibido y la Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad	62
16	Niveles de adherencia al TARGA según la edad de los participantes	62
17	Validez de contenido del Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)	Anexo G
18	Validez de contenido del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	Anexo G

Figuras

1	Interacción de factores asociados a la adhesión terapéutica	43
2	Factores sociales de la infección por VIH	45
3	Tipo y diseño de investigación	48

Introducción

Son muchas las enfermedades que repercuten sobre la salud y el bienestar, no obstante, existe una enfermedad ocasionada por un virus que afecta la inmunidad de las personas, la cual además tiene un gran impacto a nivel psicológico y social. En este sentido, la infección por el VIH o virus de la inmunodeficiencia humana, sigue siendo considerada como un problema a nivel mundial, esto a pesar de que tanto la cifra de nuevas infecciones, como las muertes relacionadas con el sida, han ido disminuyendo en la última década (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2015).

A pesar de los avances logrados en aspectos tan diversos como el tratamiento antirretroviral de gran actividad, aún no existe cura para esta enfermedad, aquí es donde radica la importancia de la adherencia.

Los términos “adherencia y cumplimiento” se emplean, con frecuencia, de forma indistinta. En un principio, solamente se empleaba el término “cumplimiento” para definir la correcta toma de los medicamentos. Sin embargo, algunos autores prefieren el término “adherencia” considerando que, define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico (Ministerio de Salud [MINSAL], 2006, p.174-175).

La adherencia es considerada un factor de suma importancia dentro del tratamiento con antirretrovirales, ya que diversos estudios han permitido comprobar, que con una adherencia alrededor del 95% se logra el éxito de este régimen terapéutico, el cual es traducido en la disminución de los niveles de carga viral en el plasma sanguíneo, llegando incluso a su supresión máxima, y gracias a esto se restablece la función inmune y se retarda la progresión de la enfermedad.

En la actualidad se proponen una serie de objetivos a nivel internacional para contribuir en la lucha contra la epidemia de la infección por el VIH; esta es la estrategia denominada “90 – 90 – 90” que pretende alcanzar para el año 2020: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su diagnóstico, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban tratamiento y que el 90% de las personas que reciben tratamiento tengan carga viral indetectable, lo cual se logra con una adherencia estricta (ONUSIDA, 2015).

Ahora bien, el tratamiento que deben seguir las personas con VIH/sida resulta bastante complejo, entre muchas de las razones está el hecho de que es un tratamiento que debe llevarse

de por vida, razón por la cual, lograr una adherencia estricta por parte del paciente constituye un objetivo complejo que se haya influido por múltiples factores: los relacionados con la enfermedad, con el régimen terapéutico, con el individuo, con la situación social y con el equipo asistencial.

Para que esta adherencia se lleve a cabo, el paciente deberá contar con un estilo de vida, aspecto emocional, medio social, medio laboral y antecedentes de salud favorables. Frente a ello, un factor importante a tomar en cuenta es el apoyo social, el cual contribuye con un mejor equilibrio emocional, necesario para enfrentar mejor la presión de la enfermedad y su tratamiento.

Lin, Dean y Ensel (como se citó en Hombrados, 2013) definen al apoyo social como un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, las cuales son proporcionadas por el medio social y las relaciones íntimas, y que pueden producirse tanto en situaciones habituales como de crisis a lo largo de la vida.

La mayoría de pacientes con VIH tienen miedo de revelar su diagnóstico a sus familiares y amigos, miedo de ser discriminados en su ambiente laboral, y por ello muchas veces se resisten a pedir apoyo a los otros; frente a ello, existen investigaciones que concluyen que el contar con apoyo social positivo, contribuye a un aumento del bienestar y con ello al desarrollo de conductas saludables, como lo es una adecuada adherencia al tratamiento.

Finalmente, la presente investigación pretende brindar una información sólida, que contribuya a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con VIH, ya que desde el ámbito psicológico es una población poco estudiada, que requiere de una atención integral para el logro del eficaz cumplimiento del tratamiento que deben seguir.

Capítulo I

Problema

1.1. Planteamiento y formulación

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha ocasionado la muerte de millones de personas en todo el mundo. El VIH afecta el sistema inmunológico del organismo, ocasionando que disminuya su capacidad de defensa ante los microorganismos que producen diversas enfermedades. El Sida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad mortal causada por el VIH.

El número de nuevos casos diagnosticados con VIH han disminuido de forma considerable a nivel mundial, tal es así que desde el año 2000 hubo una disminución del 35% en los nuevos casos de infección por el VIH, así como una disminución del 42% de las muertes relacionadas con el sida desde el año 2004. En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en el año 2014 fue un 17% menor que en el año 2000; del mismo modo, las muertes relacionadas con el sida disminuyeron en un 31% (ONUSIDA, 2015).

De forma paradójica, existe un aumento considerable de personas que viven con tal diagnóstico; esto debido al acceso universal al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), gracias al cual las personas con VIH viven más y obtienen calidad de vida. No obstante, la condición indispensable para conseguir la eficacia del tratamiento es la adherencia estricta de los pacientes al mismo.

En el caso del VIH/sida, la adherencia es el cumplimiento riguroso del TARGA, con el objetivo de obtener un adecuado control de la replicación viral. Este hoy en día, constituye el foco de atención de muchas investigaciones, ya que la falta de adherencia condiciona el fracaso terapéutico.

Una adherencia inadecuada al tratamiento con antirretrovirales trae consigo muchas implicaciones negativas, no solo para el mismo paciente, sino también para el sistema de salud en general, ya que se invierten recursos económicos para financiar el coste elevado de tales medicamentos, que son distribuidos en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) y EsSalud. Ahora bien, la adherencia al TARGA se ve favorecida o afectada por una serie de factores, de allí la importancia de investigar, cuáles son aquellas variables que favorecen la adherencia, para lograr intervenciones eficaces en estos pacientes.

En este sentido, el paciente con VIH debe contar con una serie de recursos que le permitan manejar situaciones difíciles, haciendo referencia en este caso a los diversos estresores propios de la enfermedad, así, por ejemplo, las respuestas emocionales negativas ante la enfermedad, el impacto de la enfermedad en la red social del paciente, las consecuencias en términos laborales y las dificultades mismas del tratamiento.

Es aquí donde surge el concepto de apoyo social, el cual hace referencia a los vínculos sociales con los que cuenta la persona, los cuales, a su vez, desempeñan un papel significativo en la salud física y psicológica. Diversos investigadores han señalado que el estrés está relacionado con el contexto en el cual se desarrolla una persona, siendo Lazarus (como se citó en Herrero, 2004) el autor que destaca, al afirmar la importancia de las relaciones sociales como elemento esencial que incide en los procesos de estrés (Herrero, 2004).

El apoyo social tiene una dimensión objetiva (recibida) y una dimensión subjetiva (percibida), no obstante, en ambos casos, contribuye con el bienestar de las personas; esta diferenciación es importante ya que la evidencia empírica señala que la percepción de apoyo social habitualmente predice mejor el bienestar de la persona que la recepción de apoyo social, ello debido a que en situaciones normales, las personas no necesitan pedir ayuda para saber que la obtendrían llegado el caso (Herrero, 2004).

Por lo tanto, es de gran importancia analizar las disposiciones de apoyo social con las cuales cuentan las personas que atraviesan por el duro proceso de enfermedad; en el caso de las personas con VIH se debe señalar que esta es una condición médica frecuentemente asociada al estigma, la discriminación e inclusive la exclusión social; aspectos que sin lugar a dudas interfieren con el ajuste psicológico del paciente frente a la enfermedad, mientras que el hecho de contar con una red de apoyo social positivo, sería un factor favorecedor a dicho ajuste; ahora bien tal ajuste incluye la óptima adherencia al tratamiento del VIH.

Tomando en cuenta lo expresado con anterioridad surge la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo?

1.2. Hipótesis

1.2.1. Hipótesis general

El apoyo social percibido se relaciona con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.2.2. Hipótesis específicas

- Los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo perciben adecuados niveles de apoyo social.
- Existe adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Pacientes mayores de 40 años con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo tienen adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, en comparación a pacientes menores de 40 años.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de apoyo social percibido que presentan los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Comparar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, según edad, en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación pretende contribuir en la lucha del paciente con VIH por el logro de su mejora a nivel físico y emocional. Controlar las consecuencias de la infección por VIH sobre la salud, se ha convertido en un reto, que requiere de una atención integral. Aquí se resalta la importancia del estudio de aspectos psicológicos en estos pacientes.

Por otro lado, la relevancia social del presente estudio radica en el hecho de que una adecuada adherencia conlleva a obtener beneficios económicos y sanitarios; al ser un tratamiento de alto coste económico, con el logro de la adecuada adherencia se logra también que tal inversión sea provechosa, además con pacientes adherentes se permite que el sistema

de salud no se congestione con nuevos ingresos hospitalarios. Con la adherencia estricta también se logra el control de la replicación de los virus, es decir cargas virales indetectables en pacientes con VIH, lo cual hace posible la disminución de nuevos casos de infección por este virus.

El VIH/sida constituye una enfermedad de profundo impacto. Estos pacientes con frecuencia son estigmatizados debido a la implicación de la sexualidad. Hoy en día, en un mundo cada vez más globalizado e informado, es posible permitir al paciente con VIH llevar una adecuada calidad de vida, modificando la sensación de alarma social.

El tratamiento para el VIH/sida requiere de una adecuada adherencia al mismo por parte del paciente, y para ello es de suma importancia trabajar en los aspectos que faciliten una actitud positiva del paciente al mismo. En la actualidad, son numerosos los esfuerzos de todo el personal de salud para lograr que los pacientes sean adherentes a su tratamiento, frente a esta realidad surge el valor teórico de la presente investigación, la cual pretende contribuir con el estudio del apoyo social como una variable favorecedora de la adherencia al TARGA.

En cuanto a la utilidad metodológica, en nuestro país el desarrollo de investigaciones en este tipo de población es mínimo, debido a ello, la presente investigación aporta con sus resultados nuevos conocimientos en una muestra poco estudiada, lo cual permitirá la mejora de las estrategias de atención integral, logrando contribuir a brindarle adecuada calidad de vida a estos pacientes.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

En relación a las investigaciones realizadas sobre la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, se mencionan:

Internacionales

Varela, Gómez, Mueses, Galindo y Tello (2013) realizaron un estudio acerca de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, contando para ello con una muestra de 127 pacientes, todos ellos mayores de edad y bajo tratamiento antirretroviral al menos desde hace seis meses, los cuales estaban siendo atendidos en una institución médica, en Cali, Colombia. En este estudio fueron utilizados: la subescala del Cuestionario (CAT-VIH) que mide la adherencia farmacológica al TARGA, la cual fue validada y adaptada en Colombia; el Cuestionario (CFR-AT VIH) que identifica los factores relacionados con la adherencia, el cual fue construido para este estudio; así como un formato de datos de la historia clínica. El nivel de confianza estimado fue del 95% y el nivel de significación estadística de 0,05. Los resultados revelan una prevalencia de adherencia del 84.3%. Sobre los factores relacionados a la adherencia al TARGA se halló que los pacientes con menos de 40 años, de posición socioeconómica baja, que poseen barreras ante el tratamiento, con dosis mayores a cuatro pastillas diarias y mujeres cuya pareja o hijos tienen VIH/sida; son aquellos que tienen niveles más bajos de adherencia a su tratamiento.

Varela y Galdames (2014) llevaron a cabo un estudio sobre la depresión y la adhesión a la terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH. Se evaluó una muestra conformada por 119 pacientes atendidos en el Programa VIH/sida del Hospital San Pablo de Coquimbo en Chile; los cuales debían estar en tratamiento al menos durante tres meses y ser mayores de edad. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Morisky Green Levine referente a la adherencia, y el Inventario de Depresión de Beck-II; además un nivel de significación de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Los resultados obtenidos sobre la prevalencia de depresión fueron un 59% de casos con depresión mínima, 13.1% con depresión leve, 16.4% con depresión moderada y 11.5% con depresión severa. La adhesión mostró un 30.3% de sujetos considerados óptimamente adherentes y 68.0% no adherentes, con diferencias significativas por sexo, edad y tiempo de tratamiento. Así mismo, se encontró que las personas con depresión moderada o

severa tienen una probabilidad tres veces superior de ser no adherentes que los pacientes con depresión mínima o leve.

Santillán (2014) realizó una investigación sobre la adherencia terapéutica en personas que viven con VIH/sida. Los objetivos fueron: evaluar si el Modelo de información-motivación y habilidades conductuales (IMB) de Fisher (como se citó en Santillán, 2014) es capaz de identificar los predictores de la adherencia al tratamiento, además de determinar si la sintomatología depresiva y los eventos traumáticos constituyen variables mediadoras de la adherencia. La muestra estuvo conformada por 109 pacientes adultos con diagnóstico de VIH, hombres (63%) y mujeres (37%), con rango de edad entre 18-69 años, que asisten a consulta en el Hospital General de Atizapán, en el estado de México. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario de autorreporte de la adherencia al TARGA, el Cuestionario LW-IMB-AAQ (Life Windows Information-Motivation and Adherence Questionnaire) que mide las barreras hacia los antirretrovirales según el modelo IMB, la Escala CES-D (Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión) sobre depresión, la Escala de Eventos Traumáticos TQ, una encuesta sociodemográfica y las historias clínicas. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Los resultados mostraron asociaciones parciales entre el modelo IMB y a adherencia. El 86.7% de la muestra reportó cargas virales indetectables, y el 63% presentó altos niveles de sintomatología depresiva. Sobre los eventos traumáticos, el 76.1% de los evaluados, respondieron que el ser diagnosticados con VIH es el acontecimiento que les resulta más desagradable recordar. Se concluye que tanto el modelo IBM, como la sintomatología depresiva y los eventos traumáticos, contribuyen con la comprensión de los mecanismos que influyen en la adherencia al TARGA.

Jurado (2015) realizó una investigación con el objetivo de identificar aquellos factores que podrían estar asociados a la adherencia terapéutica en los pacientes con VIH/sida. En esta investigación, la muestra estuvo conformada por 202 pacientes, mayores de edad, con diagnóstico de VIH/sida y bajo tratamiento antirretroviral, los cuales eran atendidos en un hospital de la ciudad de Quito, en Ecuador. Se aplicaron los siguientes instrumentos de recolección de datos: Test SMAQ de adherencia, Test de DUKE UNC:11 de valoración del apoyo social, Test CAGE de alcoholismo, Test de Calidad de Vida relacionada a la salud de Mezzich y Cohen, Test de Psicopatología de Golberg: GHQ12 y Minimal Test. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Las conclusiones indicaron que la prevalencia de adherencia fue del 49.01%. Fueron factores asociados a la no adherencia el consumo de alcohol y drogas, y la presencia de demencia. Por otro lado, la calidad

de vida alta, el alto apoyo social y la ausencia de psicopatología, fueron aquellos factores favorecedores a la adherencia al TARGA.

Varela y Hoyos (2015) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de caracterizar la adherencia al tratamiento con antirretrovirales a aspectos no farmacológicos, y en lugar de ello, establecer su relación con los aspectos sociodemográficos. La muestra estuvo conformada por 277 personas diagnosticadas con VIH/sida, todos mayores de 18 años, los cuales eran atendidos en la ciudad de Cali, Colombia. Se utilizó la subescala del Cuestionario (CAT-VIH) que mide los aspectos no farmacológicos de la adherencia al TARGA, la cual fue adaptada para este estudio. El nivel de confianza fue del 95% y el nivel de significación estadística de 0,05. Se obtuvo como resultado que el 63% de los participantes no fueron adherentes a los aspectos no farmacológicos de su tratamiento, además los resultados mostraron que los pacientes con menos de 40 años tienen menor oportunidad de adherir a las recomendaciones no farmacológicas de su tratamiento (95% menos oportunidad).

Como se observa, en este estudio se señalan aquellos aspectos del régimen terapéutico que van más allá de la toma de la medicación. Varela, Salazar y Correa (2008) afirman:

Los aspectos no farmacológicos de la adherencia al tratamiento para el VIH/sida incluyen la realización frecuente de actividad física, la alimentación según las recomendaciones nutricionales, el manejo de estados emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión), evitar el consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. (p. 104).

Bermúdez, Bran, Palacios, y Posada (2016) realizaron una investigación cualitativa, con enfoque histórico-hermenéutico, la cual tuvo como principal objetivo identificar el impacto de la relación médico-paciente en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH. La duración de éste estudio fue de un año, participando un total de 13 personas diagnosticadas con VIH, todas ellas mayores de edad y provenientes de la ciudad de Medellín, Colombia. La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados de la investigación determinaron que el efecto del acompañamiento del personal de salud en la recepción de campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, constituye un aspecto primordial en el tratamiento de la enfermedad y, por ende, de la persona enferma. En este estudio, los participantes dieron relevancia al rol de los profesionales de la

salud, en cuanto a incorporar estilos de vida saludables y evitar las conductas sexuales de riesgo, dada su condición como pacientes con VIH/sida.

