

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
EN CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“LOS PILARES DE LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
M. C. ANA LAURA GUTIÉRREZ MARTIN**

**DIRECTORA DE TESIS:
E. en S. P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO**

**REVISORES DE TESIS:
Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
M. en C.C. GUILLERMO GARCÍA LAMBERT
DRA. MARGARITA MARINA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
DRA. en C.A. y R.N. IMELDA GARCÍA ARGUETA**

**“LOS PILARES DE LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA”**

ÍNDICE

CAP.	PÁG.
PRÓLOGO	
RESUMEN	
SUMMARY	
AGRADECIMIENTOS	
I. MARCO TEÓRICO	1
I.1. Resiliencia	1
I.1.1. Concepto	1
I.1.2. Niveles de resiliencia	2
I.1.3. Ámbitos de aplicación de la resiliencia	3
I.1.4. Componentes de la resiliencia	3
I.1.5. Pilares de la resiliencia	4
I.1.6. Factores de riesgo y factores protectores	5
I.1.7. Resiliencia en personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana	6
I.1.8. Resiliencia y adherencia terapéutica	8
I.2. Adherencia terapéutica	9
I.2.1. Concepto	9
I.2.2. Clasificación	10
I.2.3. Factores que influyen en la adherencia terapéutica	10
I.2.3.1. Factores socioeconómicos	10
I.2.3.2. Factores relacionados con la atención médica	10
I.2.3.3. Factores relacionados con la enfermedad del paciente	11
I.2.3.4. Factores relacionados con el tratamiento	11
I.2.3.5. Factores relacionados con la autonomía del paciente	11
I.2.4. Adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia humana	12
I.3. Virus de Inmunodeficiencia Humana	14
I.3.1. Concepto	14
I.3.2. Epidemiología	15
I.3.2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana en México	15
I.3.3. Historia Natural de la enfermedad	16
I.3.3.1. Fase Aguda	17
I.3.3.2. Fase Crónica	18
I.3.3.3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	19
I.3.4. Tratamiento	19
I.3.4.1. Tratamiento en México	20
I.3.4.2. Supresión viral	21
I.3.4.3. Falla terapéutica	22
I.3.4.4. Reacciones adversas	22
I.3.5. Seguimiento	25
I.3.6. Carga económica de la enfermedad	26

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
II.1. Argumentación	28
II.2. Pregunta de investigación	29
III. JUSTIFICACIONES	30
III.1. Académica	30
III.2. Científica	30
III.3. Epidemiológica	30
III.4. Económica	31
III.5. Social	32
IV. HIPÓTESIS	33
IV.1. Hipótesis alterna	33
IV.2. Hipótesis nula	33
V. OBJETIVOS	34
V.1. Objetivo general	34
V.2. Objetivos específicos	34
VI. MÉTODO	35
VI.1. Tipo de estudio	35
VI.2. Diseño de estudio	35
VI.3. Operacionalización de variables	36
VI.4. Universo de trabajo	39
VI.4.1. Criterios de inclusión	39
VI.4.2. Criterios de exclusión	39
VI.4.3. Criterios de eliminación	39
VI.5. Instrumentos de investigación	40
VI.5.1. Descripción	40
VI.5.2. Validación	41
VI.5.3. Aplicación	41
VI.6. Límite de tiempo y espacio	41
VI.7. Desarrollo del proyecto	42
VI.8. Diseño estadístico	43
VII. ORGANIZACIÓN	44
VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS	45
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
X. CUADROS Y GRÁFICOS	53
XI. CONCLUSIONES	93
XII. RECOMENDACIONES	95
XIII. BIBLIOGRAFÍA	96
XIV. ANEXOS	100

PRÓLOGO

El trabajo de tesis presentado a continuación lleva el título de “Los pilares de la resiliencia y su asociación con la adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana” el cuál se realizó durante el 2019 en el Centro Ambulatorio para la Prevención y la Atención en VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en Toluca.

Nuestro interés por el tema surgió secundario a que la resiliencia es foco de atención debido a su relevancia en la adaptabilidad del ser humano a las situaciones adversas, siendo la enfermedad un infortunio frecuente, en el caso de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana, además de enfrentarse a una enfermedad crónica, el diagnóstico va acompañado de situaciones que comprometen la salud mental, la incertidumbre y, sobre todo, estigma.

Ventajosamente, en la actualidad el tratamiento para el VIH se encuentra con mayor disponibilidad, incrementando considerablemente la esperanza de vida, además que la adecuada adherencia terapéutica de este se traduce en transmisibilidad cero, disminuyendo la posibilidad de transmisión, se cree que si el 80% de las personas con VIH llegan a la cero transmisibilidad en 10 años se terminaría la pandemia de VIH.

Es por ello por lo que el objetivo de este trabajo de investigación fue analizar la asociación entre los pilares de la resiliencia y la adherencia terapéutica de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. Los resultados obtenidos fueron analíticos y descriptivos, se compararon con bibliografía previa, sin embargo, cabe resaltar que no hay estudios previos de está índole por lo que se espera que sea el inicio de una nueva línea de investigación.

Ana Laura Gutiérrez Martín

Toluca, Estado de México a 30 de septiembre de 2020

RESUMEN

“LOS PILARES DE LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA”

M. C. ANA LAURA GUTIÉRREZ MARTIN, E. S. P. NANCY CEDILLO
VILLAVICENCIO

Introducción: La resiliencia es capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida a su vez está conformada por pilares. La adherencia terapéutica es vital para el paciente con virus de inmunodeficiencia humana, para poder alcanzar la transmisibilidad cero.

Objetivo: Analizar los pilares de la resiliencia, la adherencia terapéutica y la asociación estadística entre ambas variables en los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en Toluca.

Material y método: Estudios prospectivo, transversal, observacional y analítico. Con una muestra no probabilística de pacientes con VIH de junio a septiembre de 2019. Se aplicó el Cuestionario de resiliencia modificado de Peralta y cols. y el Cuestionario de Martin- Bayarre- Grau, y datos del expediente clínico

Resultados: Participaron 35 pacientes, el 88.6% presentaron adherencia total, teniendo como pilares más predominantes introspección (e=14.3%, b=62.9%) y moralidad (e=8.6%, b=51.4%) y como pilares menos predominantes; independencia (r=60%.m =11.4%) y pensamiento crítico (r=51.4%, m=14.3%). El 11.4% de la población presentó adherencia parcial. Al aplicar chi cuadrada no se encontró asociación entre las variables.

Conclusiones: Los pilares de la resiliencia no tienen asociación estadística con la adherencia terapéutica en los pacientes con VIH que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en Toluca.

Palabras clave: Resiliencia, pilares de la resiliencia, VIH, adherencia terapéutica.

SUMMARY

“THE PILLARS OF RESILIENCE AND ITS ASSOCIATION WITH THERAPEUTIC ADHERENCE IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS”

M. C. ANA LAURA GUTIÉRREZ MARTIN, E. S. P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO

Introduction: Resilience is the human capacity that allows us to face the adversities of life, it is conformed of pillars. Therapeutic adherence is vital for the human immunodeficiency virus patient, in order to achieve zero transmissibility.

Objective: To analyze the pillars of resilience, therapeutic adherence and the statistical association between both variables in patients with human immunodeficiency virus who attend the Outpatient Center for the Prevention and Care of HIV / AIDS and sexually transmitted infections in Toluca.

Material and method: Prospective, cross-sectional, observational and analytical study. With a non-probabilistic sample of patients with HIV from June to September 2019. The modified Resilience Questionnaire by Peralta et al. and the Martin-Bayarre-Grau Questionnaire, and data from the clinical record.

Results: 35 patients participated, 88.6% presented total adherence, having as the most predominant pillars introspection (e = 14.3%, g = 62.9%) and morality (e = 8.6%, g= 51.4%) and as the least predominant pillars; independence (r = 60%, b = 11.4%) and critical thinking (r = 51.4%, b= 14.3%). 11.4% of the population presented partial adherence. When applying chi-square test, no association was found between the variables.

Conclusions: The pillars of resilience do not have statistical association with therapeutic adherence in HIV patients who attended the Outpatient Center for the Prevention and Care of HIV / AIDS and sexually transmitted infections in Toluca

Key words: Resilience, pillars of resilience, HIV, therapeutic adherence

A mis padres, por apoyarme todo el tiempo.
A mi esposo y a mi hijo, por darme fuerza e inspiración.
A mis amigos por ser paño de lágrimas y buzón de quejas durante el
proceso.
A mi directora de tesis, por tener la paciencia y ser guía.
A mis catedráticos por brindarme los conocimientos necesarios para
lograrlo.
A los pacientes que participaron en el estudio.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Resiliencia

I.1.1 Concepto

El término resiliencia procede del latín de resilio (*re salio*), que significa volver a saltar, rebotar o reanimarse (1).

Resiliencia es definida como la capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (2).

Olsson (2006), citado por Folke C. 2016, define que la resiliencia va más allá, es persistir al cambio en el camino actual de desarrollo (estabilidad, dominio o atracción) adaptándose, mejorando e inovándose en ese camino. Es acerca de tener la capacidad de continuar aprendiendo, organizarse a si mismo y desarrollar ambientes dinámicos cuando se enfrenta a la incertidumbre verdadera y lo inesperado (3).

No está presente en los seres excepcionales, sino en las personas normales, y en las variables naturales del entorno inmediato. Es una cualidad humana universal, presente en las situaciones difíciles y contextos desfavorecidos, guerra, violencia, desastres, maltratos, explotaciones, abusos y sirve para hacerles frente y salir fortalecido (1).

Uriarte (2005) describe factores que favorecen la personalidad resiliente como el temperamento, la salud, el sexo, la apariencia física o la inteligencia potencial, la resiliencia se puede aprender y perfeccionar a través de la optimización del desarrollo humano (1).

I.1.2 Niveles de resiliencia

Vanistendael (1995), citado por Uriarte J 2005, establece que la resiliencia está compuesta por al menos dos niveles: la resistencia, que es la capacidad de permanecer integro al golpe y la capacidad de construir, ese incluye la capacidad de enfrentar adecuadamente las dificultades de una forma socialmente aceptable y correcta (1).