Aquí, cabe señalar la importancia de una adecuada interacción médico-paciente, siendo éste un aspecto relevante en el fomento de las conductas de adherencia por parte del paciente. Por ende, el médico y todo el personal de salud, además de brindar el adecuado tratamiento, deben brindar un trato asertivo y empático; fomentando las conductas de adherencia.

Nacionales

Condori (2014) realizó una investigación acerca de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y su relación con la funcionalidad familiar en personas con VIH/sida. Participaron en este estudio 176 pacientes con VIH/sida, mayores de edad, de ambos sexos, bajo tratamiento antirretroviral de gran actividad y que asistieron de manera regular y frecuente al Hospital de Emergencias Grau Essalud, en Lima. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Morisky-Green y el Cuestionario de AFGAR familiar. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Los resultados concluyeron los siguientes niveles de adherencia: 48.9% con alta adherencia, 44.9% con media adherencia y 6.3% con baja adherencia. Sobre la funcionalidad familiar, el 81.3% presentó buena función familiar, mientras que el 18.8% presentó disfunción familiar. Por otro lado, este estudio arrojó que no existen relaciones significativas ($p=0.735$) entre la adherencia al TARGA y la funcionalidad familiar.

Pacífico (2014) investigó acerca de la Satisfacción respecto a la información sobre la medicación y su asociación con la adherencia a TARGA en pacientes con VIH/sida. La muestra estuvo conformada por 364 pacientes con edades comprendidas entre los 18-65 años, con diagnóstico de VIH/sida, que eran atendidos en la consulta externa del Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima; los cuales se encontraban recibiendo TARGA desde por lo menos hace 30 días. Se utilizaron el Cuestionario SMAQ sobre adherencia al TARGA, el Cuestionario SIMS para determinar la satisfacción de los pacientes con la información recibida sobre los medicamentos del TARGA, y una ficha de recolección de datos. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Se encontró que el 51.9% fueron adherentes al TARGA, de ellos un 96.8% presentaron adherencia óptima y un 3.2% presentaron adherencia buena. Por otro lado, el 51.1% de los pacientes evaluados indicaron estar satisfechos con la información recibida, mientras que el 48.9% indicaron estar insatisfechos. Finalmente, no se hallaron asociaciones estadísticamente

significativas ($p=0.611$) entre las variables satisfacción con la información recibida sobre la medicación y la adherencia al TARGA.

Meneses y Mayorca (2014) realizaron una investigación sobre los hábitos de autocuidado y su relación con la adherencia al TARGA. Participaron 288 pacientes del servicio de infectología de un hospital nacional de Lima, todos mayores de 18 años. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento diseñado para efectos de ésta investigación, que fue validado por juicio de expertos y consta de 37 preguntas dicotómicas sobre las prácticas del autocuidado que tiene la persona que vive con el VIH y la adherencia al TARGA. El nivel de significación estadística fue 0,05 y se estableció 95% como nivel de confianza. Los resultados mostraron que las prácticas de autocuidado son inadecuadas en su mayoría (99.7%) y a su vez, la mayoría de pacientes son no adherentes a tu tratamiento (70.1%). Se halló una correlación significativa y positiva ($r=0,445$) entre ambas variables, es decir a menos práctica de adecuado autocuidado, menos adherencia al TARGA.

Zafra (2015) investigó sobre los factores asociados al estigma relacionado al VIH/sida en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. La muestra estuvo conformada por 339 pacientes con VIH/sida dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima, todos mayores de edad y con al menos seis meses dentro del programa. La recolección de datos se realizó mediante: encuesta de datos sociodemográficos, encuesta SMAQ sobre adherencia al tratamiento TARGA y escala Berger sobre el estigma relacionado al VIH/Sida. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Los resultados concluyeron que el 66.7% no tuvo adherencia al tratamiento TARGA. El 25.4% de encuestados presentó un estigma relacionado a VIH/Sida alto, el 47.5% presentó un estigma moderado, el 20.6% bajo y el 6.5% presentó un estigma mínimo. Se halló asociación entre el estigma y la adherencia al tratamiento de manera tal, que las personas sin adherencia presentaron mayor nivel de estigma.

Cajas (2015) en su investigación sobre la actitud hacia los cambios producidos por la enfermedad en los pacientes del programa TARGA de un hospital nacional; consideró el impacto del cambio debido a la enfermedad en los pacientes con VIH según las dimensiones física, social, psicoemocional y espiritual. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima, varones y mujeres, cuyas edades comprendían entre los 19 a 35 años. Se utilizó un instrumento creado para fines de este estudio, el cual resultó válido y confiable. El nivel de confianza para esta investigación fue

95%, además se estableció un nivel de significación estadística de 0,05. Los resultados indicaron que las actitudes de los pacientes con VIH hacia los cambios que produce la enfermedad son desfavorables en las dimensiones física (56.6%), social (53.3%) y psicoemocional (63.3%); mientras que la dimensión espiritual (43.7%) resultó menos afectada.

A partir de estos resultados, se puede afirmar que el diagnóstico de VIH positivo genera un gran impacto en muchos aspectos de la vida de la persona. A nivel físico, el sistema inmunológico se ve afectado, deteriorando la salud y la calidad de vida; a nivel social, los pacientes con éste diagnóstico muchas veces son estigmatizados y rechazados por sus familiares, amigos y entorno; a nivel emocional; surgen sentimientos de culpa, temor, vergüenza y desconfianza. Cabe señalar que un paciente con VIH/sida es una persona como cualquier otra, con los mismos derechos, y no merece ser rechazado. Con los debidos cuidados, estas personas pueden realizar diversas actividades, con lo cual no se debe tener miedo de interactuar con ellos.

Con respecto a la variable apoyo social percibido, se mencionan las siguientes investigaciones:

Internacionales

Gómez y Lagoueyte (2012) llevaron a cabo un estudio de tipo cualitativo sobre el apoyo social como una estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Participaron en tal estudio 14 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 70 años, diagnosticadas y tratadas de cáncer de cérvix, las cuales se contactaron por medio de instituciones encargadas de brindar el tratamiento, todas del área metropolitana del Valle de Aburrá en Colombia. Se realizó entrevistas a cada participante por una sola vez, previo consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad, y duraron entre 45 y 90 minutos. Los resultados concluyen que el apoyo social brindado por el personal de salud, familia, vecinos y amigos; emergió como una estrategia de afrontamiento importante durante la trayectoria de la enfermedad.

Nacionales

Díaz (2013) hizo un estudio sobre la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social. Participaron en este estudio 73 pacientes adultos, de ambos sexos, con diagnóstico de cáncer, y que asisten a consulta externa del consultorio de Oncología del Hospital Santa Rosa, en Lima. Los instrumentos que fueron utilizados son: una ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario MOS de apoyo social percibido y el Cuestionario de

Calidad de Vida. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Los resultados obtenidos indicaron que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos tienen una percepción sobre su calidad de vida medianamente favorable a desfavorable. Por otro lado, sobre el apoyo social, un 41% percibió niveles medios, 30% niveles bajos y un 29% percibió altos niveles de apoyo social.

Baca (2014) en su estudio tuvo como objetivo identificar la relación existente entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años, de ambos sexos, atendidos en un hospital de Trujillo. Los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) y el cuestionario MOS de apoyo social percibido de Sherbourne y Stewart (1991). El nivel de significación estadística fue 0,05 y el nivel de confianza fue 95%. Se obtuvo como resultado, una correlación directa entre el nivel de resiliencia y el apoyo social percibido en los pacientes con cáncer. Hubo diferencias del apoyo social percibido según el tipo de cáncer, aunque no ocurriendo lo mismo según sexo, grupo etario, nivel de instrucción, fecha de diagnóstico y nivel del proceso de atención médica.

Sierralta (2015) realizó un estudio sobre la relación existente entre el ajuste mental y el apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes con cáncer de tiroides, con edades entre los 25 y 65 años, los cuales eran atendidos en una institución especializada en oncología de Lima metropolitana. Los instrumentos utilizados fueron la escala de ajuste mental al cáncer MAC y el cuestionario de apoyo social percibido MOS. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Se encontró relaciones significativas y directas entre el estilo espíritu de lucha y los tres tipos de apoyo social percibido: emocional/informacional, afectivo e instrumental; así como inversas entre el estilo desamparo/desesperanza y los tres tipos de apoyo social percibido antes mencionados. Esta investigación evidencia la relación estrecha entre los constructos de ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido por los pacientes con cáncer de tiroides, en donde a mayor apoyo, mayor adaptación a la enfermedad y viceversa.

Con esto se concluye que el apoyo social constituye un recurso protector de la salud y que aparentemente podría favorecer la adaptación del individuo a la enfermedad.

También se han realizado investigaciones sobre la adherencia al tratamiento y el apoyo social percibido, de estas se mencionan:

Internacionales

Canales y Barra (2014) realizaron una investigación con el objetivo de establecer las relaciones entre las variables autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento. La muestra estuvo conformada por 118 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, los cuales eran atendidos en el Consultorio de Salud Familiar Bellavista, ubicado en la provincia de Concepción, Chile; cuyas edades estaban comprendidas entre 35 y 64 años, y estaban en tratamiento a lo largo de un año o más. Para la recolección de datos fueron utilizados: la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988), la Escala de Autoeficacia General adaptada en Chile por Cid et al (2010); en tanto que la adherencia se midió a través del Cuestionario de Morisky, Green y Levine (1986) y el nivel de compensación metabólica, obtenida de los registros informáticos del consultorio. El nivel de significación estadística fue de 0,05 y el nivel de confianza de 95%. Se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables adherencia al tratamiento y apoyo social. En este estudio, la variable edad no influye con los niveles de adherencia al tratamiento.

Vilató, Martín y Pérez (2015) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la relación entre las variables adherencia al TARGA y apoyo social percibido. La muestra estuvo conformada por 21 pacientes del Policlínico 4 de abril en la ciudad de Guantánamo en Cuba; todos ellos mayores de 20 años de edad, diagnosticados con VIH/sida al menos desde hace un año al momento de realizarse la investigación. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista semiestructurada, el Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica, el Cuestionario de apoyo social CAS y el análisis documental de las historias clínicas. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Se obtuvo como principales resultados: una adherencia parcial con el 71.4%, el 47.6% de los pacientes manifestó sentirse medianamente satisfecho con el apoyo recibido, seguido del 33.3% que se sintió nada satisfecho, solo el 28.6% de los pacientes estaban seguros de poder contar con el apoyo necesario si enfrentara una situación difícil en el futuro. En estos pacientes prevaleció una marcada necesidad de apoyo afectivo, cariño y estima, que sea brindado por familiares, amistades y otros grupos. Cabe resaltar que en éste estudio el 47.5% de los pacientes consideraron a los profesionales de la salud como una fuente de apoyo.

Nacionales

Quevedo, Sánchez, Villalba y Velásquez (2015) investigaron acerca de la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Éste fue un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, en el cual la muestra estuvo conformada por 52 pacientes de

la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes del distrito del Rímac; todos mayores de 18 años. Se utilizaron dos cuestionarios elaborados para fines de ésta investigación, validados por juicio de expertos, los cuales midieron el cumplimiento del tratamiento y el soporte familiar y social. Se estableció un nivel de significación estadística de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Los resultados revelaron que un 81.8% de los pacientes que recibieron un nivel alto de soporte familiar y social presentaron un alto nivel de cumplimiento del tratamiento; mientras que un 36.4% de los pacientes que tienen bajo nivel de soporte familiar y social presentaron bajo cumplimiento. Se observó también que un 42.3% de los pacientes presentaron un nivel de soporte familiar y social alto; mientras que un 21.2% presentaron bajo nivel de soporte familiar y social. Además, un 59.6% de los pacientes resultaron adherentes a su tratamiento; mientras que un 40.4% no cumplen con el mismo.

2.2. Base teórica

2.2.1. Apoyo social

2.2.1.1. Definición

A través del tiempo, el apoyo social ha sido motivo de interés en diversos estudios científicos, esto ha hecho posible que diversos personajes hayan contribuido con el desarrollo de este concepto, todos coincidiendo en que se trata de un tipo de relaciones sociales que generan un impacto positivo en el bienestar, particularmente sobre la salud y la calidad de vida. Hombrados (2013) afirma: “este tópico de investigación encuentra sus antecedentes en el clásico trabajo de Durkheim (1897) sobre el suicidio, en el que expone la influencia negativa que tiene el aislamiento social y la ruptura de las redes sociales en el aumento de la mortalidad y más concretamente en el suicidio” (p. 121).

Pero es en concreto en la década de los 70 cuando se sitúa el inicio de la investigación del apoyo social, destacando los trabajos de los siguientes personajes:

Cassel (como se citó en Herrero, 2004) entendió el apoyo social como información. “Esto significa que el apoyo social hace referencia a la información que recibimos de las personas importantes de nuestro entorno. La existencia de esta información está condicionada a la existencia de esas relaciones, y la pérdida de las mismas hace vulnerables a las personas ante la enfermedad” (Herrero, 2004, p.299). Cassel concluye que la intervención se debe dirigir,

más que a la reducción de los estresores, al fortalecimiento de las redes de apoyo y al incremento de la percepción de apoyo.

Cobb (como se citó en Herrero, 2004) definió el apoyo social como afecto. Herrero (2004) afirma: “El apoyo social refleja la transmisión de afectos de las personas próximas y, además, posibilita que el individuo se sienta parte de un mundo social que comparte con otros. En suma, el apoyo social es también integración social, al menos una integración en grupos de referencia que la persona considera próximos” (p. 210). Cobb destaca la importancia de enseñar a los pacientes, estrategias para dar y recibir apoyo como una forma efectiva de afrontamiento.

Caplan (como se citó en Herrero, 2004) incorporó el concepto de sistemas de ayuda. “Un sistema de ayuda es un agregado social continuo que proporciona a las personas información sobre sí mismas, a la vez que valida sus percepciones sobre los demás, lo que mitiga en parte las deficiencias de comunicación con la comunidad o sociedad en general” (Herrero, 2004, p.2010). Caplan muestra el papel protector del apoyo social frente a los efectos del estrés.

El papel de los sistemas de ayuda es proporcionar a las personas indicadores e información coherente sobre el contexto más global en que ocurre su experiencia. Así, interactuar con estos sistemas de ayuda es, en parte, interactuar con la comunidad, y sentirse integrado en estos sistemas de ayuda significa también sentirse integrado en la comunidad. Estas ideas proporcionadas por Caplan han ayudado a comprender la lógica de los grupos de apoyo y los grupos de autoayuda (Herrero, 2004).

Finalmente, la definición sintética del apoyo social propuesta por Lin, Dean y Ensel (como se citó en Hombrados, 2013), es considerada una de las más completas, ya que integra las definiciones anteriores, analizando el efecto que tiene el apoyo social en la salud psicológica y física. “El apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, y que pueden producirse en situaciones cotidianas y de crisis a lo largo de la vida” (Hombrados, 2013, p. 122-123).

Gracia, Herrero y Musitu (como se citó en Hombrados, 2013) destacan que esta definición tiene en cuenta los cuatro ejes principales entorno a los que se define el apoyo social:

- La estructura de la red social (características y tipos de fuentes).
- Las funciones del apoyo social (expresivas e instrumentales).
- La naturaleza percibida y recibida del apoyo social.

- Las condiciones y situaciones en las que se produce el apoyo social.

2.2.1.2. Ejes principales del apoyo social

A. Niveles del apoyo social

Hombrados (2013) señala la existencia de tres niveles del apoyo social:

- Nivel informal: es el apoyo que se deriva de las relaciones más íntimas (pareja, familia). Este nivel es muy importante porque juega un papel fundamental en el mantenimiento del bienestar ya que las personas buscan ayuda para resolver sus problemas dentro de sus redes de apoyo informales.
- Nivel medio o de redes sociales: es el apoyo que obtenemos de la interacción con personas que forman parte de un entramado social (por ejemplo, el lugar de trabajo).
- Nivel macro o comunitario: es aquel que surge de la necesidad de integración con la comunidad total, proporcionando el denominado sentido de comunidad.

B. Funciones del apoyo social:

- La función expresiva, hace referencia a que la provisión es tanto un medio como un fin en sí misma. Esta función tiene que ver básicamente con la expresión de emociones. Al respecto:

Hablar de nuestras frustraciones o preocupaciones con un amigo constituye un medio para sentirnos mejor y también un fin en sí mismo (de hecho, lo que buscamos es precisamente expresar esa emoción). En este caso podríamos sentirnos mejor, quizá, haciendo deporte, planificando un viaje o leyendo un buen libro. Sin embargo, lo que buscamos es expresar ese sentimiento de frustración precisamente y no otro (Herrero, 2004, p. 213).

- La función instrumental, hace referencia al hecho de que la provisión es un medio para conseguir un fin. Esta función instrumental incluiría tanto el consejo como la ayuda material. En este caso, el objetivo de nuestra conducta no es tanto la conducta en sí, sino lo que pretendemos conseguir con ella, siendo la conducta un medio. Al respecto:

Por ejemplo, ofrecer consejo a una amiga sobre cómo buscar información de asociaciones de familias de acogida (consejo) o llevarla en coche a las afueras de la ciudad para visitar a un familiar ingresado en una residencia (ayuda material). El objetivo de estas dos conductas no es tanto la conducta en sí como las consecuencias que esperamos de esas conductas. En el caso del consejo, la información la podría obtener de un libro y en el caso de la visita a la

residencia, la podría haber llevado un taxi. Sin embargo, de alguna forma percibimos que existe una diferencia sustancial entre ambas situaciones y que las consecuencias de esas conductas son muy diferentes. Las primeras incluyen apoyo social y las segundas no (Herrero, 2004, p. 214).

C. Naturaleza del apoyo social

El apoyo social puede ser observable (recibido), relacionado con las condiciones objetivas y reales del apoyo; o un apoyo subjetivo más relacionado con los recursos de apoyo percibidos, es decir, con los cuales se podría contar llegado el caso (percibido). Esta diferenciación es fundamental para entender los procesos de ayuda. Así, por ejemplo:

Confiar en que, llegado el caso, podríamos compartir nuestras preocupaciones con nuestra pareja sentimental constituye ya una forma de apoyo social, incluso en el caso extremo de que nunca tuviéramos que utilizar esa vía. Si, llegado el caso, hablamos de nuestras preocupaciones con nuestra pareja, el apoyo social se convierte en recibido, la conducta se ha producido (Herrero, 2004, p. 214).

Sin embargo, ambos aspectos son complementarios, puesto que la existencia de redes implica la potencialidad del ambiente para dar apoyo y la percepción de apoyo hace que los sujetos perciban a las fuentes potenciales como dispuestos a prestar el apoyo que necesitan. Esto significa que para que el apoyo social funcione ha de ser percibido (Hombrados, 2013).

2.2.1.3. Dimensiones del apoyo social

A. Dimensión funcional

Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre el apoyo social recibido o que podrían recibir. Esta dimensión es mediada por las representaciones personales de cada individuo, no obstante, es la que predice mejores efectos sobre la salud. Hombrados (2013) considera en esta dimensión los siguientes tipos de apoyo social:

- Apoyo emocional: este tipo de apoyo hace que las personas se sientan amadas o queridas y con sentimiento de ser valoradas. Se refiere a la expresión de emociones y sentimientos, a la posibilidad de contar con un confidente a quien expresarles sentimientos y problemas.

- Apoyo material o instrumental: este tipo de apoyo se puede concretar en ayuda económica, ayuda de servicios, ayuda doméstica, etc. Se refiere a la prestación de ayuda directa, y supone una reducción en la sobrecarga de tareas de la vida diaria.
- Apoyo informativo: este tipo de apoyo hace que las personas puedan resolver sus dudas o problemas, mediante consejos o información, brindada por distintas personas.

B. Dimensión estructural

Se refiere a la existencia y tamaño de las relaciones sociales que se posee. Esta dimensión se puede explorar en base a la cantidad y diversidad de los recursos que la persona tiene disponibles. Hombrados (2013) menciona los siguientes puntos en referencia al estudio de las redes sociales:

- Tamaño de la red: número de miembros que forman la red social de una persona. No obstante, una red amplia no garantiza la calidad del apoyo, pero sí explica la disponibilidad de la red para brindarlo.
- Composición de la red y calidad de apoyo: es la diversidad de personas que conforman la red social, las cuales se encuentran en diversos contextos (familiar, laboral, educativo, etc.), y a su vez, la satisfacción con el apoyo recibido.
- Densidad de la red: número de vínculos e intensidad de los mismos, los cuales se establecen entre los miembros que forman parte de la red social y la persona, es decir las interconexiones en la red.
- Reciprocidad: es el intercambio equitativo de recursos entre los miembros de la red, siendo tal reciprocidad promotora de la salud, tal como lo demuestran los grupos de autoayuda, donde todos los miembros son fuente y receptores de apoyo a la vez.
- Frecuencia: número de veces que se establece contacto con los miembros de la red social. Cabe señalar, que la frecuencia no garantiza la calidad de la interacción, pero sí aumenta la potencialidad de la red para prestar apoyo.
- Multiplicidad: se refiere al intercambio de varios tipos de apoyo entre los miembros de la red social.
- Dispersión: facilidad o dificultad para establecer contacto los miembros de la red.
- Homogeneidad: semejanza entre los miembros de la red (características sociodemográficas, actitudes, etc.), siendo esta característica predictora de una mejor interacción.

C. Dimensión contextual

Se refiere a las características peculiares de las fuentes de apoyo. Esta dimensión pone énfasis en diferentes variables implicadas en la transacción social. Hombrados (2013) analiza tres aspectos fundamentales al respecto:

- La naturaleza y características del estresor: se refiere al tipo de estresor y las variables contextuales que implica; de tal modo, cuando se trata de un estresor crónico, se puede producir un agotamiento o deterioro de las redes debido al mantenimiento de respuestas de apoyo a largo plazo.
- La valoración del sujeto sobre las acciones de apoyo recibido: siendo influenciada por la percepción del sujeto sobre sí mismo, y sobre la calidad de la relación que mantiene con otras personas.
- Las fuentes de apoyo: distinguiéndose nueve fuentes de apoyo social; cónyuges o compañeros, familiares, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo, cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

2.2.1.4. Modelos teóricos del apoyo social

Barrón en el año 1996 (como se citó en Hombrados, 2013) propone la siguiente clasificación de las teorías acerca del apoyo social:

- Modelos generales del apoyo social: con énfasis en el estrés, analizan los efectos del apoyo social sobre la salud y el bienestar. Se han propuesto dos grandes modelos para tratar de explicar cómo actúa el apoyo social: (a) La teoría del efecto directo y (b) La teoría del efecto amortiguador.
- Modelos específicos del apoyo social: estudian los mecanismos a través de los cuales el apoyo social tiene efectos beneficiosos.

Para fines de la presente investigación, se describen a continuación los modelos generales del apoyo social, al respecto, Alonso, Menéndez y González (2013) proponen dos teorías para explicar la asociación entre el apoyo social y la salud:

- a) Teoría del efecto directo: afirma que el apoyo social favorece el bienestar y la salud independientemente del nivel de estrés experimentado por las personas, de tal modo, que, a mayor nivel de apoyo, mayores son los beneficios. Se han propuesto dos mecanismos de acción, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psico-fisiológicos (que produciría mejoras en la salud

o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud.

Vaux (como se citó en Hombrados, 2013) propone cinco mecanismos de acción a través de los cuales se explica el efecto directo:

- La participación social y el contacto con las redes posibilita el desarrollo de roles que contribuyen al aumento del bienestar del individuo.
- El sentido de comunidad y pertenencia a un grupo aumenta el bienestar personal.
- La estima y el respeto que recibimos de los demás influyen de forma positiva en la autoestima, y con ello incrementa el bienestar.
- La presencia de redes sociales y el contacto con los demás proporcionan experiencias positivas que influyen en el bienestar.
- El contacto con las redes sociales permite el desarrollo de identidades sociales (amigo, compañero, madre) que influyen en una satisfactoria participación social.

De este modo, a partir de este modelo se concluye que, gracias a la integración en la red social, las personas perciben una mejor disposición de apoyo cuando lo necesitan, siendo esto significativo para el aumento en el bienestar.

- b) Teoría del efecto amortiguador: afirma que el apoyo social amortigua los efectos negativos del estrés. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social: en primer lugar, el apoyo social permite redefinir la situación estresante y enfrentarla, o bien, inhibir los efectos adversos que pudieran desencadenarse en ausencia del apoyo social; en segundo lugar, el apoyo social evita que los individuos definan una situación como estresante, debido a la seguridad generada por la posesión de recursos materiales y emocionales con los cuales se puede hacer frente a los obstáculos.

Vaux (como se citó en Hombrados, 2013) propone cinco mecanismos de acción a través de los cuales se explica el efecto amortiguador:

- El apoyo social ejerce una acción protectora directa previniendo la ocurrencia de ciertos estresores.
- El apoyo social “inocula” al sujeto frente al estrés al reducir la importancia del estresor.
- Los recursos aportados por los demás permiten ejercer una acción directa y un afrontamiento eficaz.

- El apoyo social facilita una evaluación más realista de los recursos, permite reevaluar al estresor como menos amenazante y desarrollar estrategias de solución de problemas.
- Cuando no se puede evitar la ocurrencia de un problema, el apoyo social actúa permitiendo manejar las emociones negativas.

Cabe señalar que los dos modelos descritos no son excluyentes entre sí, es decir, ambos contribuyen con la explicación del constructo apoyo social, presentándolo como un agente protector, que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos, tales como la enfermedad crónica.

2.2.1.5. Apoyo social y su efecto sobre la salud

Son diversos los autores que coinciden en señalar al apoyo social como una variable que favorece la salud de las personas. “Este tipo especial de relaciones sociales (relaciones de apoyo) tiene un efecto en el bienestar psicológico del individuo (y también en el fisiológico): su presencia reduce la ansiedad y ayuda a relajar la tensión (reduce el estrés) y su ausencia mantiene o incrementa la tensión y la ansiedad” (Herrero, 2004, p.197).

A su vez, son muchas las investigaciones que se han realizado acerca de los efectos del apoyo social, destacando su importancia en los procesos de salud y enfermedad. Vivir con una enfermedad crónica genera malestar y modifica el desenvolvimiento de la persona dentro de sus redes, al respecto:

Trabajos epidemiológicos han encontrado una asociación positiva entre la falta de apoyo social y la morbilidad/mortalidad. Otros problemas de salud como las enfermedades vasculares, las complicaciones con el embarazo, o el cáncer, han encontrado algún beneficio en la posesión de una buena red de relaciones. La investigación revela los efectos beneficiosos del apoyo social sobre los enfermos con diferentes tipos de patologías, pues facilitan el ajuste físico y psíquico de los sujetos y mejoran las estrategias de afrontamiento efectivas frente a la enfermedad (Hombrados, 2013, p. 133).

El adecuado apoyo social tiene efectos benéficos sobre la salud de las personas, y de forma específica sobre el apoyo social percibido se menciona lo siguiente:

La evidencia empírica señala que, en situaciones normales, las personas no necesitamos pedir ayuda para saber que la obtendríamos llegado el caso. De hecho, la percepción de apoyo social habitualmente predice mejor el bienestar de la persona que la recepción de apoyo social. ¿Por qué? Una persona que constantemente pide ayuda en su red social

próxima recibirá más apoyo que una persona que no la pide. Sin embargo, el hecho de pedir ayuda constantemente puede indicar que esa persona atraviesa una etapa de su vida especialmente estresante o que se enfrenta a alguna situación difícil. Si analizáramos el nivel de estrés de una persona y otra, encontraríamos precisamente que quien más apoyo recibe también expresa mayor nivel de estrés (Herrero, 2004, p. 214).

Lazarus (como se citó en Herrero, 2004) investigó acerca de la valoración que se hace de las situaciones estresantes, la cual consta de dos fases: valoración primaria y valoración secundaria. Esto se conoce como la hipótesis de la valoración, la cual establece una diferenciación entre percibir una situación como amenaza, por una parte, y percibir algo como estresante, por otra. En la valoración primaria, la persona entiende la situación como una amenaza, un riesgo o una pérdida que se ha producido. En la segunda valoración, la persona realiza un balance entre los recursos con los que cuenta y las exigencias de la situación, y en el caso de que descubra que no tiene cómo afrontarla, se desencadenaría el estrés (Herrero, 2004).

Así pues, el apoyo social constituye una variable que contribuye al bienestar psicológico y físico, con efectos benéficos sobre la salud. No obstante, existen trabajos en los cuales se concluyó que el apoyo social tiene efectos negativos; esto encuentra su explicación en el hecho de que el apoyo brindado no fue el adecuado. Hombrados (2013) refiere que esto se produce cuando:

- El apoyo no es recíproco, pues éste puede crear un sentimiento de dependencia en el receptor que influye negativamente en su autoestima, también la fuente de apoyo se encuentra insatisfecha porque no recibe el apoyo que necesita.
- El apoyo que se presta no se corresponde con el tipo de apoyo específico que el sujeto necesita.
- Los miembros de la red de apoyo actúan como modelos inadecuados de conducta.

En base a la literatura científica, el apoyo social es considerado como proveedor de estados psicológicos positivos, lo cual conlleva a la conservación de la salud, más aún cuando se atraviesa por eventos difíciles. De este modo, la presente investigación centra su interés en el apoyo social como posible variable mediadora del desarrollo de conductas saludables.

2.2.2. Generalidades sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

2.2.2.1. Definición

La inmunidad es una condición gracias a la cual el organismo es capaz de combatir y destruir a los gérmenes, sin embargo, es posible adquirir la inmunodeficiencia producto de una enfermedad. “Debido a que el sida se contrae a través de una infección, lo llamamos síndrome de inmunodeficiencia adquirida (abreviado como sida). VIH son solo las siglas del virus de la inmunodeficiencia humana, que es el nombre científico del virus que causa el sida” (Dixon, 2003, p.31).

Existen diversas enfermedades infecciosas, algunas de ellas causan daños irreversibles en el organismo, mientras que otras pueden llegar a ocasionar la muerte. En este sentido, el sida es una enfermedad muy grave, que ha cobrado millones de muertes en el mundo. “El virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1) es el agente causal de una enfermedad de curso más o menos prolongado que culmina con una destrucción prácticamente completa de los linfocitos CD4+” (Blanco, Mallolas, Pérez y Gatell, 2002, p.47).

La infección por el VIH tiene dos características bien diferenciadas; la primera de ellas hace referencia a su gran capacidad reproductiva, siendo capaz de reproducirse hasta en 10 billones de copias al día; la segunda se refiere a que posee gran capacidad de mutación; esto último se debe a su gran reproductividad (Mendo, 2006).

El virus causal del sida pertenece al grupo de los retrovirus, siendo de dos tipos; no obstante, el más extendido y agresivo es el tipo 1 (VIH-1). En adelante, para fines de la presente investigación, al hacer referencia al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se entiende que corresponde al tipo 1.

2.2.2.2. Paciente con VIH/sida

Es aquel en cuya condición, un virus particular debilita su cuerpo de modo tal que otros gérmenes lo pueden invadir e inclusive causar la muerte.

Transcurren fases a partir de que uno se infecta, en donde un individuo es portador infeccioso (capaz de contagiar), pero se siente bien en general, hasta que aparecen los primeros síntomas, y finalmente surge una enfermedad muy grave o la muerte. El proceso lleva años y es del todo imposible decir por las apariencias quien está infectado y quién no (Dixon. 2003).

Existen dos términos médicos que toda persona que vive con VIH/sida debe conocer: el primero es el CD4 (CD4+, T-4); el cual se refiere al tipo de linfocitos o glóbulos blancos encargados de brindar inmunidad; el segundo es la carga viral (CV) el cual se refiere a la cantidad de virus que existe en el plasma sanguíneo.

De este modo, niveles de CD4 menores de 200/ mm³ (milímetro cúbico de sangre) corresponden a la etapa sida, mientras que niveles entre 500 y 1.200/ mm³ corresponden a niveles normales. Con respecto a la CV, niveles por debajo de 50/mL (copias por mililitro) se consideran como “indetectables”, y niveles entre 100.000 y un millón/ mL son considerados altos (MINSa, 2014).

2.2.2.3. Historia natural de la infección por VIH

El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana, afecta el sistema inmunológico del organismo, ocasionando que disminuya su capacidad de defensa ante los agentes patógenos. Blanco, Mallolas, et al. (2002) afirman: “Una vez que tiene lugar la entrada del virus en el organismo, se inicia una infección en la que se pueden diferenciar distintas fases o estadios evolutivos relativamente bien definidos, aunque no siempre identificados clínicamente, y con una duración variable que depende de distintos factores relacionados tanto con el virus como con el huésped” (p.47).

Por supuesto que tener VIH no significa necesariamente tener sida, no obstante, sí se puede dar el contagio a otras personas. Blanco, Mallolas, et al. (2002) refieren que las distintas fases en las que se puede dividir la historia natural de la infección son: la fase aguda; que comprende desde el momento de la infección hasta que se produce la seroconversión; la fase crónica, que puede ser más o menos sintomática; y una fase final, a partir del diagnóstico de sida. A su vez, manifiestan que la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el año 1996, ha modificado de forma espectacular la evolución natural de cada una de estas fases.

Medrano, Thomson, Delgado y Nájera (2002) distinguen tres períodos en la infección por VIH:

1. La primoinfección, durante la cual el virus se disemina extensamente por los órganos linfoides, se caracteriza por altos niveles de viremia. Dura entre dos a seis semanas y se acompaña a menudo de síntomas inespecíficos, similares a los de otras infecciones virales agudas. Su paso a infección crónica coincide con la aparición de anticuerpos contra el VIH.