Mientras que Palmer (1997), citado por Callisaya J 2017, la observa más como un proceso dinámico, y la clasifica en etapas:

- Primera, sobrevivencia anímica, estado de confusión, sin hallar solución al trauma.
- Segunda, resiliencia regenerativa, busca soluciones.
- Tercera, resiliencia adaptativa: logro de estabilidad y actuación frente al problema.
- Cuarta, resiliencia floreciente: encuentra sentido a la vida (4).

I.1.3 Ámbitos de aplicación de la resiliencia.

Para Pierre-André Michaud en 1996, citado por Uriarte J 2005, hay 4 ámbitos de aplicaciones de la resiliencia:

- Ámbito biológico, a pesar de las desventajas somáticas congénitas o adquiridas secundarias a accidentes o enfermedades, los sujetos llevan una vida digna y creativa.
- Ámbito familiar, desarrollo exitoso de niños procedentes de familias desestructuradas, conflictivas, víctimas de abandono, maltrato o abuso.
- Ámbito micro social, cuando se desenvuelven en barrios o pueblos determinados por la miseria, el paro, la ausencia de servicios, la peligrosidad social y aquellas carencias y circunstancias que obligan a vivir en estado de “agresión social” continuada.

- **Ámbito macrosocial:** es el histórico o público, en situaciones de desastres naturales, guerras, terrorismo, deportaciones, etcétera (1).

I.1.4 Componentes de la resiliencia

Wagnild y Young (1993) fueron de los pioneros en el estudio de la resiliencia en adultos, y para ellos había cinco componentes en la resiliencia:

- **Ecuanimidad,** una perspectiva balanceada de la vida y la experiencia denota la habilidad de considerar un rango más amplio de experiencia y de dejar ir lo que venga.
- **Perseverancia,** el acto de la persistencia a pesar de la adversidad o el desaliento denota la voluntad de continuar la batalla y reconstruir la vida.
- **Confianza en sí mismo,** creencia en las capacidades individuales, de conocer las fortalezas y debilidades propias.
- **Significancia,** la vida tiene un propósito y vale la pena vivirla.
- **Soledad existencial,** cada camino es único, mientras algunas experiencias son compartidas, otras deben enfrentarse en solitario, da libertad y sensación de ser únicos (5).

Debido a que la resiliencia es una capacidad que se puede desarrollar, en 1998 Munist propone que la resiliencia desde la infancia debe tener los siguientes componentes:

- **Competencia social,** generan respuestas positivas en las otras personas; además, son activos, flexibles y adaptables. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos pro sociales.
- **Resolución de problemas,** habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales.

- Autonomía, sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno.
- Sentido del propósito y del futuro, expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de estos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia (4).

I.1.5 Pilares de la resiliencia

La resiliencia ha estado presente en el ser humano desde sus inicios, sin embargo no se había estudiado hasta hace poco, en la India se les conoce a las personas como flor de loto, por poder crecer en aguas sucias; en Noruega como dientes de león, porque a pesar de verse frágiles nacen en cualquier ambiente; los indios navajo llaman a esta cualidad de resistir y sobreponerse como mandala, fue hasta 1993 cuando Wolin y Wolin, citado por Uriarte J 2005, utilizaron el concepto de mandala de la resiliencia para describir la fuerza interior que incluye la introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, sentido del humor, creatividad y moralidad, posteriormente serían llamados pilares de la resiliencia (1).

Los cuales son definidos de la siguiente manera:

- Introspección, capacidad de reflexionar sobre sus acciones en función de sus valores y asumir una postura ética frente a ella
- Independencia, posibilidad de distanciarse de las situaciones adversas como un alejamiento saludable como un mecanismo de autoprotección de las situaciones desagradables
- Capacidad de relacionarse, establecer vínculos de aceptación mutua que demuestran que puede ser aceptado
- Iniciativa de explorar el entorno o nuevas experiencias hasta el emprender proyectos propios

- Humor, como cualidad de reirse de la tragedia, dando un sentido positivo y optimista del trauma
- Creatividad a través del juego resignificando las experiencias traumáticas, otorgándole un nuevo sentido a la vida
- Moralidad, inteirorizando los valores propios y ajenos que lleven al bienestar a pesar de las carencias propias
- Autoestima consistente, capacidad de dar sentido a la vida, otorgándo un valor que requiere ser vivida, es la base de los demás valores (1,4)

Sin embargo, Peralta y Ramírez (2006), en lugar del autoestima consistente, toman en cuenta el pensamiento crítico, definiéndose como todo planteamiento intelectual producto de análisis, interpretaciones y problematizaciones racionales acerca de las manifestaciones de la realidad, sus fenómenos, situaciones e ideas, para generar cuestionamientos, juicios y propuestas orientadas a la promoción de cambios y transformaciones en beneficio de la humanidad (6).

Además para Callisaya (2016) la resiliencia también tiene pilares comunitarios:

- Liderazgo fuerte
- Autoestima colectiva, sentido de pertenencia
- Fortalecimiento de la identidad comunitaria (4)

I.1.6 Factores de riesgo y factores protectores

Factores de riesgo:

- Resistencia a la autoridad
- Involucrarse en sectas o cultos
- Consumo de drogas en la familia
- Fracaso escolar
- Amigos que usan drogas
- Normas antisociales
- Pobreza crónica

Factores protectores:

- Fuerte capacidad de decisión
- Fe creciente
- Lazos familiares fuertes
- Éxito escolar
- Rechazo del uso de drogas
- Normas grupales positivas
- Empleo estable de los padres (7)

I.1.7 Resiliencia en personas con VIH

El VIH es una enfermedad crónica con la cual se hace difícil vivir, que incluye vivir con complejas comorbilidades médicas, además de que normalmente se acompañan de varios problemas mentales, como incertidumbre y estigma (8).

Actualmente se puede acceder a una buena combinación de antiretrovirales, lo cual se traduce en que las personas que viven con VIH están presentando mayor esperanza de vida (8).

La salud mental, es más que la ausencia de enfermedad mental. Engloba armonía social y psicológica, calidad de vida y bienestar, crecimiento, adaptación efectiva e influencia de la sociedad y el ambiente. No es extraño que las personas con VIH presenten pensamientos suicidas e incluso actos de la misma índole (8).

La incertidumbre es una característica común de aquellos que viven con VIH, principalmente porque no saben cuánto tiempo podrán sobrevivir, pueden estar esperando la muerte y no llega, o pueden contraer una infección y morir en una semana. También cualquier síntoma que pueda presentar su cuerpo significa algo totalmente distinto al de una persona sana (8).

El estigma puede inducir miedo y ser traumatizante, especialmente cuando proviene del personal sanitario. Además de toda la información falsa que rodea al VIH.

Una condición que influye es el síndrome de consunción que algunos presentan durante el diagnóstico, el cual hace que algunos miembros de la comunidad los discriminen por verse enfermos. Finalmente, otro elemento la estigmatización, es el estigma anticipado, en el cual, los pacientes suponen que mucha gente los estigmatizará, cuando no saben si en realidad lo harán (8).

Además, la enfermedad crónica puede hacer que una persona se sienta rechazada por los demás, experimentando sentimientos de culpa y responsabilidad por estar enfermo, las mujeres son especialmente vulnerables al estigma, ya que afecta sus expectativas sociales, ambiciones y progreso (9).

Es un hecho de que la principal vía de transmisión del VIH es por el contacto sexual, sin embargo, existe la idea de que se transmite a través de acciones que se mantienen ocultas o son ilegales, la comunidad puede tener dificultad al entender que no fue el propósito del paciente contagiarse con VIH, es por eso que el paciente normalmente encuentra entre sus síntomas desesperación, cansancio y desesperanza, y al enfrentarse a la sociedad, pierden la esperanza de un futuro próspero (9).

La sociedad considera que las personas con VIH son incapaces de funcionar normalmente y en casos severos son obligados a abandonar responsabilidades ocupacionales, que los lleva a modificar su estilo de vida (9).

La resiliencia es un pilar clave para poder vivir y superar la incertidumbre y el estigma del VIH, el apoyo social ayuda a minimizar los efectos y sirve como factor protector, una forma de fortalecerla es reduciendo el espacio emocional que el VIH ocupa en sus vidas, viéndolo como que ellos son un pastel, y el VIH solo es un pedazo (8).

I.1.8 Resiliencia y adherencia terapéutica

En la actualidad se intenta ver el lado positivo de los aspectos resilientes, por ejemplo, cómo las personas se anticipan, monitorizan, responden y aprenden, para evitar el error y mantener una conducta exitosa (10).

En un estudio realizado por Maroni C, Freire M, Pinheiro E, Tajra D, Reginaldo H y Ferrer A en el 2006 en pacientes con enfermedad renal crónica que necesitaban hemodiálisis se estudió la resiliencia y la religiosidad asociada a adherencia terapéutica, en él se encontró que aquellos pacientes con mayor resiliencia presentaban una mejor adherencia a los medicamentos y una mejor calidad de vida, sin embargo no se veía diferencia en la asistencia a las sesiones de hemodiálisis (11).

Algunos autores proponen estrategias como recordadores, ajustar rutinas y estrategias para disminuir los eventos adversos del medicamento mezclándolos con los alimentos. Estos consejos ayudan a las personas a lidiar mejor con los retos de la adherencia (10).

Furniss (2014) crea estrategias resilientes para mejorar la adherencia:

- Recordatorios para tomar el medicamento.
- Marcar cuando se va a terminar una caja de medicamentos para ir por una nueva y tirar inmediatamente la vacía, para no tener la ilusión de que hay todavía.
- Separar las píldoras que tengan aspecto similar.
- Asegurarse que todos los medicamentos que se toman a la misma hora estén juntos y listos.
- Tener medicamentos en el trabajo o lugares que se frecuentan en caso de que sea necesario y se olvida el tratamiento.

- Seguridad, colocar una marca cuando ya se haya tomado la pastilla del día para evitar tomar la dosis dos veces o no tomarla por creer que ya se tomó (10).

I.2 Adherencia terapéutica

I.2.1 Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (12).