2. La infección crónica asintomática, de diez años de duración como media, se caracteriza por niveles de células CD4+ relativamente estables, aunque con tendencia a descender progresivamente. En esta fase la viremia desciende mucho y puede incluso hacerse indetectable por los métodos convencionales en algunos casos, pero el virus continúa su replicación en el tejido linfoide, pese a la presencia de anticuerpos neutralizantes y de linfocitos T citotóxicos (CTL) contra el virus.
3. Infección avanzada o sida, en ella los recuentos de células CD4+ son inferiores a 200/mm³, la replicación viral se acelera, la actividad de los CTL anti-VIH desciende, se destruye la arquitectura linfática y se desarrollan infecciones oportunistas.

La clasificación actualmente vigente de la infección por VIH-1, la cual entró en vigor en enero del año 1993, se basa en el número de CD4+ y la existencia de distintas situaciones clínicas, las cuales se incluyen en dos categorías B y C. Existe también una categoría A, la cual se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos (Blanco, Mallolas, et al., 2002). En la *Tabla 1* se observan las categorías clínicas según el CD4.

Tabla 1.

Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición de sida para adultos y adolescentes (mayores de 13 años)

Categorías según cifra de linfocitos CD4+ (T4)	Categorías clínicas		
	A	B	C (sida)
1. $\geq 500/\text{mm}^3$ ($\geq 29\%$)	A ₁	B ₁	C ₁
2. 200 - 499/mm ³ (14 - 28%)	A ₂	B ₂	C ₂
3. $< 199/\text{mm}^3$ (SIDA) ($< 14\%$)	A ₃	B ₃	C ₃

Nota: Tomada de Blanco, Mallolas, Pérez-Cuevas y Gatell (2002). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1, p.55.

2.2.2.4. Modos de transmisión

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2006) señala como vías únicas de transmisión del VIH la transmisión sexual, sanguínea y vertical (de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia materna).

Blanco, García-viejo, Tor, Muga y Mallolas (2002) por su parte, afirman la existencia de tres mecanismos de transmisión del VIH: (a) transmisión parenteral, que incluye la drogadicción por vía parenteral, la transfusión de sangre y hemoderivados, y trasplante de órganos y tejidos; (b) transmisión sexual, que incluye las relaciones homosexuales (relación de penetración anal y sexo oral) y las relaciones heterosexuales (fluido seminal y fluidos

cervicovaginales); y (c) la exposición ocupacional, mediante la infección de los profesionales sanitarios. Al respecto:

La sangre contaminada es la fuente principal del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a partir de la cual puede infectarse un profesional sanitario. Solo se ha comprobado la transmisión del VIH en personal sanitario a partir de sangre, líquidos corporales contaminados con sangre o concentrados de virus que fueron inoculados o estuvieron en contacto con mucosas o piel no infectada. El riesgo de infección por VIH a partir de una punción con aguja contaminada con sangre de una persona infectada por VIH aproximadamente es del 0.3 – 0.5%. (Blanco, García-viejo, et al. 2002, p.63)

Cabe señalar que el mecanismo de transmisión más frecuente del VIH sigue siendo la vía sexual; frente a esto, el uso adecuado de preservativos constituye una forma de prevención, aunque solo reduce el riesgo de contraer el virus. El sida es una enfermedad muy grave, para la cual no existe cura, y aún no hay una vacuna disponible; por ello la prevención es un punto importante a tratar como profesionales de la salud, ya que, enseñando a las demás personas, es posible protegerlas de tal infección. Blanco, García-viejo, et al. (2002) afirman:

La transmisión de la infección es más probable en la relación heterosexual cuando es seropositivo el varón (0.05 – 0.15%) que cuando en la relación sexual es seropositiva la mujer, siendo en este caso la probabilidad de transmisión entre el 0.03 y el 0.09%; el motivo es por ser mayor el volumen de semen que el fluido cervicovaginal y porque la concentración de partículas virales es mayor también en el semen. (p.63)

2.2.2.5. Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

El MINSA (2006) en la Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA señala que el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) constituye un régimen de medicamentos utilizado en pacientes con infección por VIH/sida; tal tratamiento consta de por lo menos tres fármacos antirretrovirales diferentes, cuyo principal objetivo es lograr la supresión de la carga viral en el plasma sanguíneo, hasta llegar al restablecimiento de la función inmune, retardando con ello la progresión de esta enfermedad. Cabe destacar que con este tratamiento no se logra la cura definitiva para la infección por este virus.

La comercialización en 1996 de los inhibidores de la proteasa (IP), que coincidió con un cambio en la estrategia terapéutica, utilizando combinaciones potentes casi siempre de tres medicamentos o más, y con la posibilidad de monitorizar la respuesta terapéutica mediante la

medición de la carga viral plasmática, representó una verdadera revolución en el tratamiento antirretroviral, lo cual condujo a una reducción muy importante de las implicaciones clínicas, tales como infecciones oportunistas y neoplasias asociadas con el sida, y a un aumento espectacular de la supervivencia (Gatell, et al. 2002).

Mendo (2006) señala que el tratamiento con antirretrovirales se encuentra disponible desde el año 1996, y gracias a este han disminuido considerablemente los casos de muerte por el VIH/sida. En nuestro país se introdujo el TARGA en el año 1997 en los hospitales de seguridad social (EsSalud), y desde el año 2003 se ha facilitado el acceso masivo al tratamiento antirretroviral a nivel nacional gracias a la aprobación de la propuesta peruana del Fondo Global de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FGSTM).

El objetivo principal de la terapia es disminuir la carga viral, al nivel más bajo posible por el mayor tiempo, lo que se traduciría en mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH. Por otro lado, los objetivos secundarios son el incremento de los linfocitos CD4, la recuperación de la respuesta inmune específica, el control de la replicación viral logrando una carga viral indetectable, evitar las resistencias y reducir la transmisión del VIH (Mendo, 2006).

Cabe indicar que, al no existir una cura para la infección por el VIH, tal enfermedad se trata como crónica; de allí la importancia del TARGA, el cual puede ocasionar notable mejoría en el sistema inmune, inclusive en fases avanzadas de la infección. No obstante, la administración de estos medicamentos trae consigo una serie de sintomatología adversa, lo cual constituye una de las causas de las fallas en la adherencia terapéutica.

Según el MINSA (2006) dar inicio al régimen TARGA no es de suma urgencia en la mayoría de los casos. Esto se afirma debido a la importancia que conlleva seguir las indicaciones terapéuticas al pie de la letra, razón por la cual es mucho más conveniente que antes de dar inicio al TARGA, se prepare al paciente, tratando de identificar aquellos factores que pudieran obstaculizar una adecuada adherencia. Así, luego de una evaluación completa por el equipo multidisciplinario, se establece otorgar un esquema de tratamiento al paciente.

2.2.3. Adherencia al tratamiento

Tras la revisión de la literatura sobre la adherencia terapéutica, existen diversos términos en relación al mismo concepto, siendo todos ellos empleados por profesionales e investigadores,

a su vez cada uno de ellos aporta puntos importantes sobre el mismo tema. Algunos de estos términos son: cumplimiento, alianza terapéutica, adhesión y adherencia.

Haynes (como se citó en Matín y Grau, 2004) define al cumplimiento como el conjunto de conductas del paciente, las cuales se encuentran relacionadas con la toma de los fármacos, hábitos alimenticios adecuados y un estilo de vida modificado en su totalidad, con la finalidad de hacerlo coincidir con las indicaciones dadas por el personal médico.

No obstante, los términos adherencia o alianza terapéutica propuestos por Blackwell expresan una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente; evitando así las connotaciones coercitivas del término cumplimiento, que implica más bien una conducta de obediencia y sumisión del paciente a las instrucciones médicas (Basterra, 1999). De este modo, se trató de dar mayor importancia al rol activo que la persona debiera tener frente a su condición médica.

La adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas destinadas a lograr el adecuado cumplimiento de las prescripciones médicas, evitando conductas de riesgo y llevando un estilo de vida saludable, siendo este el término más adecuado por su sentido psicológico. Al respecto, Martín (2004) refiere:

La adherencia terapéutica es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos, que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado. (sección de Reflexión, párr. 5)

Diversos autores emplean los términos adherencia y adhesión como sinónimos en referencia al cumplimiento de las prescripciones médicas, considerándose como objeto de estudio de la psicología de la salud. Martín y Grau (2004) afirman:

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Es en esencia un repertorio comportamental modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser comprendido, abordado e investigado por la psicología de la salud. (p.91)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define a la adherencia al tratamiento como la correspondencia entre el comportamiento de una persona con las respectivas

instrucciones otorgadas por el personal sanitario; siendo estas últimas referidas a la toma de la medicación, seguir una dieta adecuada y hacer los cambios pertinentes en el estilo de vida.

La adherencia al tratamiento puede cambiar en el tiempo, ya sea por factores personales, del mismo tratamiento, económicos, socioculturales, ambientales, etc. Silva, Galeano y Correa (2005) definen a la no-adherencia como la falla en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida, de causa multifactorial. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive en un mismo individuo que cumpla con unas indicaciones, pero no con otras.

Martín (2004) afirma que para que se produzca la adherencia al tratamiento, es necesario que el paciente pase por los siguientes momentos dentro del proceso:

- Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico. Es decir, la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantice el cumplimiento y aceptación de ésta por ambos.
- Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el médico o personal sanitario.
- Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento. Entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

2.2.3.1. Adherencia al TARGA

En el caso del VIH/sida, es el cumplimiento riguroso del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), cuyo objetivo es obtener un adecuado control en el curso de dicha enfermedad.

La evaluación de la adherencia es un proceso constante, es decir, debe llevarse a cabo a lo largo del tratamiento, existiendo para ello una serie de métodos entre los cuales destacan la entrevista, la administración de cuestionarios, el recuento de los fármacos sobrantes y la evaluación clínica al momento de la dispensación de las medicinas. Frente a esta realidad, es necesaria una adecuada coordinación entre todo el equipo que asiste a los pacientes con

VIH/sida, con la finalidad de detectar posibles fallas de forma temprana, procediendo a corregirlas o en caso extremo a dar por suspendido el tratamiento (MINSA, 2006).

Según el MINSA (2006) una adherencia inadecuada hace referencia a la omisión de algunas o todas las medicinas, reducción de la dosis prescrita inicialmente por el médico, no tomar la medicación en las horas establecidas, no seguir las indicaciones referidas al régimen nutricional, entre otras.

Una de las consecuencias de la no adherencia al tratamiento es la génesis de resistencia, esto significa, que el virus aprende a reconocer y se defiende ante la acción de los fármacos, ocasionando la disminución de su acción terapéutica.

Los conocimientos sobre mecanismos de resistencia sugieren que la persistencia de replicación en presencia de antirretrovirales lleva invariablemente a la selección de cepas resistentes. Por ello, tanto las terapias insuficientemente activas como el inadecuado cumplimiento del tratamiento crean las condiciones de presión selectiva que incrementan la posibilidad de aparición de mutantes resistentes (Knobel, Codina y Tuldrá, 2002, p.411).

Con los medicamentos actualmente disponibles y las estrategias terapéuticas que se están utilizando, la posibilidad de erradicar el VIH-1 parece descartada, incluso tras más de diez años de tratamiento aparentemente muy eficaz. Por todo ello hay que plantearse un tratamiento complejo, difícil de monitorizar, incómodo y relativamente tóxico de por vida. En este contexto, cuestiones como la simplificación de las pautas terapéuticas, la adherencia, las interacciones medicamentosas y la tolerancia a largo plazo han pasado a ocupar un primer plano. (Gatell et al. 2002, p.360)

El TARGA requiere de gran colaboración por parte de los pacientes, además del soporte de todo el personal de salud. Gatell et al. (2002) afirman: “Para que el tratamiento antirretroviral sea eficaz, la adhesión ha de ser casi perfecta. Obviamente esto es muy difícil de lograr, sobre todo a medio y largo plazo, especialmente en los pacientes sin manifestaciones clínicas relacionadas con la enfermedad” (p.365).

Paterson et al. (como se citó en Remor, 2002) afirma que, aunque no existe acuerdo sobre el punto de corte para diferenciar entre cumplimiento adecuado e inadecuado, algunos estudios recientes sugieren que un cumplimiento por debajo del 90% o 95% se asociaría con déficits en el control de la infección. No obstante, mayoritariamente se considera que la adherencia al TARGA debe ser de un 95% para lograr óptimos resultados.

Son muchos los factores que pueden influir de forma negativa con el éxito de la terapia antirretroviral, así se mencionan al estadio de la infección, el tipo de virus, la existencia de tratamientos anteriores, entre otros; siendo de entre todos el más importante, una inadecuada adherencia al TARGA (Knobel et al. 2002). Debido a su papel fundamental, la inadecuada adherencia ha sido calificada como el “talón de aquiles” o punto débil del tratamiento antirretroviral de gran actividad.

El régimen terapéutico con antirretrovirales conlleva muchos factores que hacen difícil una correcta adherencia al mismo: más de una pastilla, más de una toma al día, efectos secundarios luego de administrada la dosis, tratamiento prolongado, por citar solo algunos de ellos. Frente a esta realidad, lograr el cumplimiento óptimo del TARGA constituye un gran reto no solo para el paciente, sino para todo el equipo asistencial (Knobel et al. 2002).

En el Perú, en el año 2004 se implementó el Programa de Adherencia al TARGA, como parte de la estrategia sanitaria para el control y prevención de las infecciones de transmisión Sexual y el VIH/sida, cuyo principal objetivo es la mejora de la eficacia del tratamiento, mediante las siguientes pautas:

- Lograr la supresión máxima y prolongada del virus, restableciendo y/o conservando la función inmune para retardar la progresión de la enfermedad
- Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las personas infectadas por el VIH/sida
- Pertinencia y calidad en la atención a los pacientes con VIH/sida
- Impactar positivamente sobre la epidemia en el país
- Administrar de forma correcta el TARGA a nivel nacional, con niveles de adherencia superiores al 90%.

2.2.3.2. Consideraciones sobre el inicio del TARGA

Knobel et al. (2002) manifiesta: “La primera norma para iniciar un tratamiento es que el sanitario como el propio paciente deben estar convencidos de que éste puede seguir el tratamiento que se le propone. Para ello el paciente debe disponer de información” (p.416). Toda persona que dará inicio a un tratamiento debe estar preparada a nivel cognitivo, conductual y emocional; para ello requiere que se le brinde información, adquiera habilidades y tenga motivación, con lo cual se fomenta la futura adherencia del paciente a su TARGA.

Knobel et al. (2002) señalan que al momento de dar inicio al TARGA, el paciente debe conocer:

- Causas por las que se debe iniciar el tratamiento (niveles de linfocitos CD4 y carga viral)
- Forma de actuación del tratamiento
- Implicaciones que representa en la vida diaria
- Importancia de seguir fielmente la posología
- Duración indefinida, por el momento
- Riesgos que supone no iniciar
- Riesgos de una adhesión inadecuada (creación de resistencias y fracaso terapéutico)

Si a partir de este conocimiento, el paciente cree que es un buen momento personal para iniciar el tratamiento, es imprescindible que conozca con detalle el tratamiento que se le prescribe:

- Nombres de los medicamentos
- Número de tomas
- Número de unidades de medicación por toma
- Intervalo entre tomas
- Requerimientos alimentarios
- Interacciones
- Efectos secundarios más frecuentes relacionados con su tratamiento

2.2.3.3. Factores que influyen en la adherencia

Se considera que los niveles de linfocitos CD4 y la carga viral, son los mejores indicadores para determinar la adherencia del paciente a su tratamiento con antirretrovirales de gran actividad. No obstante, ambos valores no permiten ver más allá de si el paciente ha sido o no adherente, es decir, no identifican qué factores están influyendo en la adherencia, cuáles están fallando, y sobre cuáles de ellos los profesionales de la salud pueden actuar para mejorar la adherencia (Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus, 2008).

Diversos factores influyen en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, denominados factores moduladores de la adherencia al tratamiento (*ver Figura 1*); como son las características del paciente, las características de la enfermedad, las características del tratamiento y las características de la atención sanitaria, por ende, un instrumento que evalúe la adherencia debería incluir a estos factores (Tafur et al. 2008).

Figura 1. Interacción de factores asociados a la adhesión terapéutica

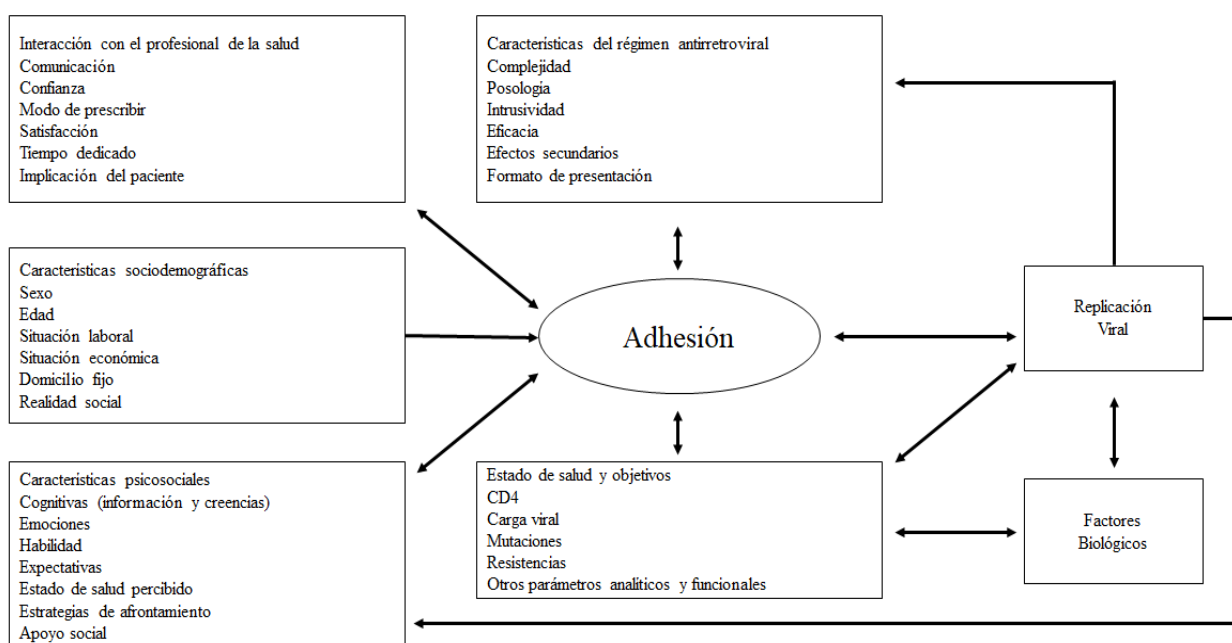


Figura 1. Esquema de la interacción entre los diversos factores que modulan la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, puede observarse que existen diversas variables que afectan o favorecen el cumplimiento del TARGA y en general, de todo el régimen terapéutico. Tomada de Knobel, Codina y Tuldrá (2002). Adhesión al tratamiento antirretroviral, p.412.

De este modo, los factores asociados a la adecuada adherencia al TARGA, son elementos fundamentales al momento de comprender, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrollan las conductas de adherencia. Varela, Salazar, y Correa (2008) señalan: “La revisión de múltiples investigaciones sobre el tema permite considerar que la adherencia al tratamiento en VIH/sida estaría asociada con: factores personales, factores de la enfermedad y del tratamiento, factores del sistema de salud y factores sociales e interpersonales” (p.105).

Las fallas en la adherencia al TARGA constituyen un problema multifactorial, en el cual intervienen numerosas variables, las cuales, no siempre son fáciles de controlar. Para la presente investigación, se ha considerado la clasificación de Gatell et al. (2002) quienes han agrupado estos factores en cinco grandes categorías:

- Factores relacionados con la enfermedad

La infección por el VIH se ha convertido en un proceso crónico que puede presentar periodos asintomáticos y sintomáticos. La aceptación y adherencia al tratamiento pueden variar en función de los mismos. Por una parte, el seguimiento de la medicación puede resultar complejo cuando la persona está asintomática y no percibe gravedad de su situación. Por el contrario, la aparición de síntomas potencia la adherencia. Sin embargo, en personas

sintomáticas la remisión de las molestias al tomar la medicación puede relativizar la percepción de riesgo y disminuir la adherencia.

- Factores relacionados con el régimen terapéutico

Varela et al. (2008) señalan en esta categoría a todos aquellos aspectos del tratamiento con antirretrovirales y sus respectivas repercusiones sobre el paciente. De acuerdo con los estudios realizados, los factores de la enfermedad y del tratamiento relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/sida serían la aparición de efectos adversos al TARGA, la complejidad del régimen terapéutico (número de fármacos y frecuencia de la dosis), la interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida, el perfil clínico y la progresión de la enfermedad, el costo del tratamiento y la interrupción o modificación del régimen terapéutico. Estas y otras características hacen que la adherencia se vea disminuida, teniendo en cuenta que este es un tratamiento que se prolonga a lo largo del tiempo.

- Factores relacionados con el individuo

Determinadas características demográficas como el sexo, la raza, el nivel de estudios y la situación laboral o económica, no parecen ser factores muy determinantes de la adherencia. No obstante, los factores de carácter psicológico deben ser especialmente considerados. La ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias pueden comprometer seriamente la adherencia. Las actitudes y las creencias de los pacientes sobre la eficacia de la medicación, la gravedad de su enfermedad, las capacidades del equipo sanitario o incluso sobre su propia capacidad para seguir el tratamiento, son variables importantes, especialmente durante el mantenimiento de la terapia.

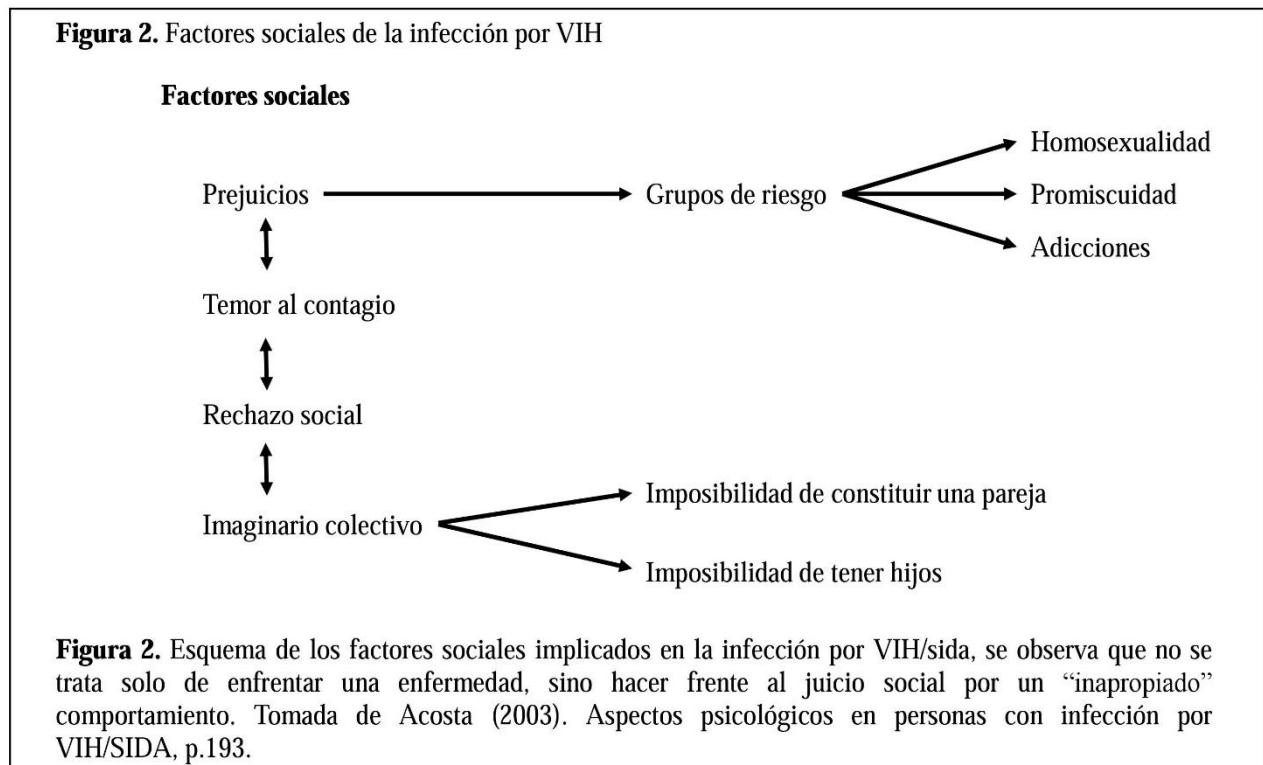
Varela et al. (2008) consideran dentro de esta categoría a las variables sociodemográficas características de cada paciente, entre las cuales se pueden citar la edad, el nivel socioeconómico y el grado de instrucción. A su vez, consideran que el nivel cognitivo, el estado emocional, la motivación, el afrontamiento al estrés, las patologías psiquiátricas, consumo de alcohol y drogas, así como la existencia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/sida; constituyen factores que influyen en el grado de adherencia al tratamiento en el VIH/sida.

- Factores relacionados con la situación social

En este apartado pueden incluirse aspectos más personales, facilitadores de la adherencia, como disponer de domicilio fijo, apoyo social, familia estructurada o amigos, pero también aspectos más generales como el rechazo social hacia la enfermedad, los prejuicios hacia

determinadas características de algunas personas (*ver Figura 2*), la información sobre los tratamientos en los medios de comunicación, o la política sanitaria, entre otros.

Varela et al. (2008) afirman que dentro de esta categoría se encuentran las relaciones sociales o interpersonales que establece el paciente con su núcleo familiar, grupo de amigos, profesionales que lo atienden y el entorno en general, las cuales constituyen aspectos afectan la adherencia a su régimen de tratamiento.



- Factores relacionados con el equipo asistencial

Varela et al. (2008) afirman que el sistema de salud en su conjunto constituye un facilitador u obstáculo para una correcta adherencia al tratamiento. En este sentido, un difícil acceso a la atención u hospitalización, falta de medicamentos cubiertos por el sistema de salud pública, costos elevados de los fármacos o exámenes de laboratorio, trámites complicados y tediosos para dar inicio al régimen terapéutico, entre otros; son considerados como obstáculos para el logro de la adherencia al TARGA. Sumado a lo antes mencionado, está la relación médico-paciente, y en general, la confianza y confidencialidad existente entre el paciente con infección por VIH/sida y todo el equipo asistencial.

2.2.3.4. Rol del psicólogo en la atención del paciente con VIH

El psicólogo clínico que atiende a los pacientes con VIH/sida, desempeña sus funciones antes y durante el tratamiento.

Knobel et al. (2002) afirman: “El psicólogo deberá abordar las actitudes desfavorables hacia el tratamiento, o las percepciones distorsionadas sobre la gravedad del estado físico. La presencia de ansiedad, depresión, abuso de sustancias u otras alteraciones, a pesar de no estar necesariamente relacionadas con el hecho de tomar medicamentos, requieren un seguimiento estrecho, incluso previo al inicio del tratamiento” (p.420).

Así mismo, evalúa la situación de los pacientes pre-targa, y aporta sus conclusiones a los demás profesionales de la salud, sobre aspectos referidos al estado emocional actual del paciente, si cuenta o no con un adecuado agente de soporte que lo acompañe en el transcurso de la enfermedad, si existen conductas de riesgo, y si reúne las condiciones para lograr una adecuada adherencia al tratamiento. Una vez que los pacientes han dado inicio a su tratamiento, se realiza el seguimiento psicológico que incluye como aspecto fundamental evaluar la adherencia al mismo.

El psicólogo puede actuar básicamente en dos niveles dentro del equipo sanitario. En primer lugar, evaluando las capacidades y necesidades del paciente para conseguir una correcta adhesión. A partir de esta evaluación, puede coordinar las intervenciones de los distintos profesionales, según las necesidades sean informativas, de habilidades, emocionales o incluso de tolerancia. En segundo lugar, el psicólogo deberá abordar los problemas de adaptación, emocionales y de salud mental que se planteen, de forma coordinada con el psiquiatra. (Knobel et al. 2002, p.419)

Independientemente de si los problemas psicológicos del paciente son causados por el tratamiento o por otros motivos, estos influyen considerablemente en la adherencia al TARGA. Un ejemplo de dificultades causadas por aspectos relacionados con la medicación puede ser el hecho de que el inicio del tratamiento obligue a la persona a afrontar una situación de enfermedad que hasta el momento había evitado. Por otra parte, la presencia de efectos adversos en personas previamente asintomáticas puede causar un fenómeno de condicionamiento aversivo hacia el tratamiento. Ambas situaciones requieren intervención (Knobel et al. 2002).

El paciente con VIH/sida requiere de una atención integral, en la cual el psicólogo tiene un papel fundamental. Sería oportuno el trabajo con el personal médico, farmacéuticos, personal de enfermería y en general con todo el equipo multidisciplinario que se encarga de la atención a pacientes que siguen TARGA, para asegurar un trato asertivo y empático hacia los mismos; ya que, en numerosos estudios, la interacción del paciente con el personal de salud, constituye uno de los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento.

Capítulo III

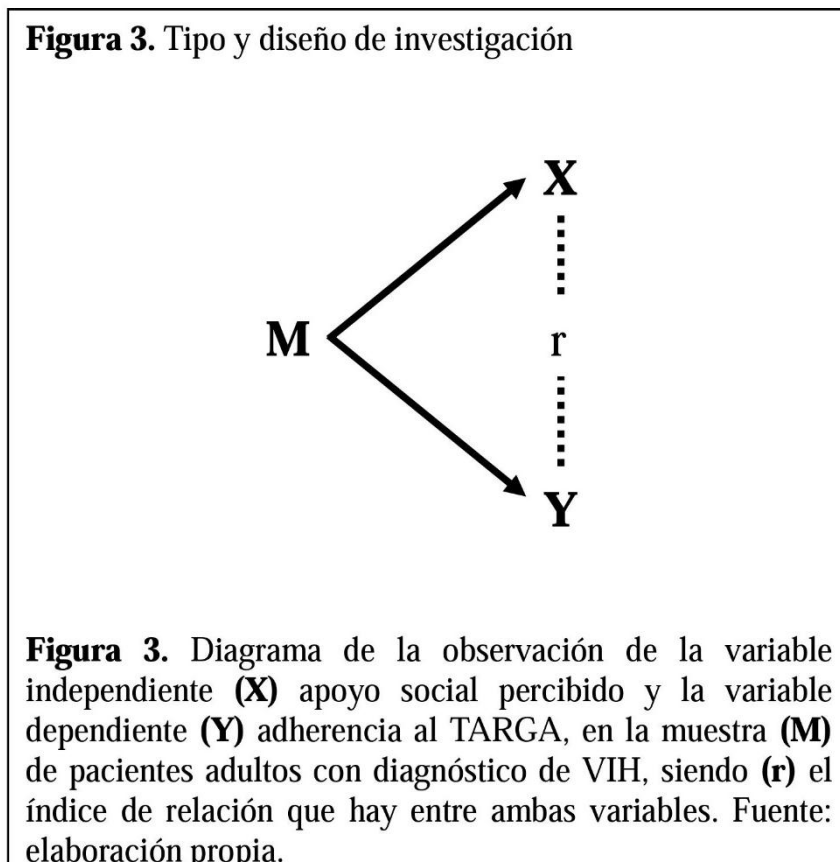
Método

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es Descriptivo – Correlacional, ya que se midió cada variable, para luego conocer el grado de asociación entre las mismas; además tales asociaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La presente investigación corresponde a un diseño No experimental - Transeccional, ya que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente variables, a su vez que se recogieron los datos en un tiempo único (Hernández et al. 2010).

Hernández et al. (2010) señalan que los diseños transeccionales correlacionales-causales, describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos, o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales o en función de la relación causa-efecto. En forma esquemática se puede observar en la *Figura 3*:



3.2. Participantes

Población

La población estuvo compuesta por todos los pacientes adultos con diagnóstico de VIH/sida que son atendidos en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, y que se encuentran bajo Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

Muestra

Para elegir el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, es decir, la elección de los participantes no dependió de la probabilidad, sino de las características de la investigación (Hernández et al. 2010).

La muestra estuvo conformada por 122 pacientes de ambos sexos, dentro del Programa TARGA del HNDM, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 18 y 65 años. Los pacientes debían encontrarse bajo tratamiento con antirretrovirales desde por lo menos hace seis meses; ello siguiendo la recomendación de la psicóloga del servicio, ya que en este tiempo se considera que se han formado las conductas de adherencia.

Tabla 2

Distribución de la muestra según sexo y edad.

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	35	28.7%
Masculino	87	71.3%
Edad		
18 – 23	12	9.8%
24 – 40	71	58.2%
41 – 65	39	32%
Total	122	100%

En la Tabla 2 se puede apreciar la distribución frecuencias y porcentajes de los pacientes con VIH/sida evaluados. Se observa que el 71.3% de la muestra estuvo conformado por

pacientes del sexo masculino, mientras que el 28.7% fueron del sexo femenino. El grupo etario predominante fueron pacientes de entre 24 y 40 años de edad, con un 58.2% de los casos.

Con respecto al paciente con VIH/sida, debe señalarse que llevará un tratamiento de por vida, el cual no constituye una cura, sino que le genera calidad de vida. Estos pacientes, una vez que han iniciado con su tratamiento, deben acudir a consulta externa cada tres o seis meses; dependiendo de los resultados de sus análisis de CD4 y CV. Fue este el escenario en el cual se realizó la recolección de los datos, ya que los pacientes fueron abordados en consulta externa, mientras esperaban ser atendidos por el médico infectólogo o por la enfermera para la dispensación de sus medicamentos. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con VIH/sida atendidos en el Servicio de Infectología del HNDM.
- El rango de edades de los pacientes debe ser de 18 a 65 años.
- Deben estar bajo Tratamiento TARGA desde por lo menos hace 6 meses.

Criterios de Exclusión:

- No presentar diagnóstico de VIH.
- Pacientes menores de 18 años y/o mayores de 65 años.
- Estar bajo Tratamiento TARGA desde hace menos de 6 meses.
- Pacientes con enfermedad mental.
- Pacientes que no brinden su consentimiento informado.