Para Martin (2015), la definición y el estudio de la adherencia terapéutica no es sencillo ya que tiene que tomar en cuenta muchos aspectos que pueden ocasionar una adherencia deficiente como lo son la dificultad en iniciar el tratamiento, suspensión temporal o permanente del medicamento, omisión de dosis, ingerir los medicamentos en dosis u horas no indicadas, no modificar el estilo de vida, posponer la realización de estudios médicos, etcétera (13).

Desde el 2004 se dieron a conocer una serie de consecuencias que al incumplimiento de las prescripciones farmacológica pueden presentarse, las cuales son las siguientes: incrementos en los riesgos de morbilidad y mortalidad, aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, incremento de los gastos del sector salud, y finalmente un deterioro en la relación médico-paciente con sentimientos de insatisfacción (14).

I.2.2 Clasificación.

La falta de adherencia al tratamiento se clasifica en dos:

- Primaria, Cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.
- Secundaria, cuando se altera la posología, los intervalos de las dosis, se olvida la administración del fármaco o cuando se toma por menos o más tiempo del recomendado (14).

I.2.3 Factores que influyen en la adherencia terapéutica.

I.2.3.1 Factores Socioeconómicos

El apoyo social de la familia y/o amigos es fundamental para una buena adherencia, existen ciertos factores que predisponen a una mala adherencia como lo son el acceso limitado a los recursos sanitarios, el costo del medicamento, condiciones inestables de vida, alto costo del transporte público, la cultura y creencias de la enfermedad, y algunos factores sociodemográficos como la edad (10,11).

I.2.3.2 Factores relacionados con la atención médica

La relación médico-paciente es un pilar en la adherencia terapéutica, ya que motiva al paciente a continuar con el tratamiento o apegarse lo más posible a él.

La OMS dictamina que los principales factores que pueden afectar la adherencia son los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, el personal sanitario recargado de trabajo, que el paciente no encuentre incentivos suficientes para tomar el medicamento y no recibir retroalimentación a cerca de su desempeño (10,11).

I.2.3.3 Factores relacionados con la enfermedad del paciente

Es característico de las enfermedades crónico-degenerativas presentar una disminución del apego al tratamiento secundario al tiempo prolongado que hay que

tomarlo. Esto se acentúa más en aquellas patologías que pueden no presentar síntomas, resultando en que el paciente sienta el medicamento ya innecesario (15).

También hay que tomar en cuenta aspectos adicionales, ya que varias enfermedades se acompañan de discapacidad, o efectos psicológicos, y aunque la ansiedad no se ha relacionado con una disminución en la adherencia, la depresión sí (14).

I.2.3.4 Factores relacionados con el tratamiento

Entre más complejo es la ingesta del medicamento, menos adherencia presenta, además de los fracasos de terapéuticas previas, el cambio constante de terapéutica, los eventos secundarios, el olvido, alto número de fármacos prescritos y los eventos adversos (14).

I.2.3.5 Factores relacionados con la autonomía del paciente

Los aspectos no cognitivos del paciente son determinantes para el nivel de adherencia que presentará, viéndose mermado si existe negación, temor a depender de otros o la estigmatización de la misma enfermedad, la poca motivación del paciente para continuar con el tratamiento, las expectativas con respecto al resultado, la angustia por los efectos adversos, el conocimiento de la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el no interpretar bien las instrucciones y la desesperanza pueden estar presentes en el paciente y no ser identificadas oportunamente por el personal médico (14).

I.2.4 Adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana

Es un hecho de que la adherencia al tratamiento es un factor asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, sin embargo, en el

caso del VIH/SIDA tiene una importancia fundamental ya que es un factor decisivo en el tratamiento, ya que el virus posee una velocidad de replicación y mutación, y si no se tienen niveles muy altos de adherencia (más del 95%) no se podrá lograr una supresión duradera de la carga viral (16).

De acuerdo con la OMS (2013) solo un tercio de los pacientes con VIH/SIDA toman el medicamento como es prescrito, a pesar de que el paciente está informado de la importancia de este y de las consecuencias que puede ocasionar (17).

En estudios recientes se ha reportado una adherencia terapéutica similar a otras enfermedades crónicas, desafortunadamente, en el caso de las personas con VIH/SIDA, eso se traduce en un aumento en la presentación de infecciones oportunistas y, aún más importante, en resistencia la cual puede ser transmitida a otras personas (17).

Algunos estudios han encontrado resistencia a un antiretroviral en el 80% de los pacientes recién diagnosticados y 26% de resistencia a dos o más antiretrovirales (17).

Es fácil que el médico pase por alto la mala adherencia del paciente debido a que él paciente tiende a exagerar su adherencia para evitar el juicio del médico, sin embargo, hay varios factores que pueden ayudarle al médico para intentar predecir que pacientes están en riesgo de tener una baja adherencia terapéutica (17).

Factores relacionados a los regímenes

Alcanzar la adherencia en enfermedades crónicas es más complicada a las de presentación aguda, en pacientes con VIH/SIDA, el régimen es especialmente intrincado, ya que requieren varias dosis al día, o restricción de algunos alimentos y actividades, sumado a los efectos adversos que se pueden presentar, por lo que la adherencia puede verse afectada.

De igual forma los antiretrovirales poseen múltiples eventos adversos y cuando el paciente llega a tener dos o más, aumentan significativamente las posibilidades de abandonar el tratamiento. Los eventos adversos pueden ser temporales como diarrea y náuseas, o pueden presentarse a largo plazo como la neuropatía y lipodistrofia (17).

Dependiendo del paciente la terapia, en pacientes sintomáticos puede a mejorar la calidad de vida, mientras que, en pacientes asintomáticos, si hay disminución en la calidad de vida (17).

Factores relacionados con el paciente

Los factores sociales que se han observado al aumento de riesgo en la falla a la adherencia terapéutica son: edad menor al diagnóstico (OR 3.8), bajo estatus socioeconómico (OR 2.1), requerimiento de profilaxis antibacteriana (OR 1.7), sexo mujer (OR 1.6), historia de malignidad (OR 1.6) y no visitar un hospital de tercer nivel (OR 1.2) (18).

Para mejorar la adherencia en personas con VIH/SIDA el personal sanitario tiene que ser consciente que deben tener apertura emocional, los pacientes deben de ser capaces de anexar la ingesta de medicamentos en su rutina diaria, entender que la poca adherencia lleva a resistencia y sentirse cómodos tomándose el medicamento enfrente de otras personas (17).

El 25% de los pacientes no entiende cómo y cuándo debe tomarse el medicamento, además el 66% tiende a olvidar tomar una muestra, frecuentemente la del centro cuando son 3 veces al día (17).

La relación médico paciente puede ayudar a sobrepasar barreras en la adherencia, desafortunadamente, son pocos los médicos que interrogan acerca de esto al

paciente, pero si hay disposición, el médico demuestra tener capacidad, tener una buena comunicación con claridad y calidad, mostrar compasión, si se involucra al paciente de forma activa en las decisiones del tratamiento y sobre todo que no se les intente hacer sentir culpables de que son “malos pacientes” (17).

Otros factores por considerar son los trámites burocráticos propios del sistema de salud, el acceso al centro de tratamiento, la disponibilidad del tratamiento farmacológico, en este punto, muchas de las acciones no dependen del médico, ni del personal paramédico, por lo que son más difíciles de modificar (17).

I.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana

I.3.1 Concepto

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia de los retrovirus, se han identificado dos formas diferentes, VIH1 y VIH2, el primero es el responsable de la pandemia mundial y el segundo se encuentra prácticamente confinado a África (19).

Desde el punto de vista morfológico es un virión esférico de 100-2nm con una nucleocápside en forma de cono, rodeado de una capa lípida que proviene de la membrana de la célula del hospedero, donde se insertan proteínas virales constituidos por las glicoproteínas 120. La nucleocápside encierra dos copias de ARN y tres enzimas virales (proteasa, transcriptasa reversa e integrasa) fundamentales para el ciclo biológico (19).

La infección se inicia cuando una partícula viral entra en contacto con una célula CD4, normalmente ahí inicia la replicación, pero también puede invadir monocitos, células dendríticas, células de Langerhans y células de la microglía del cerebro (19).

I.3.2 Epidemiología

La epidemia de VIH ha cambiado en los últimos 30 años, desde los primeros casos en 1980 hasta los 3.7 millones de infectados en 1997 (20).

En el 2012 aproximadamente 9.7 millones de personas en países de tercer mundo estaban con tratamiento antirretroviral, este incremento en la terapia antiretroviral, ha disminuido en 5.2 millones de muertes relacionadas con el VIH/SIDA entre 1995-2000, disminuyendo 28% de las muertes de 2006- 2012 (20).

La mayor disminución de casos nuevos se presentó en niños disminuyendo 52% en los últimos 10 años (20).

La epidemia en Latino América se ha mantenido estable, siendo 1.6 millones en 2000 hasta 1.75 en el 2012 (20).

La terapia antiretroviral ha aumentado hasta el punto donde el 80% de las personas que necesitan la terapia la reciben (20).

I.3.2.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana en México

El Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA) publica cada año las estadísticas reportadas, desde 1983 hasta final del año pasado, se reportaron 81,771 casos de VIH y 82,303 casos de SIDA, dando un total de 164,074 casos en total (21).

En el 2017 se diagnosticaron 14,143 casos, y en el 2018, 15,543, por lo que hubo 1,000 casos más (21).

El Estado de México es el segundo estado con mayor número de casos, solo después de la ciudad de México, actualmente viven 21,778 personas con SIDA en el estado (21).

El 82.1% de los casos se presentan en hombres, y el 17.9% restante en mujeres, en ambos casos se presenta con mayor frecuencia entre los 25 y 44 años (21).

En el 2018, 5,492 casos fueron por transmisión sexual, ninguno por transmisión sanguínea, 93 personas por ser usuarias de drogas intravenosas, 43 casos de transmisión perinatal y 124 no especificados (21).

En el 2017, el VIH/SIDA tuvo una tasa de mortalidad de 3.82 por cien mil habitantes.

I.3.3 Historia Natural de la enfermedad.

La infección por VIH cursa con diversas etapas caracterizadas por indicadores clínicos y síntomas (22).

Más del 80% de las personas infectadas con VIH lo adquieren a través de las superficies de la mucosa; el resto 20% se infectaron por inoculación percutánea o intravenosa.

I.3.3.1 Fase aguda

Sin importar la vía de transmisión, inmediatamente después de la transmisión se comienza a replicar e infiltra el tejido linfático, siendo los intestinales los de preferencia por su alto contenido en linfocitos CD4, durante esos momentos no puede detectarse en el plasma, es la llamada fase de eclipse y dura de 7 a 21 días, hasta que alcanza de 1 a 5 copias por mililitro se puede confirmar con métodos de amplificación de ácidos nucleicos (23).

La rápida expansión del VIH se refleja en elevaciones rápidas del RNA viral en el plasma, y una destrucción en los reservorios de los linfocitos T y la integración del RNA viral al genoma del linfocito T restante (23).

Se cree que hasta el 80% de los pacientes manifestaron síntomas de la fase aguda, siendo estos, fiebre, malestar muscular, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito (22).

El cuadro aparece entre dos y seis semanas después de la exposición del virus y desaparece unos días después (22).

La fase aguda tiene un factor importante en la salud pública ya que cada vez que la persona infectada aumenta la carga viral por 10, el riesgo de transmisión aumenta 2.5 veces (23).

Se considera que el riesgo de contagio de las personas en fase aguda es mucho más alto que en aquellas que tienen ya la infección establecida, en estudios animales, se ha visto que es 750 veces más infeccioso que aquellos en fase crónica, esto puede ser por la presencia de anticuerpos neutralizantes, que no son evidentes en la infección aguda (23).

También se puede asociar a que las personas no saben que tienen la infección y continúan con una vida sexual prolífica (23).

1.3.3.2 Fase crónica

También llamada como fase de latencia clínica ya que el portador es asintomático, en esta el virus se replica incesantemente, cada día el sujeto producirá entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y se destruirán cien mil linfocitos T CD4 y si el portador carece de tratamiento, los portadores podrán desarrollar síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en un plazo de 5 a 10 años (22).

Algunas personas podrán controlar la replicación del VIH y mantener los niveles de CD4 por un periodo prolongado, un número pequeño de personas podrán estar infectados por 20 años, pero con carga viral muy baja y función inmunológica normal, y es hasta que esta fase termina que comienzan los síntomas.

Uno de los primeros signos es una inmunodeficiencia leve, en el que la cuenta de CD4 disminuye a menos de 500 células por microlitro. Los primeros síntomas pueden ser un episodio clásico de herpes zoster acompañado de otra enfermedad como una infección respiratoria, que responde bien a los antivirales como Aciclovir (22).

Otras enfermedades que pueden sugerir un VIH latente:

- Candidiasis oral
- Mononucleosis atípica (no por Epstein Barr o Citomegalovirus)
- Meningitis aséptica
- Psoriasis de difícil manejo
- Tuberculosis
- Linfoma no Hodking
- Lesiones cerebrales
- Linfadenopatía persistente
- Infecciones vaginales recurrentes
- Algunas alteraciones en los paraclínicos sugestivas:
 - Trombocitopenia, neutropenia
 - Hipergamaglobulinemia idiopática

1.3.3.3 Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA)

Es la etapa crítica de la infección donde el cuerpo ya no es capaz de reponer los linfocitos T CD4, por lo que merma la capacidad de responder a enfermedades por ejemplo infecciones por *P.jiroveci*, sarcoma de Kaposi, tuberculosis, candidiasis,

citomegalovirus, entre otras, si la persona no comienza a recibir tratamiento antiretroviral, su esperanza de vida es menor a los 3 años (22).

I.3.4 Tratamiento

La finalidad del tratamiento antirretroviral es reducir al máximo y durante el mayor tiempo la replicación viral, lo que provoca un descenso en la vida plasmática, enlenteciendo el progreso de la enfermedad, incluso pudiendo restaurar el sistema inmune (19).

Los medicamentos desarrollados hasta el momento para el tratamiento del VIH se dividen en los siguientes grupos (24):

- Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleótidos (ITRAN): bloquean la acción de la transcriptasa reversa del virus incorporándose a las moléculas de ADN, compiten los análogos endógenos y detienen la elongación del ADN. Los miembros de esta clase incluyen Zidovudina, abacavir, didanosine, lamivudina y tenofovir.
- Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleótidos (ITRNN): interfieren directamente con la acción de la transcriptasa reversa. No requieren fosforilación, si no que se unen a los sitios enzimáticos no catalíticos, llevando a cambios estructurales. Nevirapina y Efavirenz son los más comunes.
- Inhibidores de proteasa (IP): evitan que se anclen los precursores proteicos víricos a que se unan en las subunidades para que se formen nuevos viriones. Los más frecuentes son atazanavir, lopinavir/ritonavir, saquinavir.
- Inhibidores de entrada: ejercen su acción en el espacio extracelular bloqueando que el virus se una a los receptores en la superficie celular. Enfuvirtide y Maraviroc son ejemplos de estas drogas.
- Inhibidores de integrasa: son los más nuevos, inhiben la integración del ARN del VIH al genoma del hospedero. Raltegravir fue aprobado en 2008, y Elvitegravir en el 2014.

Actualmente se recomienda mezclar dos tratamientos antirretrovirales que combinan dos inhibidores nucleótidos que puede ser un inhibidor de la transcriptasa reversa o un inhibidor de la proteasa (19).

El uso adecuado de la terapia tiene dos beneficios:

- Biológico, con una buena adherencia mantiene el control de la multiplicación viral, retarda y minimiza la aparición de resistencias virales y mejora el sistema inmunológico del hospedero. Su mal uso no controla la multiplicación y facilita la aparición de cepas resistentes.
- Económico, aunque el medicamento es costoso a largo plazo tiene beneficio por menos complicaciones oportunistas, menos internaciones y menor letalidad (19) .

I.3.4.1 Tratamiento en México.

La guía de práctica clínica sugiere un esquema muy sencillo para la elección de la terapéutica clínica, conformado por dos ITRAN y un ITRNN, con algunos cambios que corresponden con la clínica del paciente presentado en tabla 1 (25).

Tabla 1: Tratamientos recomendados por la Guía de Práctica clínica

Tratamiento base	Esquema preferido	Esquema alternativo
Combinación	2 ITRAN + 1 ITRNN	2 ITRAN +IP/r
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a nucleósidos (ITRAN)	Tenofovir+ Emtricitabina	Abacavir + Lamivudina Zidovudina + Lamivudina
Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITRNN)	Efivarenz	Contraindicada en mujeres con más de 250 linfocitos CD4 o en hombres con 400 linfocitos.
Inhibidores de proteasa (IP)	Atazanavir/ritonavir	Lopinavir/ ritonavir Fosamprenavir/ ritonavir

Fuente: CENETEC, Guía de referencia rápida 2009

1.3.4.2 Supresión viral

La carga viral es definida como la cantidad de ARN viral presente en la sangre periférica y se expresa en copias virales por mililitro de plasma.

La meta principal del tratamiento es la supresión viral, la cual se alcanza cuando se tienen menos de 200 copias por mililitro, sin embargo, en Estados Unidos el 70% de los pacientes que viven con VIH no alcanzan esa meta (26).

El rango para nombrar a un paciente en supresión viral, varía de país a país, en los más estrictos es de 50 copias por mililitro. La meta era que en el año 2020 el 80% de las personas con VIH alcancen la supresión viral (26).

1.3.4.3 Falla terapéutica.

La falla terapéutica puede aplicarse a tres escenarios:

- La falla virológica debe entenderse como la incapacidad de lograr o mantener la supresión de la replicación viral (CV >50 copias/mL dependiendo de la metodología)
- La falla inmunológica se defina como la incapacidad para mantener e incrementar el nivel de células CD4 + a pesar de lograrse supresión virológica.
- La falla clínica o progresión se define como la aparición de enfermedades relacionadas con la falla inmunológica (25).

El manejo de pacientes con fallas múltiples a antiretrovirales es complejo, por lo que debe de tener una asesoría por expertos. El diseño de un nuevo esquema debe tener 3 agentes completamente activos.

Suspender o interrumpir brevemente la terapia en un paciente con incremento rápido en el RNA viral, disminuir los linfocitos CD4 e incremento del riesgo de progresión clínica.

1.3.4.4 Reacciones adversas.

Se definen como cualquier manifestación que sea nociva y fortuita que ocurra a dosis apropiadas del medicamento indicado, en su uso profiláctico, diagnóstico o terapéutico en el hombre (27).

Las manifestaciones clásicas de reacción adversa a medicamento dependiendo de su mecanismo pueden dividirse en tres tipos según la dosis de la droga y la respuesta de la persona (27),

- a. Hipersensibilidad: efecto habitual en una persona susceptible a dosis bajas, inferiores a las normales del medicamento. Depende de la droga y los metabolitos, la reacción antígeno-anticuerpo, desarrollo inflamatorio que

exteriorice la reacción. Corresponde del 6-10% de las reacciones adversas a fármacos.

- b. Sincrasia, efecto inhabitual o inusual a cualquier dosis. Se produce por la unión covalente e irreversible, entre la droga y sus metabolitos, ocurre después de la activación metabólica de la droga. Representa el 5% de todas las reacciones.
- c. Sobre-efecto, respuesta teóricamente predecible por sobre efecto del medicamento o combinaciones producida. Representan el 70-80% de todas las reacciones, donde los efectos secundarios indeseados son inseparables del efecto terapéutico deseado, aunque la dosis sea adecuada puede estar potenciado el fármaco por déficit en su eliminación o se puede potenciar con otra droga.

En el tratamiento de VIH, las reacciones adversas rara vez pueden amenazar la vida, pero pueden tener una gran influencia en la calidad de vida, lo cual lleva a una disminución en la adherencia al tratamiento, niveles subóptimos del fármaco, desarrollo de resistencia a otros fármacos (28).

Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, (2001) reportan que el 57% de los pacientes han tenido que cambiar su tratamiento debido a la toxicidad presentada, siendo los eventos adversos más frecuentes: ansiedad (30%), fatiga (24%), lipodistrofia (19%), diarrea (17%), náusea (16%), anorexia (11%) e insomnio (10%) (29).

Margolis A, Heverling H, Phan P y Stolbach A (2014) , realizaron una revisión de las reacciones adversas más frecuentes por clase de los fármacos prescritos, las cuales han sido sintetizadas en la tabla 2 (24).