3.3. Variables

- Variable independiente: Apoyo social percibido
- Variable dependiente: Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas utilizadas fueron la observación y la encuesta. En cuanto a los instrumentos de recolección de datos, estos son:

3.4.1. Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)

A. Ficha técnica

- Nombre: Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)

- Autores: Sherbourne y Stewart
- Año: 1991
- Procedencia: EE.UU.
- Traducción: Éste instrumento fue adaptado y validado en España por De la Revilla, Luna, Bailón y Medina en el 2005, con 301 pacientes con enfermedades crónicas.
- Aplicación: Mayores de 18 años
- Forma de aplicación: Individual y colectiva
- Tiempo de aplicación: 8 a 10 minutos, aproximadamente
- Número de ítems: 20 ítems.
- Áreas que evalúa: los ítems están distribuidos en dos áreas, (a) Apoyo social estructural y (b) Apoyo social funcional. Esta última contiene tres factores, Apoyo emocional / informacional, Apoyo afectivo y Apoyo instrumental. En la *Tabla 3* se presentan los ítems correspondientes a cada dimensión, a su vez las dimensiones han sido definidas para la presente investigación como sigue:

- **Apoyo social estructural:** indica la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que el sujeto puede recurrir para ayudarlo a resolver los problemas o satisfacer necesidades. Es también denominado red social.

- **Apoyo social funcional:** se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte, que llevan a la persona a creer que la cuidan, que es amada, estimada y valorada, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Contiene los siguientes factores:

1. **Apoyo emocional / informacional:** en este factor, se agrupan tanto el apoyo emocional como el apoyo informacional. El apoyo emocional se refiere a las expresiones verbales de cariño y comprensión empática. El apoyo informacional se refiere a la información brindada por otros con el objetivo de que pueda usarse para hacer frente a las situaciones problemáticas, permitiendo la ayuda hacia uno mismo.
2. **Apoyo afectivo:** se refiere a las manifestaciones conductuales de amor o afecto, por parte del grupo más cercano.
3. **Apoyo instrumental:** se refiere a la ayuda material o asistencia de tipo conductual (recursos, provisiones o transacciones reales) a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos, siendo ésta una ayuda directa para quien la necesita.

B. Descripción del cuestionario

Para la presente investigación se utilizó la validación española del cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS), realizada por De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005), quienes se basaron en la escala elaborada originalmente por Sherbourne y Stewart (1991) en Estados Unidos (ver Anexo E). Evalúa, por un lado, características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad (ítem 1); y, por el otro, los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (ítems 2 al 20).

Tabla 3.

Composición del Cuestionario MOS de apoyo social (MOS)

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Apoyo social percibido	Apoyo social estructural	Tamaño de la red de apoyo social	1
	Apoyo social funcional	Apoyo emocional / informacional	3,4,8,9,11,13,14,16,17 y 19
		Apoyo afectivo	6,7,10, 18 y 20
		Apoyo instrumental	2,5,12 y 15

Nota: Adaptada de De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) en “Validación del Cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria”.

C. Normas de aplicación

Se hace entrega del cuestionario indicando que “*las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone*”. Luego se explica la respuesta al ítem 1, en el cual se debe colocar el número de amigos y familiares cercanos. Finalmente se explica que “*en los siguientes ítems deberá colocar en la casilla correspondiente un aspa (X) en la opción que mejor se acerque a su respuesta*”.

Cuando el evaluado finalice la prueba y la entregue, asegurarse que todos los ítems hayan sido contestados. Trate de obtener las respuestas de aquellos ítems no respondidos o indagar si tuvieron dificultades en su comprensión.

D. Normas de corrección y calificación

Del total de 20 ítems, 19 de ellos se responden con una escala de Likert que evalúa la frecuencia (ítems del 2 al 20), siendo el resultado la sumatoria de los valores correspondientes: 1 nunca a 5 siempre.

E. Interpretación

El índice global de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. Por otro lado, se pueden obtener los puntajes de cada factor. En la *Tabla 4* se muestran los niveles o rangos de acuerdo a la sumatoria de los puntajes.

Tabla 4.

Interpretación del Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)

Factores	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional / informacional	50	30	10
Ayuda afectivo	25	15	5
Apoyo instrumental	20	12	4

Nota: Adaptada de De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) en “Validación del Cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria”.

F. Validez

De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005), realizaron un análisis factorial el cual revela la existencia de tres factores, que son capaces de explicar el 68.72% de la varianza global. El primer factor explica un 29.97% de la varianza, el segundo un 20.49% y el tercero un 18.26%, concluyendo que existen tres componentes del apoyo social.

Para la presente investigación, se realizó la validez de contenido por criterio de jueces, cuyos resultados se muestran en el Anexo G. El coeficiente de aiken indicó que todos los ítems pueden pertenecer al cuestionario MOS.

G. Confiabilidad

De la Revilla et al. (2005) calcularon la confiabilidad como consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, y en los tres factores se obtuvieron valores cercanos a 1 (consistencia máxima), lo cual permite establecer que la escala es consistente. Así, los valores obtenidos para cada factor fueron de .94 para el primero, .85 para el segundo y .87 para el tercero.

3.4.2. Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)

A. Ficha técnica

- Nombre: Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)
- Autor: Remor, E.
- Año: 2001
- Procedencia: Madrid, España
- Aplicación: Mayores de 18 años
- Forma de aplicación: Individual
- Tiempo de aplicación: 8 a 10 minutos aproximadamente
- Número de ítems: 20 ítems
- Áreas que evalúa: los ítems están distribuidos en dos dimensiones, (a) cumplimiento del tratamiento y (b) factores moduladores de la adherencia al tratamiento. Ésta última incluye inadecuada adherencia en tratamientos previos, la relación con el médico, las creencias sobre los efectos del tratamiento y las estrategias utilizadas para una adecuada adherencia al TARGA. En la *Tabla 5* se presentan los ítems correspondientes a cada dimensión, a su vez las dimensiones han sido definidas para la presente investigación como sigue:

- **Cumplimiento del tratamiento:** indica el grado en que el comportamiento de la persona refleja la toma estricta de la medicación.

- **Factores moduladores de la adherencia al tratamiento:** aspectos que permiten comprender la naturaleza de las conductas de adherencia al TARGA. Contiene los siguientes factores:

1. **Antecedentes de la falta de adherencia:** indica el grado en que los antecedentes personales o situacionales llevan a la no adherencia al tratamiento.
2. **Interacción con el médico:** indica la valoración de la calidad de la relación médico-paciente como elemento motivacional para la adhesión al tratamiento.
3. **Creencias del paciente:** indica el grado en que las creencias y expectativas sobre el tratamiento afectan la conducta de adherencia al tratamiento. Además, indica el grado de satisfacción de la persona con los resultados del tratamiento.
4. **Estrategias para mejorar la adherencia:** indica la utilización de estrategias para recordar la toma del TARGA.

B. Descripción del cuestionario

Para la presente investigación, se utilizó la adaptación peruana del Cuestionario CEAT que evalúa de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH), realizada por Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008), quienes se basaron en el cuestionario desarrollado y validado originalmente por Remor (2001) en España (ver Anexo F). Evalúa el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) que presentan las personas que viven con VIH y sida.

Tabla 5.

Composición del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Adherencia al TARGA	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	1,5,7,12,19
	Factores moduladores de la adherencia al tratamiento	Antecedentes de la falta de adherencia	2,3,4
		Interacción con el médico	6,13
		Creencias del paciente	8,9,10,11,14,15,16,17,18
	Estrategias para mejorar la adherencia	20	

Nota: Adaptada de Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en “Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú”.

C. Normas de aplicación

Se hace entrega del cuestionario indicando que “*las siguientes preguntas hacen referencia a su situación actual y su salud*”. Se debe hacer hincapié en que la información recaudada será estrictamente confidencial. Finalmente se indica que “*marque con un aspa (X) la opción que mejor se adecuó a su caso*”.

D. Normas de corrección y calificación

El Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH) posee una hoja de codificación de respuestas a partir de la cual se le asigna un puntaje a cada una de las posibles respuestas, como se observa en la *Tabla 6*. Del total de 20 ítems, 17 de ellos se responden con una escala de Likert que evalúa la frecuencia (ítems del 1 al 4, 12 y 13) y percepción (ítems del 6 al 11 y del 14 al 18). Dos ítems (19 y 20) son evaluados con escalas dicotómicas (Sí/No) y el restante es codificado en un rango de 3 opciones (ítem 5).

Tabla 6.

Codificación de respuestas del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)

Ítems	Puntaje
1	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
2	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
3	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
4	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
5	0 ninguno; 1 mitad; 2 todos
6	1 mala a 5 buena
7	1 nada a 5 mucho
8	1 nada a 5 mucho
9	1 nada a 5 mucho
10	1 nada a 5 mucho
11	1 nada a 5 mucho
12	1 no, nunca a 5 sí, siempre
13	1 no, nunca a 5 sí, siempre
14	1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho
15	1 muy intensos a 5 nada intensos
16	1 mucho tiempo a 5 nada de tiempo
17	1 nada cumplidor a 5 muy cumplidor
18	1 mucha dificultad a 5 nada de dificultad
19	0 sí; 1 no
20	1 sí; 0 no

Nota: Adaptada de Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en “Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú”.

E. Interpretación

El resultado consiste en sumar los puntajes obtenidos en cada alternativa, teniendo en cuenta el valor de cada uno de los ítems. En la *Tabla 7* se muestran los niveles o rangos de acuerdo a la sumatoria total de los puntajes.

Tabla 7.

Interpretación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)

Niveles o rangos	Puntaje total
Baja adherencia	(<73 puntos)
Adherencia insuficiente	(74 y 80 puntos)
Adherencia adecuada	(81 y 85 puntos)
Adherencia estricta	(>85 puntos)

Nota: Adaptada de Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en “Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú”.

F. Validez

Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008), analizaron la validez de criterio externo de este cuestionario, obteniendo una correlación altamente significativa y positiva ($r=0,439$, $p<0,005$) entre los niveles de adherencia al TARGA y recuento de linfocitos CD4; así como una correlación altamente significativa y negativa ($r=0,548$, $p<0,005$) entre la puntuación de la escala total y los niveles de carga viral.

Para la presente investigación, se realizó la validez de contenido por criterio de jueces, cuyos resultados se muestran en el Anexo G. El coeficiente de aiken indicó que todos los ítems pueden pertenecer al cuestionario CEAT-VIH.

G. Confiabilidad

Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) realizaron el análisis de fiabilidad para este cuestionario, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,706. Estos resultados fueron similares a los obtenidos en España, donde el mismo coeficiente fue de 0,73. Concluyeron que el Cuestionario CEAT posee adecuada confiabilidad.

3.5. Procedimiento

Para la realización de la recolección de los datos de la presente investigación, fue necesario proceder con la gestión de los permisos necesarios en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Luego de realizar las coordinaciones necesarias y cumplir con los requerimientos del comité de ética del hospital, se procedió con la aplicación de los instrumentos a la muestra elegida.

La aplicación se llevó a cabo en las instalaciones del Programa TARGA del *Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo*, en un periodo de tres meses. Los pacientes fueron abordados mientras esperaban ser atendidos por el médico o la enfermera, contando para ello con el apoyo de la psicóloga del servicio. Cada aplicación tuvo una duración aproximada de 20 minutos, dando inicio con una breve explicación sobre el trabajo de investigación, procediendo luego a brindar el consentimiento informado, y aquellos pacientes que aceptaban participar, dieron respuesta a dos cuestionarios.

Técnicas de análisis de los datos

Para el análisis de los datos obtenidos se empleó estadística descriptiva y estadística inferencial. La exploración de las variables se realizó mediante el análisis descriptivo, con la finalidad de describir cada variable de estudio por niveles o categorías.

En cuanto al análisis inferencial, a nivel correlacional se empleó estadística no paramétrica, mediante el cálculo el coeficiente de Spearman. Del mismo modo, para el contraste de las hipótesis, se calculó la prueba chi-cuadrado (χ^2).

La discusión de los resultados se realizó mediante la confrontación de los mismos con las conclusiones de los antecedentes citados y con los planteamientos del marco teórico. Finalmente, las conclusiones se formularon teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados obtenidos.

Aspectos éticos y limitaciones

El desarrollo de la investigación científica, requiere de la práctica de valores morales como aspecto fundamental en su desarrollo, es decir debe estar basada en los derechos humanos, el respeto mutuo y la inclusión. Es de suma importancia mirar al paciente como un ser humano merecedor de respeto en todas sus formas, por ende, para el desarrollo de la presente investigación, se tuvo en consideración el respeto hacia el paciente con VIH en todas sus dimensiones. Se incluyó el consentimiento informado, que además de informar al paciente sobre la finalidad de la investigación y todo lo que implica participar en ella, le brinda confidencialidad y autonomía.

En cuanto a las limitaciones que se presentaron para la presente investigación, se puede mencionar en primer lugar que, la variable adherencia al tratamiento es poco estudiada, y las pruebas para medirla son poco difundidas o bien, no están validadas en nuestro país. En segundo lugar, son pocos los estudios similares que se han realizado, más aún en nuestro medio. Finalmente, el paciente con VIH es un sujeto de difícil acceso debido al estigma existente frente a su enfermedad. En este sentido, en muchos casos no se logró contar con la autorización de los pacientes para participar en la investigación, ello debido a la negativa de los mismos a firmar el consentimiento informado, a pesar de asegurar la confidencialidad de la información recogida.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Análisis exploratorio de las variables

Tabla 8

Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para bondad de ajuste.

	K.S.	p
Apoyo social percibido	0.105	0.002
Adherencia al TARGA	0.125	0.000

En la Tabla 8 se aprecia que el nivel de significación de las variables Apoyo social percibido y Adherencia al TARGA son menores a 0.05, es decir, se puede afirmar que los datos provienen de una distribución No Normal, por lo tanto, se deberá emplear estadística no paramétrica para su análisis.

4.2. Medidas psicométricas de los instrumentos

Tabla 9

Coefficiente de Alfa de Cronbach para el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS).

Alfa de Cronbach	N
0.912	20

En la Tabla 9 se aprecia que la confiabilidad por el procedimiento de consistencia interna del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido según el coeficiente de Alfa de Cronbach es elevado (>0.9) para los objetivos de esta investigación. Esto indica, que tal instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Tabla 10

Coefficiente de Alfa de Cronbach para el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT-VIH.

Alfa de Cronbach	N
0.699	20

En la Tabla 10 se aprecia que la confiabilidad por el procedimiento de consistencia interna del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral de gran actividad según el coeficiente de Alfa de Cronbach es aceptable (>0.6) para los objetivos de esta investigación. Esto indica, que tal instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

4.3. Descripción de las variables de estudio por niveles o categorías

Tabla 11

Frecuencia de la variable Apoyo social percibido.

	Frecuencia	%
Apoyo social Medio	30	24.6%
Apoyo social Máximo	92	75.4%
Total	122	100%

En la Tabla 11 se muestran los niveles de Apoyo social percibido. Se observa que la mayor cantidad de pacientes perciben niveles de Apoyo Social Máximo, con un 75.4% de los casos. Por otro lado, el 24.6% de los pacientes perciben niveles de Apoyo Social Medio.

Tabla 12

Frecuencia de la variable Adherencia al TARGA

	Frecuencia	%
Baja adherencia	33	27%
Adherencia insuficiente	64	52.5%
Adherencia adecuada	23	18.9%
Adherencia estricta	2	1.6%
Total	122	100%

En la Tabla 12 se muestran los niveles de adherencia al TARGA. Se observa que la mayor cantidad de pacientes se ubican en el nivel de Adherencia insuficiente, con un 52.5% de los casos. Por otro lado, la menor cantidad de pacientes resultó con un nivel de Adherencia estricta, representado solo al 1.6% de los casos.

4.4. Relación de las variables de estudio

Tabla 13

Coefficiente de Correlación entre el Apoyo social percibido y la Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

	Adherencia al TARGA		
	r	p	N
Índice global de apoyo social percibido	0.309	0.001	122

En la Tabla 13 el coeficiente de Spearman indica que la correlación entre las variables Apoyo social percibido y Adherencia al TARGA es altamente significativa ($p < 0.001$). Así mismo, la correlación se caracteriza por ser débil y positiva ($r = 0.309$) al nivel del 0.05; lo cual significa que la relación entre las variables resulta débil, y además ambas variables varían en un mismo sentido.

Tabla 14

Coefficiente de Correlación entre las Dimensiones del apoyo social percibido y la Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

	Adherencia al TARGA		
	r	p	N
Apoyo emocional	0.268	0.003	122
Apoyo instrumental	0.142	0.120	122
Apoyo afectivo	0.332	0.000	122

En la Tabla 14 el coeficiente de Spearman indica que la correlación entre las dimensiones Apoyo afectivo ($r = 0.332$), Apoyo emocional ($r = 0.268$) y la variable Adherencia al TARGA, es débil y positiva, al nivel del 0.05. Esto significa, que ambas dimensiones son las que mejor contribuyen a explicar las conductas de adherencia al TARGA, a diferencia del Apoyo instrumental ($r = 0.142$).