Tabla 2. Reacciones adversas por el tratamiento antiretroviral reportadas por Margolis A, Heverling H, Phan P y Stolbach A (2001).

Tratamiento	Reacciones adversas esperadas
Inhibidores de proteasa	Dislipidemia, resistencia a la insulina, hiperglicemia, lipodistrofia, hiperbilirrubinamia, rash, hepatitis, hemorragia intracraneal, cefalea, diarrea, hepatotoxicidad.
Inhibidores de transcriptasa inversa	Toxicidad mitocondrial, miopatía, acidosis láctica, pancreatitis, neuropatía periférica, diarrea, hiperuricemia, disfunción hepática, decoloración en la piel, enfermedad tubular renal, hepatomegalia con esteatosis.
Inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa inversa.	Rash, hepatotoxicidad, mareo, pesadillas, problemas en la concentración, lipodistrofia, dislipidemia, elevación de las enzimas hepáticas, depresión.

Fuente: Margolis A, Heverling H, Phan P y Stolbach A. J Med Toxicol. 2014.

Llama la atención que aun en los pacientes con un conteo de CD4 mayor a 500 copias el 51% que reciben tratamiento antirretroviral presentan un síntoma de 24 de los más frecuentes, con una intensidad de moderada a grave (29).

I.3.5 Seguimiento

El seguimiento recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, las guías de práctica clínica mexicanas y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América es muy similar (15,19,20).

La carga viral debe ser monitorizada cada 3 o 4 meses en pacientes sin tratamiento o aquellos que estén estables con terapia antiretroviral. El intervalo puede ser extendido cada 6 meses para los pacientes adherentes y cuya carga viral haya sido suprimida por más de 2 o 3 años y aquellos cuyo sistema inmune es estable. Debe vigilarse con mayor frecuencia después de cambiar la terapia: 2-4 semanas y no más de 8 semanas, repitiendo cada 4-8 semanas hasta que se vuelva indetectable.

El conteo de CD4 debe ser monitorizado para vigilar y la eficacia de este mismo y si se llega a necesitar un fármaco profiláctico contra enfermedades oportunistas. Deben ser monitorizados cada 3-4 meses, al menos que el conteo sea 3 veces mayorde los esperado para el riesgo de infecciones oportunistas, en ese caso el conteo puede monitorizarse cada 6-12 meses. Se espera un incremento de 100-150 células el primer año y de 50 a 150 células el año subsecuente.

Cada 4 o 6 meses además debe realizarse una química sanguínea y perfil de lípidos cada 6 meses o cada año si es normal.

El objetivo del seguimiento es hacer que el paciente permanezca en tratamiento, los pacientes pueden sentirse discriminados, estigmatizados y pueden existir barreras legales que limiten el seguimiento (30).

Es necesario entender que hay co-infecciones como tuberculosis, hepatitis B y C, comorbilidades como aterosclerosis, algunos cánceres, enfermedad hepática o renal.

1.3.6 Carga económica de la enfermedad.

Lamiraud K y Moatti J realizaron un estudio de las implicaciones económicas de la no adherencia a los antiretrovirales en pacientes VIH en el 2006 encontrado que la falta de adherencia se refleja en dos principales vías:

- a) Primero, no tienen una disminución tan significativa en sus conteos de CD4 como los pacientes adherentes.
- b) Segundo, ellos progresaron más rápido. Por lo que los pacientes sin adherencia o poca adherencia, terminaban con más compromiso inmunológico, reflejado en mayores gastos asociados a los cuidados de la salud (31).

En cuestiones monetarias en Estados Unidos, los costos en los pacientes no adheridos son de 9,653 a 14,447 dólares al año, mientras que las personas que tienen una adherencia óptima gastaron de 835 a 8553 dólares al año (31).

Los pacientes que tienen una adherencia mayor al 95% tuvieron menos días de estancia hospitalaria (2.6 días por cada mil de seguimiento) mientras que los que tuvieron menor permanecían hasta 12.9 días por cada mil días (31).

Los costos directos de la no adherencia incluyen costos de pruebas de laboratorio adicionales, procedimientos, servicios, consultas, medicamentos.

Los costos indirectos son la falta de productividad, cuidados informales y beneficios de discapacidad, disminución en la calidad de vida y muerte prematura.

Goldie SJ y Platiel AD (2003), citados por Lamiraud K y Moatti J (2006), proponen enfocarse en las personas que tienen mayor riesgo, aquellos con enfermedad temprana (CD4 de 350 células/microlitro), y pacientes con enfermedad avanzada (CD4 menor de 84 células por microlitro) (31).

Al poner interés espacial en estos pacientes, con intervenciones de cien dólares al mes podrían ahorrarse más de 50 mil dólares a la larga, estas intervenciones fueron consejería, recordatorios, sistemas automatizados de distribución de pastillas y recordatorios.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La resiliencia es un atributo que todas las personas tienen, una enfermedad es un evento a superar, para salir victorioso, el caso del VIH no es excepción, puesto que es una enfermedad crónica, que conlleva a comorbilidades, además de que se acompaña de varios problemas mentales, como incertidumbre y estigma, es por ello por lo que la resiliencia es un atributo de vital importancia pudiendo llevarlos a aceptar mejor su enfermedad y por ende su tratamiento.

Los pilares de la resiliencia son los elementos que la componen, y tienen el distintivo de que son características que se pueden desarrollar, por ejemplo la capacidad de relacionarse, también lleva a establecer vínculos de aceptación mutua; la iniciativa lleva a emprender nuevos proyectos y el pensamiento crítico a través del análisis crea propuestas de mejora.

Para los pacientes con diabetes se considera una adherencia óptima es arriba del 80%, sin embargo por las complicaciones que se pueden presentar en una persona con VIH, la mutagenicidad del virus, el rápido descenso de CD4 y las infecciones oportunistas, se recomienda una adherencia superior al 95%.

Por lo tanto, conocer los pilares de la resiliencia que se encuentran afectados, desarrollar estrategias que permitan trabajar con ellos, viéndolos como un área de oportunidad puede favorecer la adherencia de las personas VIH a su tratamiento, a nivel intrapersonal la persona con VIH podría mejorar su vida cotidiana y a nivel social, su óptima adherencia tendría como consecuencia disminución en la transmisibilidad y la carga económica que puede suscitar.

II.2 Pregunta de investigación

¿Qué pilares de la resiliencia son los menos predominantes y qué tipo de adherencia presentan los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual ubicado en el municipio de Toluca y cuál será la asociación estadística entre ambas variables?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

La presente investigación tiene el propósito de ser parte del desarrollo académico y posterior acreditación para obtener el diploma en especialidad en salud pública.

Con la investigación realizada, se pretende desarrollar las habilidades pertinentes en el ámbito estadístico, epidemiológico, social y de investigación propios de un especialista en Salud Pública, para en un futuro poder ejercer la profesión con los conocimientos adecuados y poder aportar beneficios a la salud pública en México.

III.2 Científica

El conocimiento generado en esta investigación dará información de los pilares de la resiliencia que afectan la adherencia terapéutica en pacientes VIH, posteriormente se pueden generar estrategias para mejorarla trabajando en los pilares afectados.

Ya que el virus posee una rápida velocidad de replicación y mutación, y si no se tienen niveles muy altos de adherencia (más del 95%) no se podrá lograr una supresión duradera de la carga viral, por lo que la persona seguirá siendo transmisible.

Así que se desea crear estrategias para disminuir la transmisión de VIH, mejorando la supresión viral de los pacientes ya infectados.

III.3 Epidemiológica

Cada año se diagnostican más de 14 mil casos nuevos de VIH en México, existiendo a finales de 2018; 81,771 casos de VIH y 82,303 casos de SIDA, dando un total de 164,074.

Actualmente viven 21, 778 personas con SIDA en el Estado de México, siendo el segundo estado con mayor incidencia, solo después de la ciudad de México.

La falta de adherencia terapéutica causa resistencia a los antiretrovirales, y estas resistencias pueden ser transmitidas al momento de contagiar a otra persona, algunos estudios han reportado hasta 80% de resistencia a los pacientes recién diagnosticados y 26% de resistencia a dos o más antiretrovirales.

Al mejorar la adherencia terapéutica trabajando en los pilares de la resiliencia que el paciente VIH presente afectado, podemos encaminar a la meta de llegar a ser indetectables, por lo tanto, intransmisibles, disminuyendo la epidemia de VIH en México y como efecto secundario, se disminuirá la resistencia a los antiretrovirales.

III.4 Económica

Los pacientes que no tienen adherencia no tienen un descenso en sus conteos de CD4, por lo que progresan más rápido, por lo que su salud es más frágil y terminan con más internamientos o infecciones oportunistas; en Estados Unidos el tratamiento de las personas no adherentes es tres veces mayor al de las personas adherentes.

Los pacientes con una buena adherencia terapéutica llegan a tener 2.6 por cada 1000 días en promedio de hospitalización, mientras que los que no tienen 12.9 días, es por eso que el costo se eleva, debido a las pruebas de laboratorio, los procedimientos y servicios, las interconsultas y los medicamentos. Además de la pérdida de la productividad, el cuidado informal, y el costo de una muerte prematura.

Al mejorar la adherencia terapéutica se podrán disminuir los costos que ocasionan las complicaciones del VIH/SIDA por disminución en la inmunocompetencia.

III.5 Social

A comparación de otras enfermedades, las personas con VIH son culpadas por haberse enfermado, ya que en la mayoría de las ocasiones es adquirida por acciones que se mantienen ocultas o son ilegales, por lo que en algunas ocasiones sufren una muerte social.

A pesar de la información disponible, las personas con VIH actualmente se enfrentan a la crítica destructiva de la sociedad, al rechazo y al estigma, ya que muchos que los rodean lo relacionan con ser homosexual, trabajador sexual o farmacodependiente, o a tener una vida sexual promiscua.

Debido a su enfermedad, muchas personas con VIH han visto vulnerados algunos de sus derechos fundamentales: acceso a servicios de salud, oportunidades de trabajo o entrada como turistas o trabajadores a determinados países.

Así que además de tener que lidiar con las reacciones adversas de los medicamentos, tienen que soportar el trato que la sociedad les brinda.

Mejorando la adherencia en los pacientes con VIH, disminuirán los días de ausentismo laboral, mostrando que siguen siendo seres valiosos para la sociedad, además que mejorando los pilares de la resiliencia podrán enfrentarse de mejor manera al estigma que los rodea.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Hipótesis alterna

En los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en Toluca, los pilares de la resiliencia menos predominantes son pensamiento crítico y creatividad, y la adherencia terapéutica que presentan es parcial, existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

IV.2 Hipótesis nula

En los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en Toluca, los pilares de la resiliencia menos predominantes son pensamiento crítico y creatividad, y la de adherencia terapéutica que presentan es parcial, no existiendo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Analizar los pilares de la resiliencia, la adherencia terapéutica y la asociación estadística entre ambas variables en los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en Toluca durante el 2019.

V.2 Objetivos específicos

- Categorizar los pilares de la resiliencia
- Valorar el nivel de adherencia terapéutica
- Identificar la asociación entre resiliencia y adherencia terapéutica
- Identificar la adherencia terapéutica y los fármacos que causan las reacciones adversas más frecuentes
- Identificar los pilares de la resiliencia y el estado civil
- Describir los pilares de la resiliencia por grupo de edad
- Determinar los pilares de la resiliencia y la escolaridad
- Determinar los pilares de la resiliencia con el sexo de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana
- Identificar la adherencia terapéutica y el estado civil
- Describir la adherencia terapéutica por grupo de edad
- Determinar la adherencia terapéutica y la escolaridad
- Contrastar la adherencia terapéutica con el sexo de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

Observacional, prospectivo, transversal y analítico.

VI. 2 Diseño de estudio

El estudio fue observacional secundario al tiempo que no se contó con los recursos para brindar la terapia indicada para mejorar los pilares, por lo mismo se realizó sólo una medición porque no hubo resultados de comparación.

Previa autorización del director del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual y del Jefe de Jurisdicción, se solicitó el consentimiento informado de la persona que aceptó participar en el estudio, posteriormente se aplicó la cédula de recolección de datos, donde se obtuvieron los datos sociodemográficos, y se dieron los instrumentos de investigación para que el paciente responda lo solicitado.

Se obtuvieron datos paraclínicos del expediente clínico y se completó la cédula de recolección de datos.

Se ordenaron los datos, se realizó estadística descriptiva y estadística inferencial de acuerdo con el tipo de variables.

Se presentaron los resultados en cuadros y gráficas correspondientes.

VI. 3 Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo y nivel de medición	Indicadores	Ítem
Pilares de la resiliencia	Componentes que posee la resiliencia y que permiten poder hacer frente a situaciones adversas del individuo.	Elementos tales como la introspección, independencia, interacción, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y el pensamiento crítico en las personas con VIH que les permite lograr una adherencia terapéutica.	Cualitativa nominal	<p>Resiliencia Positiva (>217) Negativa (<216)</p> <p>Introspección Excelente (48-60) Bueno (36-47) Regular (26- 35) Malo (12-25) Pésimo (0-11)</p> <p>Independencia Excelente (39-48) Bueno (29-38) Regular (19-28) Malo (9-18) Pésimo (0-8)</p> <p>Interacción Excelente (39-48) Bueno (29-38) Regular (19-28) Malo (9-18) Pésimo (0-8)</p> <p>Iniciativa Excelente (36-44) Bueno (27-35) Regular (18-26) Malo (9-17) Pésimo (0-8)</p>	<p>Cuestionario de resiliencia modificado de Peralta y cols. 1-90</p> <p>1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73, 81, 85, 88, 89 y 90</p> <p>4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68, 76, 84 y 87</p> <p>2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58,59, 66, 74 y 82</p> <p>3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 67, 75, 83 y 86</p>

				<p>Humor Excelente (32-40) Bueno (24-31) Regular (16-23) Malo (8-15) Pésimo (0-7)</p> <p>Creatividad Excelente (36-44) Bueno (27-35) Regular (18-26) Malo (9-17) Pésimo (0-8)</p> <p>Moralidad Excelente (32-40) Bueno (24-31) Regular (16-23) Malo (8-15) Pésimo (0-7)</p> <p>Pensamiento crítico Excelente (36-44) Bueno (27-35) Regular (18-26) Malo (9-17) Pésimo (0-8)</p>	<p>5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69 y 77</p> <p>6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70 y 78</p> <p>7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71 y 79</p> <p>8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72 y 80</p>
Adherencia terapéutica	Grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria	Grado en que el comportamiento de una persona VIH sigue las recomendaciones del personal sanitario, valorando las competencias conductuales pasadas, conductas presentes, conductas de adhesión y motivos.	Cualitativa nominal	Adherencia total (38-48) Adherencia parcial (18-37) No adheridos(0-17)	Cuestionario de Martin- Bayarre-Grau 1-12
Grupo de edad	Años de vida cronológica de una persona	Años cumplidos de la persona.	Cuantitativa discreta.	18-22 23-27 28-32	Cédula de recolección de datos parte I

				33-37 42-47 48-52 53 -55	
Sexo	Determinación biológica física que determinan si es macho y hembra, varón o mujer	Determinación biológica física que determinan si la persona VIH es hombre o mujer.	Cualitativa nominal	Mujer Hombre	Cédula de recolección de datos parte I
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Condición de una persona VIH según el registro civil en función de si tiene o no pareja en situación legal respecto.	Cualitativa nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión libre Madre soltera	Cédula de recolección de datos parte I
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza. Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes	Nivel máximo de estudios escolares concluidos.	Cualitativa nominal	Analfabeta Primaria Primaria inconclusa Secundaria Secundaria inconclusa Preparatoria Preparatoria inconclusa Licenciatura Licenciatura inconclusa Posgrado	Cédula de recolección de datos parte I
Reacciones adversas	Cualquier manifestación que sea nociva y fortuita y que ocurra a dosis	Cualquier manifestación que presente el paciente VIH que dificulte la toma adecuada del	Cualitativa nominal	Vómito Náuseas Cefalea Cansancio Neuropatía.	Cédula de recolección de datos parte II

	apropiadas del medicamento indicado, en su uso profiláctico, diagnóstico o terapéutico en el hombre.	medicamento o que provoque uso de otros fármacos para su control.		Rash Diarrea Dislipidemia Resistencia a la insulina Lipodistrofia Hepatotoxicidad. Otro	
Grupo de fármaco	Agrupación de fármacos con características en común	Agrupación de fármacos utilizados para el tratamiento de VIH/SIDA	Cualitativa nominal	Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz Abacavir+Lamivudina+ Dolutegravir Otro	Cédula de recolección de datos parte II

VI.4 Universo de trabajo

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia, considerando a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y que llegaron durante el periodo de junio a septiembre de 2019.

VI.4.1 Criterios de inclusión

Hombres y mujeres que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención Del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual que eran portadores de virus de inmunodeficiencia humana con tratamiento mayor a 6 meses, de 18 años y más de edad, que aceptaron participar el estudio y firmaron el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión

Hombres y mujeres que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención Del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual que no eran portadoras de virus de inmunodeficiencia humana, menores de 18 años o que no aceptaron participar el estudio.

VI.4.3 Criterios de eliminación

Aquellos que entregaron los cuestionarios incompletos y aquellos que desearon retirarse de la investigación.

VI.5 Instrumento de investigación

- Cédula de recolección de datos
- Cuestionario de resiliencia modificado por Peralta y cols. (2006)
- Cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre- Grau (2008)

VI.5.1 Descripción

La cédula de recolección de datos (anexo 3) consta de 15 ítems dividido en dos apartados, el primero en el que se registraron los datos sociodemográficos; nombre, sexo, edad, escolaridad y estado civil. La segunda parte consta de datos que se obtuvieron del expediente clínico, registrando el número del expediente, fecha de diagnóstico de la enfermedad, medicamentos prescritos, posología, reacciones adversas presentadas, comorbilidades, carga viral, conteo de CD4, química sanguínea y perfil de lípidos.

Después se aplicó el cuestionario de adherencia de Martin- Bayarre- Grau (anexo 5) que consiste en 12 afirmaciones que involucraron la definición de adherencia terapéutica, con respuesta tipo Likert que van de siempre, casi siempre, a veces, nunca y casi nunca obteniendo una puntuación de 1 a 4 puntos respectivamente.

Finalmente se encontraba el cuestionario para resiliencia modificado por Peralta y cols. (2006) (anexo 4) el cual consiste en 90 ítems que representan los 8 pilares de la resiliencia que son: introspección, iniciativa, humor, interacción, independencia, creatividad, moralidad y pensamiento crítico. Para su análisis y respuesta viene en formato tipo Likert; nunca, casi nunca, a veces, por lo general y siempre, con un valor de 1 a 5 respectivamente. Se contó con autorización del coautor Andrés

Fernando Ramírez Giraldo y se adecuaron los ítems 8,9,19,27,28,35,43,51,59,75,78,85 y 86 adaptándose los estatutos para personas no universitarias.

VI.5.2 Validación

La cédula de recolección de datos no requiere validación debido a sus características propias, además que es un formato cuya finalidad es vaciar y organizar los datos generales de los pacientes.

El cuestionario de Martin-Bayarre-Grau se ha aplicado en diversos sitios de México y se encuentra validado con un alfa de Cronbach de 0.889.

El cuestionario de resiliencia modificado por Peralta y cols. ha sido validado con un alfa de Cronbach de 0.70.

VI.5.3 Aplicación

La aplicación corrió a cargo de la tesista, la cédula de recolección de datos se llenó personalmente por ella. La encuesta fue entregada al paciente, se explicó cómo contestarla, y se realizó directamente por la persona, se brindó apoyo y consejería en caso de que fuera necesario.

VI.6 Límite de tiempo y espacio

Tiempo: La investigación se realizó de junio 2019 a septiembre 2019.

Lugar: Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención Del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual ubicado en el municipio de Toluca.

VI.7 Desarrollo del Proyecto

Una vez que los pacientes aceptaron participar en el proyecto se aplicaron los instrumentos de investigación, se ordenaron los datos, se realizó la base de datos, se diseñaron las tablas y los gráficos, se redactaron las conclusiones y las recomendaciones de acuerdo con los resultados obtenidos.