Tabla 15

Prueba Chi-cuadrada entre el Apoyo social percibido y la Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Niveles de adherencia al TARGA	Índice Global de Apoyo Social				x ²	gl	p
	Apoyo Social medio		Apoyo Social Máximo				
	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Frecuencia observada	Frecuencia esperada			
Baja adherencia	15	8.1	18	24.9	12.164	3	0.007
Adherencia insuficiente	13	15.7	51	48.3			
Adherencia adecuada	2	5.7	21	17.3			
Adherencia estricta	0	0.5	2	1.5			

En la Tabla 15 se muestran los resultados de la prueba Chi-cuadrada, siendo el valor calculado (t calculado=12.164) mayor que el valor teórico (t teórico=7.815); esto quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias observadas y las correspondientes frecuencias esperadas, con respecto a las puntuaciones de ambas variables, al nivel del 0.05.

4.5. Asociación de las variables de estudio en función de las variables de control

Tabla 16

Niveles de adherencia al TARGA según la edad de los participantes.

	Edad de los participantes			Total
	18 - 23	24 - 40	41 - 65	
Baja adherencia	3.3%	12.3%	11.5%	27%
Adherencia insuficiente	4.9%	34.4%	13.1%	52.5%
Adherencia adecuada	1.6%	10.7%	6.6%	18.9%
Adherencia estricta	0%	0.8%	0.8%	1.6%
Total	9.8%	58.2%	32%	100%

En la Tabla 16 se muestra la distribución de la variable Adherencia al TARGA en relación a la edad de los participantes. Se observa que ambas variables son independientes una de la otra, es decir, la variable edad, no influye de forma significativa con las conductas de adherencia al TARGA. El porcentaje más elevado se encuentra en el nivel de Adherencia insuficiente (34.4%), el cual corresponde al grupo etario de entre los 24 – 40 años. Además, los pacientes con adherencia estricta se ubicaron en los grupos de entre 24 – 40 años (0.8%) y 41 – 65 años (0.8%) respectivamente.

Capítulo V

Discusión

Los casos de infección por VIH/sida incrementan de forma progresiva, tanto a nivel nacional como internacional, es por ello el motivo de interés de la presente investigación en esta población de pacientes, los cuales requieren una adecuada atención a nivel integral.

Un diagnóstico de VIH reactivo significa un desafío no solo por las complicaciones físicas propias de la enfermedad, sino que también es una situación que genera un impacto adverso en la dimensión psicológica del individuo, alterándose también sus contextos sociales.

Por otro lado, tener VIH/sida ya no es más sinónimo de muerte, ya que, aunque tal enfermedad continúa siendo no curable, hoy en día es considerada como crónica, gracias a la existencia del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), con el cual se logra el retraso de la progresión de la enfermedad, se disminuye la morbilidad y mortalidad, reduciéndose así las internaciones, mejorando la calidad de vida y disminuyendo los costos de la atención médica.

No obstante, para que el régimen TARGA brinde resultados exitosos, es fundamental un cumplimiento prácticamente perfecto de las indicaciones médicas, surge aquí la importancia de la adherencia terapéutica. Desde esta perspectiva, la psicología de la salud cumple un rol fundamental, al contribuir con el estudio de los aspectos psicológicos que facilitan o dificultan el proceso de tratamiento, específicamente las conductas de adherencia al TARGA.

En tal sentido, el objetivo principal de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Se obtuvo como resultado una relación altamente significativa ($p < .001$) entre ambas variables. Del mismo modo, la correlación resultó débil y positiva ($r = 0.309$), es decir que, a una mayor percepción de apoyo social, existirá mayor adherencia al TARGA. Si bien tal correlación resultó significativa, el coeficiente obtenido resultó débil, aunque de cualquier manera ayuda a explicar el vínculo entre las variables. Al realizar el análisis de las relaciones entre la adherencia al TARGA y las dimensiones del apoyo social percibido, se encontró que el Apoyo afectivo ($r = 0.332$) y el Apoyo emocional ($r = 0.268$), son las dimensiones que mejor contribuyen a explicar las conductas de adherencia al TARGA.

Estos resultados se contrastan con lo hallado en investigaciones similares realizadas en nuestro medio, así, por ejemplo, en el estudio de Sierralta (2015) sobre el ajuste mental y el

apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides, los resultados indican relaciones significativas y positivas, en donde a mayor apoyo, mayor adaptación a la enfermedad y viceversa. En dicho estudio participaron 80 pacientes con cáncer de tiroides, con edades de entre los 25 y 65 años, los cuales eran atendidos en una institución especializada en oncología de Lima metropolitana. Así mismo, Quevedo, Sánchez, Villalba y Velásquez (2015) en su estudio sobre la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar, obtuvieron como resultado que un 81.8% de los pacientes con niveles altos de soporte familiar y social, presentaron un alto nivel de cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4% de los pacientes con niveles bajos de soporte familiar y social, presentaron bajo cumplimiento.

Cabe señalar que diversos estudios que dan cuenta de cambios positivos en pacientes con enfermedades crónicas gracias al adecuado apoyo social, han sido en su mayoría investigaciones realizadas en pacientes con cáncer, diabetes y tuberculosis, siendo las personas con infección por VIH/sida una de las poblaciones de pacientes menos estudiada. Es incuestionable que el apoyo social tiene gran significancia en todo proceso de salud y enfermedad, y de acuerdo a los resultados de la presente investigación, la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia al TARGA es débil, pero tal relación existe.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la percepción de adecuados niveles de apoyo social no aparece como factor principal para la adherencia al TARGA; esto puede encontrar su explicación en el diagnóstico mismo de VIH/sida, ya que tal enfermedad implica a los aspectos más íntimos de la persona, como lo es la sexualidad. A todo ello se suma también el estigma que existe en la sociedad sobre la infección por VIH. En tal sentido, es común que estos pacientes decidan no revelar su estado seropositivo. Estas afirmaciones se apoyan en lo que refiere Acosta (2003):

La infección por VIH/sida pone en evidencia aspectos inherentes a la esfera íntima de las personas que lo padecen. Obliga a exponer conductas sexuales, hábitos y adicciones, generando una respuesta social basada en los prejuicios, la marginación y la estigmatización. (p.193)

Contar con adecuado apoyo social frente a la situación de vivir con esta enfermedad, puede tener un impacto positivo no solo a nivel emocional, sino que también puede influir de forma favorable sobre el estado físico e inmunológico del paciente, contribuyendo así al adecuado manejo de la enfermedad y el curso de la misma, haciendo referencia de forma precisa a la constancia y responsabilidad con el tratamiento. Así lo demuestran Vitaló, Martín y Pérez

(2015) quienes realizaron un estudio sobre la adherencia al régimen con antirretrovirales y el apoyo social percibido, en la ciudad de Guantánamo en Cuba; donde prevaleció una marcada necesidad de apoyo afectivo, en tanto que el 71.4% de los pacientes no cumplían con el TARGA de forma adecuada.

Con respecto a los niveles de apoyo social percibido, la hipótesis planteada en un inicio fue que los pacientes percibirían adecuados niveles de apoyo social, lo que se confirmó tras realizar el análisis estadístico. Un 75.4% de los pacientes perciben niveles máximos de apoyo social, mientras que el 24.6% perciben apoyo social medio. Del mismo modo, la dimensión apoyo instrumental fue la que obtuvo niveles más bajos, es decir, los pacientes no contaban con alguien que les brinde ayuda material en situaciones tales como estar en cama, indispuestos, enfermos, o que los acompañe al médico.

En cuanto a los niveles de adherencia al TARGA hallados en esta investigación, se encontró que el 52.5% de los pacientes presentaron adherencia insuficiente, el 27% presentaron baja adherencia, el 18.9% presentaron adherencia adecuada y finalmente solo el 1.6% de los pacientes presentaron adherencia estricta. Esto significa, que dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo, predomina el porcentaje de pacientes con niveles de adherencia inadecuada a su tratamiento, con lo cual se rechaza la hipótesis específica planteada en un inicio.

Estos resultados coinciden con los presentados por Zafra (2015) quien realizó un estudio en una muestra de pacientes con VIH/sida dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo, encontrando que el 66.7% fueron no adherentes al TARGA. Al haberse realizado ambos estudios en la misma institución, ambos resultados son comparables. En la misma línea, Meneses y Mayorca (2014) realizaron una investigación con pacientes portadores del VIH atendidos en el servicio de infectología de un hospital nacional de Lima, resultando un 70.1% como no adherentes a su tratamiento.

Diversos estudios realizados a nivel internacional, han encontrado asociaciones entre la edad de los pacientes y la adherencia al tratamiento. Tal es el caso de Varela, Gómez, Mueces, Galindo y Tello (2013), en su estudio sobre los factores relacionados con la adherencia al TARGA, realizado en la ciudad de Cali en Colombia, quienes encontraron que son los pacientes con menos de 40 años aquellos que tienen menos oportunidades de adherir correctamente a su tratamiento. Del mismo modo, Varela y Hoyos (2015) llevaron a cabo una investigación donde uno de los objetivos fue establecer la relación de la adherencia al TARGA

con los aspectos sociodemográficos, siendo los pacientes menores de 40 años aquellos con 95% menos oportunidades de adherir de forma adecuada a su tratamiento. Esto difiere con los resultados obtenidos en la presente investigación, en la cual no se encontraron asociaciones significativas entre la variable edad y la adherencia al TARGA. La edad promedio del total de los participantes fue de 36 años, además el 71.3% fueron del sexo masculino.

De este modo, existen una serie de factores que afectan al paciente con infección por VIH/sida, así lo demostró Cajas (2015) en su estudio, en el cual la mayoría de estos pacientes presentaron una actitud desfavorable frente a los cambios producidos por la enfermedad en los aspectos físico, social y emocional. En este mismo estudio, con respecto al aspecto social, se mencionaron como factores desfavorables: el cambio en el estilo de vida, el estigma y el rechazo por parte de familiares, amigos y entorno social. En el aspecto emocional, fueron factores desfavorables: el temor, la vergüenza y la desconfianza a consecuencia de su diagnóstico, ya que sienten que no pueden expresar sus temores e inquietudes con respecto a su enfermedad por miedo al rechazo.

Con respecto a los hallazgos de la presente investigación, estos indican que el apoyo social actúa como un mecanismo protector para la persona que vive con VIH/sida, contribuyendo así a la adaptación a tal enfermedad. No obstante, el coeficiente obtenido indica la existencia de una relación débil entre ambas variables de estudio, aun así, es innegable la existencia de tal relación, concluyendo que la percepción de apoyo social influye de forma positiva en las conductas de adherencia a los tratamientos con antirretrovirales. En base a estos resultados, es pertinente el desarrollo de investigaciones de tipo experimental, con el objetivo de eliminar a las posibles variables extrañas, que pudieran estar interfiriendo, de esta manera se podrá determinar cuán exacta es la influencia del apoyo social en las conductas de adherencia al TARGA, así como también se podrá identificar que otras variables actúan como factores principales para la predicción de las mismas.

Conclusiones

- 1) Existe relación altamente significativa y positiva entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad ($r=0.309$, $p<0.001$). No obstante, aunque el coeficiente de correlación obtenido resultó débil, es innegable la existencia de relación entre ambas variables. Estos resultados pueden explicarse en la posible intervención de variables extrañas al momento de la recolección de los datos.
- 2) Se halló que la mayor cantidad de los pacientes evaluados, perciben niveles de Apoyo social máximo (75.4%), mientras que un menor porcentaje de los mismos perciben niveles de Apoyo social medio (24.6%).
- 3) Sobre la adherencia al TARGA, se encontró que la mayor cantidad de pacientes se ubican en el nivel de Adherencia insuficiente (52.5%), mientras que un menor porcentaje de los mismos resultó con un nivel de Adherencia estricta (1.6%).
- 4) Con respecto a los niveles de adherencia al TARGA según la edad de los participantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables. Los pacientes con Baja adherencia se ubicaron en los grupos de entre 24 – 40 años (12.3%) y 41 – 65 años (11.5%). Los niveles de Adherencia insuficiente y adecuada predominaron en el grupo etario de entre los 24 – 40 años (34.4% y 10.7% respectivamente). Finalmente, los pacientes con Adherencia estricta se ubicaron en los grupos de entre 24 – 40 años y 41 – 65 años (0.8%).

Recomendaciones

- 1) Brindar la importancia y el énfasis que le corresponde al rol del psicólogo clínico dentro del equipo de profesionales que trabajan en la atención del paciente con VIH/sida, teniendo en cuenta que tales pacientes atraviesan por el difícil camino de padecer una enfermedad como esta, la cual indudablemente modifica el transcurrir habitual de sus vidas.
- 2) Con respecto a la intervención psicológica individual en esta población de pacientes, se recomienda que ésta debe estar orientada hacia el empoderamiento de sus propias habilidades y capacidades, con el objetivo de mantener la práctica de determinados comportamientos de adherencia a lo largo del tiempo.
- 3) Se recomienda diseñar programas de intervención psico-educativa dirigidos a los agentes de soporte del paciente con VIH/sida, con el objetivo de brindar información pertinente sobre esta enfermedad y enfatizar la importancia de las relaciones de apoyo social.
- 4) Se recomienda construir pruebas que midan la adherencia al TARGA, con ítems que incluyan los aspectos no farmacológicos de la adherencia, centrandó la recolección de información en los aspectos psicológicos de la misma.
- 5) Tomando en cuenta lo sucedido durante el proceso de la investigación, se recomienda la realización de estudios experimentales, controlando la intervención de variables extrañas, los cuales permitan determinar en qué medida exacta influye el apoyo social en las conductas de adherencia al TARGA; ello facilitará la orientación del trabajo hacia la promoción de la adherencia en estos pacientes.

Referencias

- Acosta, M. (2003). Aspectos psicológicos en personas con infección por VIH / SIDA. En S. Lupo (Ed.), *Clínica terapéutica de la infección por VIH y Sida* (pp. 193-201). Argentina: UNR Editorial.
- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Revista Cadernos de atención primaria* 19 (2), p.118-123. Recuperado de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Baca, D. (2014). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Revista Pharmaceutical Care* 1 (2), 97-106. Recuperado de <http://www.pharmaceutical-care.org/revista/contenido.php?mod=archivobusqueda&menu=3.2&id=250&tipo=completo>
- Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L. y Posada, I. (2016). Relación médico-paciente: Impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. *Revista de salud pública* 18 (4), 543-553. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.41665>
- Blanco, J., García-viejo, M., Tor, J., Muga, R. y Mallolas, J. (2002). Mecanismos de transmisión del VIH y su prevención. VIH y personal sanitario. En J. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer, J. Miró y Autor (Ed.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 59-74). Barcelona, España: Editorial Masson.
- Blanco, J., Mallolas, J., Pérez-Cuevas y Gatell, J. (2002). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1. En Autor, B. Clotet, D. Podzamczer, J. Miró y Autor (Ed.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 47-58). Barcelona, España: Editorial Masson.
- Cajas, R. (2015). Actitud hacia los cambios producidos por la enfermedad en los pacientes del programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad en un hospital nacional. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4223/1/Cajas_pr.pdf

- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Revista Psicología y Salud* 24 (2), 167-173. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>
- Condori, J. (2014). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y su relación con la funcionalidad familiar en personas con VIH/sida que reciben tratamiento en el Hospital de Emergencias Grau Essalud, 2014 (Tesis de especialización). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Díaz, C. (2013). Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa, 2012 (Tesis de especialización). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Dixon, P. (2003). *El sida y usted*. Colombia: Editorial Unilit.
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología*, 6 (1-2), 103-111. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
- Gatell, J., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J., Mallolas, J. y Fortuny, C. (2002). Tratamiento antirretroviral en el año 2002 para adultos. En Autor (Ed.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 359-394). Barcelona, España: Editorial Masson.
- Gómez, M. y Lagoueyte, M. (2012). El apoyo social: Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Revista Avances en Enfermería* 30 (1), 32-41. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/35183/1/35430-139001-1-PB.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. D.F., México: Editorial McGrawHill.
- Herrero, J. (2004). Redes sociales y apoyo social. En G. Musitu, Autor, L. Cantera y M. Montenegro (Ed.), *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 195-230). Aragón, Barcelona, España: Editorial UOC.
- Hombrados, I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. España: Editorial Síntesis.
- Jurado, F. (2015). Factores asociados a adherencia en pacientes con VIH/Sida, de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garces (Tesis de especialización). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperada de

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8609/TESIS%20ADHERENCIA%20A%20LA%20TARGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Knobel, H., Codina, C. y Tuldrá, A. (2002). Adhesión al tratamiento antirretroviral. En J. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer, J. Miró y J. Mallolas (Ed.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 411-422). Barcelona, España: Editorial Masson.

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública* 30 (4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&tlng=pt

Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud* 14 (1), 89-99. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869/1597>

Medrano, L., Thomson, M., Delgado, E. y Nájera, R. (2002). Etiopatogenia de los retrovirus VIH. En J. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer, J. Miró y J. Mallolas (Ed.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 1-18). Barcelona, España: Editorial Masson.