VI. 8 Diseño estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y con ello la obtención de medidas de tendencia central y frecuencia.

Se determinó la asociación estadística a través de chi cuadrada entre las variables dependiente e independiente.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Ana Laura Gutiérrez Martin

Directora de tesis: Esp. En S.P. Nancy Cedillo Villavicencio.

Colaborador: Andrés Fernando Ramírez Giraldo (coautor del instrumento de resiliencia que permitió la adecuación a personas no universitarias)

Para fines de publicación o presentación en foros académicos la tesista siempre será la primera autora y la directora la coautor.

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Con base en los derechos de los participantes y con fundamento en la Asociación Médica Mundial que ha promulgado la Declaración de Helsinki en su última revisión Fortaleza Brasil 2013; esta investigación se realizó con ética y siempre protegiendo los derechos de los participantes, su intimidad y dignidad.

Enfatizando el propósito principal de la investigación médica en seres humanos, el cual es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades, así como, mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Se hará hincapié en que su decisión no afectará el tratamiento o trato hacia su persona, se mantendrá el respeto y protegerán su salud y sus derechos individuales y en ningún momento la investigación será más importante que lo mencionado.

La información es estrictamente confidencial, y el objetivo es generar nuevos conocimientos, pero pueden consultar sus resultados cuando lo deseen y podrán retirarse del proyecto cuando lo soliciten sin represalias.

Antes de realizar la entrevista, se les otorgará el consentimiento informado y se les explicará la importancia del estudio, el procedimiento que se realizará a lo largo de 6 meses, en qué consistirán las intervenciones y firmarán de manera libre sabiendo que se respetará su decisión.

Las entrevistas se realizarán en solitario y los resultados permanecerán anónimos, al menos que el participante desee compartirlos.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El trabajo de investigación se realizó en 35 personas con diagnóstico de VIH/SIDA a los cuales se les aplicaron los instrumentos de investigación, se analizaron los datos obteniendo los siguientes resultados:

Se denominó pilar predominante cuando la mayoría de la población obtuvo un puntaje que lo coloca en nivel excelente (e) o bueno (b), y no predominante cuando se ubican en nivel regular (r) o malo (m).

De acuerdo con el nivel de adherencia terapéutica, el 88.6% presentaron adherencia total, teniendo como pilar más predominante introspección (e=14.3%, b=62.9%) y como pilar menos predominante independencia (r=60%.m =11.4%).

El 11.4% de la población presentó adherencia parcial, en cuatro pilares los 4 participantes obtuvieron puntajes en nivel regular o malo, los cuales fueron: independencia (r=8.6%, m=2.9%), iniciativa (r=8.6%, m=2.9%) y pensamiento crítico (r=8.6%, m=2.9%).

Tras aplicar la prueba chi cuadrada (χ^2), debido a que se encuentra una casilla con frecuencia esperada menor a 1, se procedió a realizar una corrección de Yates, encontrando; Introspección ($\chi^2 = 0.97$, gl=3, p=0.8), independencia ($\chi^2 = 0.09$, gl=3, p=0.99), interacción ($\chi^2 = 0.21$, gl=3, p=0.97), iniciativa ($\chi^2 = 0.74$, gl=3, p=0.86), humor ($\chi^2 = 1.76$, gl=3, p=0.62), creatividad ($\chi^2 = 2.12$, gl=3, p=0.54), moralidad ($\chi^2 = 0.59$, gl=3, p=0.89) y pensamiento crítico ($\chi^2 = 0.27$, gl=3, p=0.96).

Por lo que se acepta la hipótesis nula; ninguno de los pilares de la resiliencia se asocia estadísticamente con la adherencia terapéutica (cuadro 1, gráfica 1.A-1.H).

En general sin distinción de tipo de adherencia terapéutica, al categorizar los pilares de la resiliencia, el más predominante fue introspección (e= 17.1%, b=65.7%)

mientras que el menos predominante fue creatividad ($r= 22.9\%$, $m=62.9\%$) (cuadro 2, gráfica 2).

Al valorar el nivel de adherencia terapéutica con el instrumento el 88.6% de los entrevistados calificaron como adherencia total y 11.4% con adherencia parcial (cuadro 3, gráfica 3).

El instrumento de resiliencia permitió además de categorizar los pilares de la resiliencia identificar resiliencia positiva o negativa, encontrando que aquellos con adherencia total el 51.4% de los entrevistados presentaron resiliencia positiva y 37.1% resiliencia negativa, mientras que aquellos con adherencia parcial se distribuyeron equitativamente en resiliencia positiva y negativa con 5.7% cada uno ($\chi^2 =0.05$, $gl=1$, $p=0.81$).

Demostrando que no hay asociación estadística entre resiliencia y adherencia terapéutica (cuadro 4, gráfica 4).

El tratamiento que se administró a la mayoría de los pacientes fue la combinación Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz representando al 57.1% de la población, teniendo una razón 5.6:1 con respecto a la adherencia total (48.6%) y adherencia parcial (8.6%), el tratamiento con abacavir, lamivudina y dolutegravir presentó una razón 13:1 en los mismos rubros (cuadro 5, gráfica 5).

El 60% de los participantes fueron solteros obteniendo como pilar más predominante introspección ($e= 11.4\%$, $b= 42.9\%$) y el menos predominante pensamiento crítico ($r=34.3\%$, $m=17.1\%$).

Los casados tuvieron como pilares menos predominantes pensamiento crítico e independencia, ambos con 11.4% en regular, y el pilar más predominante fue introspección con 8.6% de los entrevistados (cuadro 6, gráfica 6.A- 6.H).

Los pilares de la resiliencia más predominantes que se describieron por grupo de edad fueron: de 18 a 22 años introspección (b=5.7%); de 23-27 años introspección (e=5.7%, b=11.4%); 28 a 32 años, introspección (e=5.7%, b=31.4%); 33-37 años no se halló pilar de resiliencia predominante; 38 a 42 años, introspección (b=5.75); 43 a 47 años independencia (b=5.7%); 48 a 52 años humor (b=8.6%) (cuadro 7, gráfica 7.A- 7.H).

Por escolaridad se determinaron los siguientes pilares de la resiliencia menos predominantes: primaria humor (r=2.9%, m=5.7%); primaria incompleta, independencia (r=5.7%, m=2.9%) y pensamiento crítico (r=8.6%); secundaria, independencia (r=8.6%); secundaria incompleta, humor (r=17.1%); preparatoria incompleta, independencia (r=8.6%, m=2.9%); licenciatura, pensamiento crítico (r=11.4%, m=5.7%); licenciatura incompleta, pensamiento crítico (r=5.7%) (cuadro 8, gráfica 8.A- 8.H).

Las mujeres y los hombres tuvieron como pilares más predominantes introspección, con e=4.7%, b=20% y e=11.4%, b= 45.7%, respectivamente. En cuanto a los pilares menos predominantes en las mujeres fue creatividad (r=25.7%, m=8.6%), y en los hombres pensamiento crítico (r= 40%, m=17.1%) (cuadro 9, gráfica 7.A- 7.H).

La adherencia terapéutica por estado civil muestra que en aquellos con adherencia total 51.4% fueron solteros, 8.6% casados, 5.7% divorciados, 5.7% separados, 5.7% unión libre, 11.4% madre soltera.

Aquellos con adherencia parcial correspondieron 8.6% a solteros y 2.9% a casados (cuadro 10, gráfica 10).

De acuerdo con el grupo de edad se encontró lo siguiente: 18-22 años, adherencia total 5.7% y adherencia parcial 2.9%; 23-27 años, adherencia total 14.3% y

adherencia parcial 5.7%; 28-32 años adherencia total 40%; 33-37 años, adherencia total 2.9%, adherencia parcial 2.9%.

Sólo hubo entrevistados con adherencia total en los grupos 38-42, 43- 47, 48-51 y 53-58 con 5.7%, 8.6%, 8.6% y 2.9% respectivamente (cuadro 11, gráfica 11).

Aquellos participantes con adherencia total muestran la siguiente escolaridad: 5.7% la primaria, 8.6% primaria incompleta, 5.7% la secundaria, 4.7% secundaria incompleta, 25.7% la preparatoria, 11.4% la preparatoria incompleta, 20% la licenciatura, 5.7% la licenciatura incompleta

Mientras que aquellos con adherencia parcial tenían 2.9% primaria, 2.9% secundaria y 5.7% secundaria incompleta (cuadro 12, gráfica 12).

En cuanto a la adherencia terapéutica contrastada por sexo, las mujeres representaron 31.4% adherencia total y 2.9% adherencia parcial, y los hombres 57.1% adherencia total y 8.6% adherencia parcial (cuadro 13, gráfica 13).

Es de vital importancia llegar a la cero transmisibilidad con la indetectabilidad de la carga viral, ya que de acuerdo con la Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2015), al alcanzar 90% de éxito con los pacientes, en 10 años se podría erradicar la pandemia de VIH/SIDA (32).

DISCUSIÓN

De acuerdo a Centers for Disease Control and Prevention (2018) los pacientes con una buena adherencia terapéutica deben alcanzar una carga viral indetectable a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, sin embargo, al valorar el nivel de adherencia terapéutica con el instrumento el 88.6% de los entrevistados calificaron como adherencia total, de estos sólo el 28.6% se encontraron indetectables, ya que todos llevan más de 6 meses de tratamiento deberían de haber llegado a ese estado, mostrando falta de adherencia o resistencia al tratamiento (33).

Los hallazgos de Noghan et al (2018) demuestran que uno de los factores determinantes para la adherencia en enfermedades crónicas, como insuficiencia renal, es la resiliencia ($p=0.032$), sin embargo, no parece ser determinante en la muestra, de igual forma los pacientes que mostraron una carga viral indetectable, el 40% eran no resilientes (34).

Debido a que hay numerosos métodos para determinar la resiliencia, o muchos estudios sólo toman varios aspectos de la personalidad, es complicado encontrar información de los pilares de la resiliencia y la adherencia en el tratamiento de VIH, sin embargo, Dulin J, Dale S, Earnshaw V, Fava J (2018) mencionan en un metanálisis que una de las características individuales, la autoeficiencia se asocia estrechamente con una buena adherencia terapéutica a los antiretrovirales, en los hallazgos obtenidos en este estudio los pilares más predominantes fueron introspección y moralidad, y en los menos predominantes se encontraba la independencia, la cual es similar a la autoeficiencia descrita en los estudios mencionados (35).