Mendo, F. (2006). Terapia antirretroviral: Decisión y manejo. *Revista Diagnóstico* 45 (1). Recuperado de <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/ene-mar/25-30.html>

Meneses, M. y Mayorca, C. (2014). Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Revista Enfermería Herediana*, 7(2), 87-96. doi: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v7i2.2532>

Ministerio de Salud del Perú. (2004). NT N° 2004 – MINSa/DGSP-V.01. Norma técnica para la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad -TARGA- en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Recuperado de [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4wlQnoLrlxUJ:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/NT/NT_AdherenciaMasAnexos\(version24-06-04\).doc+&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4wlQnoLrlxUJ:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/NT/NT_AdherenciaMasAnexos(version24-06-04).doc+&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe)

Ministerio de Salud del Perú. (2006). Guía nacional de consejería en ITS/IVH y el sida. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalConsejeriaITS_VIH.pdf

- Ministerio de Salud del Perú. (2014). NTS N° 097 – MINSA/DGSP-V.02. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Recuperado de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/VIH_ADULTOS.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270
- Pacífico, J. (2014). La Satisfacción respecto a la información sobre la medicación y su asociación con la adherencia a TARGA en pacientes con VIH/sida en un hospital de Lima Metropolitana (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2015). 90 – 90 – 90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2015). El sida en cifras 2015. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- Quevedo, L., Sánchez, R., Villalba, F. y Velásquez, D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Revista Enfermería Herediana*, 8 (1), 11-16. doi: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v8i1.2536>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Revista Psicothema* 14 (2), 262-267. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8013/7877>
- Revilla de la, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Revista Medicina de Familia Andalucía* 6 (1), 10-18. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
- Santillán, C. (2014). Adherencia terapéutica en personas que viven con VIH/sida. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Recuperada de <http://www.ciencianueva.unam.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/107/62.pdf?sequence=1>

Sierralta, M. (2015). Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6275>

Silva, G., Galeano, E. y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Revista Acta Médica Colombiana* 30 (4), 268-273. Recuperado de <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>

Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C., García, E. y Faus, M. (2008). Adaptación del cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Revista Ars Pharmaceutica* 49 (3), 183-198. Recuperado de <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/434.pdf>

Varela, M. y Galdames, S. (2014). Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista Chilena de Infectología* 31 (3), 323-328. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n3/art11.pdf>

Varela, M., Gómez, O., Mueses, H., Galindo, J. y Tello, I. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/sida. *Revista Salud Uninorte* 29 (1), 83-95. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1436210009?accountid=40045>

Varela, M. y Hoyos, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/sida: Más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de salud pública* 17 (4), 528-540. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>

Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/Sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Revista Acta Colombiana de Psicología* 11 (2), 101-113. Recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co:8080/bitstream/10983/433/1/v11n2a10.pdf>

Vilató, L., Martín, L. y Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública* 41 (4), 620-630. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu05415.pdf>

Zafra, J. (2015). Factores asociados al estigma relacionado al VIH/Sida en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3975/1/Zafra_tj.pdf

Anexos

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN (Formulación del Problema)	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA (Diseño)
<p style="text-align: center;">PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Existe relación entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>El apoyo social percibido se relaciona con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social percibido - Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad 	<p style="text-align: center;">TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo Correlacional</p> <p style="text-align: center;">DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental</p> <p style="text-align: center;">POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Población Pacientes adultos de ambos sexos diagnosticados con VIH que llevan tratamiento antirretroviral en el Hospital Nacional Dos de Mayo</p> <p>Muestra Muestra representativa de 122 pacientes</p> <p style="text-align: center;">MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Analítico deductivo</p>

<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuáles son los niveles de apoyo social percibido que presentan los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, según edad, en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar los niveles de apoyo social percibido que presentan los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Identificar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Comparar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, según edad, en pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <p>Los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo perciben adecuados niveles de apoyo social.</p> <p>Existe adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes adultos con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Pacientes mayores de 40 años con VIH atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo tienen adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, en comparación a pacientes menores de 40 años.</p>		<p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DATOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) 2.- Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT - VIH 3.- Observación 4.- Encuesta <p>MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadísticos descriptivos • Estadística inferencial
--	---	---	--	---

ANEXO B

MATRIZ DE OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE: APOYO SOCIAL PERCIBIDO

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL QUE ADOPTA LA VARIABLE
<p>El <i>apoyo social</i> es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas; proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin, Dean y Ensel, 1986). En el caso del apoyo social percibido, se refiere a la evaluación propia que se hace del apoyo recibido.</p>	<p>El <i>apoyo social</i> implica un patrón duradero de vínculos sociales, continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (Caplan, 1974). En su dimensión subjetiva, es la evaluación que el individuo hace de esos vínculos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo social estructural 2. Apoyo social funcional 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamaño de la red de apoyo social - Apoyo emocional/informacional - Apoyo afectivo - Apoyo instrumental 	<p>Número de amigos y familiares cercanos</p> <p>Nunca Pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre</p>
TECNICAS E INSTRUMENTOS	PROCEDIMIENTOS	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FORMA DE MEDIR
<p>Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)</p>	<p>Aplicación individual</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Directa</p>

VARIABLE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL QUE ADOPTA LA VARIABLE
<p>La <i>adherencia terapéutica</i> es un fenómeno complejo, de carácter multidimensional y multifactorial, que hace referencia a un repertorio de conductas destinadas al hecho de que un paciente cumpla con las prescripciones médicas, con el fin de alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida (Martín y Grau, 2004).</p>	<p>Se define <i>adherencia</i> como una implicación activa y voluntaria del paciente, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola, 1982). En el caso del VIH, es el cumplimiento riguroso del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), cuyo objetivo es obtener un adecuado control en el curso de dicha enfermedad.</p>	<p>1. Cumplimiento del tratamiento</p> <p>2. Factores moduladores de la adherencia al tratamiento</p>	<p>- Toma estricta de la medicación</p> <p>- Antecedentes de la falta de adherencia</p> <p>- Interacción con el médico</p>	<p>Siempre Más de la mitad de las veces Aprox. la mitad de las veces Alguna vez En ninguna ocasión Nombres de los medicamentos Nada Poco Regular Bastante Mucho No, nunca Sí, alguna vez Sí, aproximadamente la mitad de las veces Sí, bastantes veces Sí, siempre Sí No</p> <p>Siempre Más de la mitad de las veces Aprox. la mitad de las veces Alguna vez En ninguna ocasión</p> <p>Mala Algo mala Regular Mejorable Buena</p>

			- Creencias del paciente	<p>No, nunca</p> <p>Sí, alguna vez</p> <p>Sí, aprox. la mitad de las veces</p> <p>Sí, bastantes veces</p> <p>Sí, siempre</p> <p>Nada</p> <p>Poco</p> <p>Regular</p> <p>Bastante</p> <p>Mucho</p> <p>Muy insatisfecho</p> <p>Insatisfecho</p> <p>Indiferente</p> <p>Satisfecho</p> <p>Muy satisfecho</p> <p>Muy intensos</p> <p>Intensos</p> <p>Medianamente intensos</p> <p>Poco intensos</p> <p>Nada intensos</p> <p>Mucho tiempo</p> <p>Bastante tiempo</p> <p>Regular</p> <p>Poco tiempo</p> <p>Nada de tiempo</p> <p>Nada cumplidor</p> <p>Poco cumplidor</p> <p>Regular</p> <p>Bastante</p> <p>Muy cumplidor</p> <p>Mucha dificultad</p> <p>Bastante dificultad</p> <p>Regular</p> <p>Poca dificultad</p> <p>Nada de dificultad</p>
--	--	--	--------------------------	--

			- Estrategias para mejorar la adherencia	Sí No
TECNICAS E INSTRUMENTOS	PROCEDIMIENTOS	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FORMA DE MEDIR
Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)	Aplicación individual	Cualitativa	Ordinal	Directa

ANEXO C

MATRIZ DE INSTRUMENTOS

VARIABLE: APOYO SOCIAL PERCIBIDO

DIMENSIÓN	INDICADOR	N° ÍTEMS	ITEMS / REACTIVOS	OPCIÓN DE RESPUESTA (Criterio)
• Apoyo social estructural	• Tamaño de la red de apoyo social	1	1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos.	Número de amigos íntimos y familiares cercanos
Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita:				
• Apoyo social funcional	• Apoyo emocional / informacional	10	3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar. 4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación. 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. 11. Alguien con quien pueda relajarse. 13. Alguien cuyo consejo realmente desee. 14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas. 16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos. 17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales. 19. Alguien que comprenda sus problemas.	Nunca Pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre
• Apoyo social funcional	• Apoyo afectivo	5	6. Alguien que le muestre amor y afecto. 7. Alguien con quien pasar un buen rato. 10. Alguien que le abrace. 18. Alguien con quien divertirse. 20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.	
• Apoyo social funcional	• Apoyo instrumental	4	2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. 5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita. 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	

VARIABLE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

DIMENSIÓN	INDICADOR	Nº ÍTEMS	ITEMS / REACTIVOS	OPCIÓN DE RESPUESTA (Criterio)
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma estricta de la medicación 	5	1. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	<p align="center">Siempre Más de la mitad de las veces Aprox. la mitad de las veces Alguna vez En ninguna ocasión</p>
			5. ¿Recuerda qué medicamentos está tomando en éste momento? (escribir los nombres)	Nombres de los medicamentos
			7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	<p align="center">Nada Poco Regular Bastante Mucho</p>
			12. ¿Suele tomar la medicación a la hora correcta?	<p align="center">No, nunca Sí, alguna vez Sí, aprox. la mitad de las veces Sí, bastantes veces Sí, siempre</p>
			19. Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (si responde afirmativamente, ¿cuántos días aproximadamente?)	Sí / No
<ul style="list-style-type: none"> • Factores moduladores de la adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de la falta de adherencia 	3	2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?	<p align="center">Siempre Más de la mitad de las veces Aprox. la mitad de las veces Alguna vez En ninguna ocasión</p>
			3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?	
			4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?	
<ul style="list-style-type: none"> • Factores moduladores de la adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con el médico 	2	6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	<p align="center">Mala Algo mala Regular Mejorable Buena</p>

			13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	No, nunca Sí, alguna vez Sí, aprox. la mitad de las veces Sí, bastantes veces Sí, siempre
<ul style="list-style-type: none"> Factores moduladores de la adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Creencias del paciente 	9	8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	Nada
			9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le puede traer el uso de los antirretrovirales?	Poco
			10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	Regular
			11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	Bastante
				Mucho
			14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho
			15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos Intensos Medianamente intensos Poco intensos Nada intensos
			16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo Bastante tiempo Regular Poco tiempo Nada de tiempo
	Nada cumplidor Poco cumplidor Regular Bastante Muy cumplidor			
	Mucha dificultad Bastante dificultad Regular Poca dificultad Nada de dificultad			
<ul style="list-style-type: none"> Factores moduladores de la adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias para mejorar la adherencia 	1	20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿cuál?	Sí / No

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Apoyo social percibo y Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo”

INVESTIGADORA PRINCIPAL: María Ygnacia Sullón Nizama

Le saludo cordialmente y a su vez le invito a participar en la presente investigación. El propósito de este documento es brindar al participante una explicación clara sobre la presente investigación, así como explicarle su rol en ella como participante, quedando entendido que puede decidir voluntariamente si participa o no.

- **¿Cuál es el propósito de la investigación?**

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer la relación existente entre los niveles de apoyo social percibido y el grado de adherencia al tratamiento con antirretrovirales, en personas que viven con VIH/sida. Esto se realiza con la finalidad de tener un mayor conocimiento de lo que ocurre, para así mejorar las atenciones psicológicas en esta población.

- **¿Qué sucede si participo en la investigación? ¿Cuánto tiempo estaré en la investigación?**

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá contestar dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

- **¿Cuáles son los beneficios por participar en esta investigación?**

La presente investigación no está diseñada para su beneficio directo. El beneficio indirecto al participar en esta investigación consiste en que será posible conocer aquellos aspectos que afectan positiva o negativamente el proceso de adherencia al tratamiento para el VIH. Además, con esta información se podrá contribuir con el desarrollo de programas y estrategias para mejorar el proceso de adherencia.

- **¿Cómo protegeremos su información?**

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por otro lado, al momento de publicar los resultados de esta investigación, su identidad permanecerá en el anonimato, es decir, no se utilizará su nombre ni cualquier otra información que pudiera identificarle, cada participante sólo será identificado con un número.

- **¿Qué pasa si usted quiere terminar su participación antes que el procedimiento haya terminado?**

Su participación es completamente voluntaria y, de aceptar participar, puede dejar de responder alguna pregunta en particular, como también a todo el cuestionario en cualquier momento, sin que por ello se le perjudique o se interfiera con su cuidado y tratamiento.

- **¿Qué hacer si tiene preguntas sobre el estudio?**

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación o en caso de requerir información adicional sobre la misma, comunicarse con la investigadora principal:

Datos de contacto de la investigadora principal:

Srta. María Ygnacia Sullón Nizama; Teléfono personal: 966 896 820; Correo electrónico: mariayg.sullon@hotmail.com

Para preguntas sobre sus derechos como participante o alguna queja relacionada con su participación, puede comunicarse con el Comité de Ética del HNDM:

Datos del Comité de Ética:

Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dr. Jorge Alejandro Yarinsueca Gutiérrez. Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana s/n, altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado – Lima; Teléfono: 328 0028 anexo 8234; Correo electrónico: comite.etica.hndm@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Mediante el presente documento afirmo haber leído la información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas y a su vez, he recibido suficiente información sobre la investigación. He hablado con la Srta. María Ygnacia Sullón Nizama, y comprendo que mi participación es voluntaria, pudiendo decidir si participo o no, o bien, pudiendo retirarme del estudio si así lo deseo y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos. Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Nombre y apellidos del participante
(todo escrito con puño y letra del voluntario)

Lima, __ de _____ del 2017

FIRMA

Nombre y apellidos de la persona a cargo del proceso de consentimiento

Lima, __ de _____ del 2017

FIRMA

*Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO E

Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número aproximado de amigos íntimos y familiares cercanos:

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?
(Marque con una X en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta)

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

ANEXO F

Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT – VIH

Instrucciones: nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque la opción que mejor se adecúe a su caso y recuerde que no hay contestaciones “correctas ni incorrectas”.

	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. Durante la última semana ¿ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?	1	2	3	4	5
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5
5. ¿Recuerda qué medicamentos está tomando en este momento? (escribir los nombres)					
0 ninguno; 1 mitad; 2 todos					
	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le puede traer el uso de los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5

	No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
12. ¿Suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5
				SI	NO
19. Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿cuántos días aproximadamente? _____)				0	1
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿cuál? _____)				1	0

ANEXO G

Validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos a través de juicio de expertos

I. Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)

Tabla 17

Validez de contenido del Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS).

Ítem	Dimensión	Indicador	Resultados obtenidos por los jueces										TA	V
			J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	Estructural	Tamaño de la red de apoyo social	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
3	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
4	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
8	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
9	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
11	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
13	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	9	0.9
14	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
16	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
17	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
19	Funcional	Emocional/Informacional	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
6	Funcional	Afectivo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
7	Funcional	Afectivo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
10	Funcional	Afectivo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
18	Funcional	Afectivo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
20	Funcional	Afectivo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
2	Funcional	Instrumental	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
5	Funcional	Instrumental	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
12	Funcional	Instrumental	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
15	Funcional	Instrumental	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00

En la Tabla 17 se muestran los resultados de la validez del MOS a través de la técnica de criterio de jueces; se calculó el índice de acuerdo entre 10 jueces, entre ellos docentes especialistas en psicometría e investigación de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, y profesionales especialistas en psicología clínica. El coeficiente V de aiken obtenido para los ítems alcanza valores entre 0.90 y 1.00, al nivel $p < .05$, por lo cual se asume que la prueba posee validez de contenido (Escrura, 1989).

II. Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)

Tabla 18

Validez de contenido del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH).

Ítem	Dimensión	Indicador	Resultados obtenidos por los jueces										TA	V
			J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
5	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
7	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
12	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
19	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	9	0.90
2	Factores moduladores	Antecedentes de la falta de adherencia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
3	Factores moduladores	Antecedentes de la falta de adherencia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
4	Factores moduladores	Antecedentes de la falta de adherencia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
6	Factores moduladores	Interacción con el médico	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
13	Factores moduladores	Interacción con el médico	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
8	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
9	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
10	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
11	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
14	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
15	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
16	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
17	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	9	0.90
18	Factores moduladores	Creencias del paciente	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00
20	Factores moduladores	Estrategias para mejorar la adherencia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	1.00

En la Tabla 18 se muestran los resultados de la validez del CEAT-VIH a través de la técnica de criterio de jueces; se calculó el índice de acuerdo entre 10 jueces, entre ellos docentes especialistas en psicometría e investigación de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, profesionales especialistas en psicología clínica y profesionales especialistas en el tema de VIH y sida. El coeficiente V de aiken obtenido para los ítems alcanza valores entre 0.90 y 1.00, al nivel $p < .05$, por lo cual se asume que la prueba posee validez de contenido (Escrura, 1989).