En enfermedades crónicas se ha visto que la concientización es crítica para una adecuada adherencia terapéutica, con una asociación de $p<0.001$, así que, aunque la población estudiada no haya tenido predominantemente independencia, sí introspección, siendo el pilar más predominante en casi todas las personas, sin que

influyan las otras determinantes, por lo que los hallazgos, aunque no hayan presentado una asociación estadística significativa, concuerdan con lo reportado por Axelsson M (2011) (36).

Ortego C, Huego Medina T, Santos P, Rodriguez Sevilla L, (2012) muestra que las mujeres tienen mayor riesgo de no tener una adecuada adherencia terapéutica, principalmente porque temen al estigma social del VIH, esto no era diferente con las mujeres que estaban embarazadas, en el estudio realizado no se puede hacer una comparación directa entre los sexos y la adherencia terapéutica debido a que no se entrevistaron el mismo número de hombres y que de mujeres (37).

Iacob SA, Iacob DG y Jugulete G (2017) reportan que el 94% de los pacientes presenta algún evento adverso secundario a la terapia antiretroviral, al momento de realizar las entrevistas muchos pacientes ignoraban si habían presentado eventos adversos, cuando se les plantearon los más frecuentes, el 97.1% presentó eventos adversos, lo cual es similar a lo reportado en la literatura, de los cuales fueron: 17.% náuseas, 11.4% distensión abdominal, 11.4% cansancio, 8.6% cambios en el gusto, 5.7% vómito, 5.7% cefalea, 2.9% neuropatía, 2.9% rash, 31.4% otro (38).

Las dislipidemias son otro evento adverso común secundario a la terapia antiretroviral, es por ello que se encuentran múltiples guías para el manejo de estas situaciones, entre ellas las creadas por la IDSA, de los entrevistados 17.1% presentó hipercolesterolemia y 40% hipertrigliceridemia, ya que el CAPASITS no cuenta con los medicamentos para manejar estas comorbilidades se les indica a los pacientes que acudan a su centro de salud, los cuales refieren no hacerlo, ya que toma mucho tiempo, sienten discriminación por parte del personal o las personas del centro de salud, o que no tienen medicamento, así que no lo intentan.

Al menos el 50% de los pacientes con VIH son consumidores de alcohol frecuentes, Galvan FH, Bing EG, Fleishman JA, London AS, Caetano R (2002), de los entrevistados sólo 1 persona reconoció el alcoholismo como un problema, era

resiliente con todos los pilares en nivel bueno menos pensamiento crítico y humor en nivel regular, además presentaba carga viral casi indetectable, con 60 copias/mL y conteo de CD4 de 419 (39).

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1

Pilares de la resiliencia y adherencia terapéutica en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.

Pilares de la resiliencia	Adherencia terapéutica	Adherencia Total		Adherencia parcial		Total	
		F	%	F	%	F	%
Introspección	E	5	14.3	1	2.9	6	17.1
	B	22	62.9	1	2.9	23	65.7
	R	3	8.6	1	2.9	4	11.4
	M	1	2.9	1	2.9	2	5.7
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Independencia	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B	6	17.1	0	0.0	6	17.1
	R	21	60.0	3	8.6	24	68.6
	M	4	11.4	1	2.9	5	14.3
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Interacción	E	7	20.0	1	2.9	8	22.9
	B	12	34.3	1	2.9	13	37.1
	R	12	34.3	2	5.7	14	40.0
	M	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Iniciativa	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B	12	34.3	0	0.0	12	34.3
	R	15	42.9	3	8.6	18	51.4
	M	4	11.4	1	2.9	5	14.3
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Humor	E	1	2.9	0	0.0	1	2.9
	B	8	22.9	2	5.7	10	28.6
	R	16	45.7	2	5.7	18	51.4
	M	6	17.1	0	0.0	6	17.1
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Creatividad	E	1	2.9	0	0.0	1	2.9
	B	8	22.9	0	0.0	8	22.9
	R	18	51.4	4	11.4	22	62.9
	M	4	11.4	0	0.0	4	11.4
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Moralidad	E	3	8.6	0	0.0	3	8.6
	B	18	51.4	2	5.7	20	57.1
	R	8	22.9	2	5.7	10	28.6
	M	2	5.7	0	0.0	2	5.7
Total		31	88.6	4	11.4	35	100
Pensamiento crítico	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B	8	22.9	0	0.0	8	22.9
	R	18	51.4	3	8.6	21	60.0
	M	5	14.3	1	2.9	6	17.1
Total		31	88.6	4	11.4	35	100

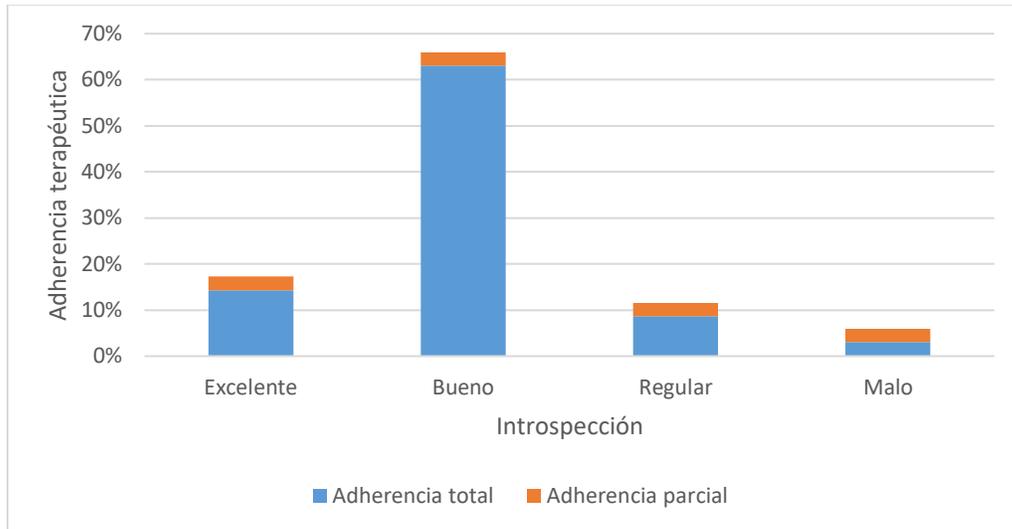
Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje, E =excelente, B= bueno, R = regular, M = malo.

Prueba estadística

Gráfico 1. A

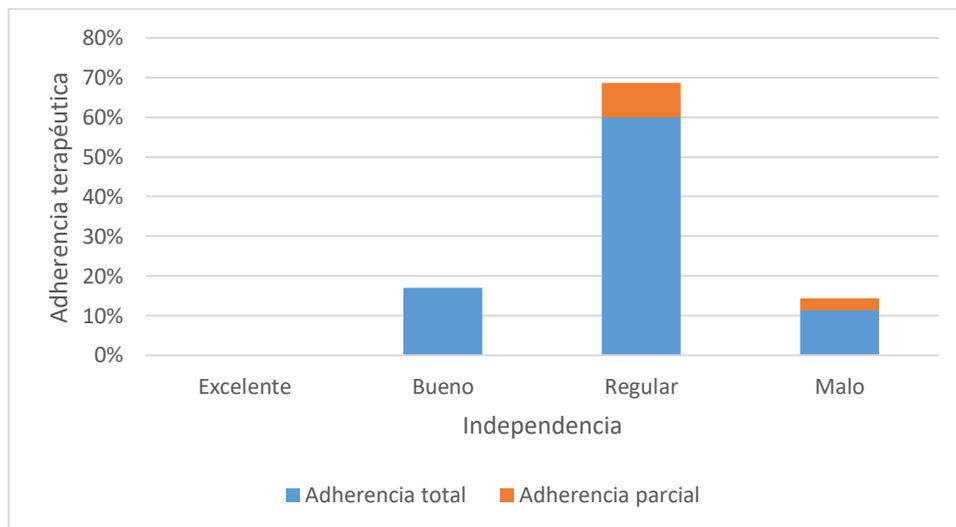
Introspección y adherencia terapéutica en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.1

Gráfico 1. B

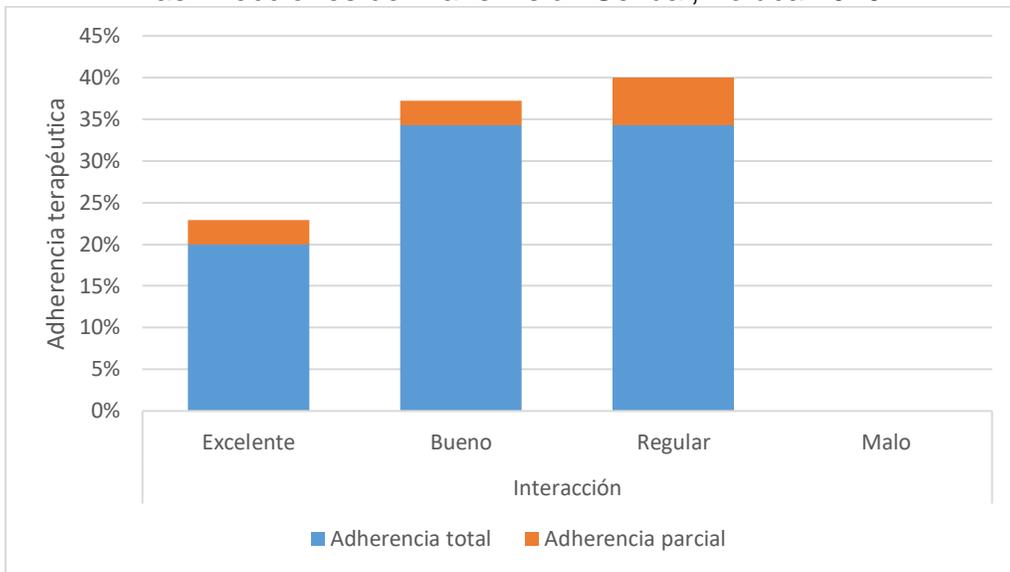
Independencia y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 1

Gráfico 1. C

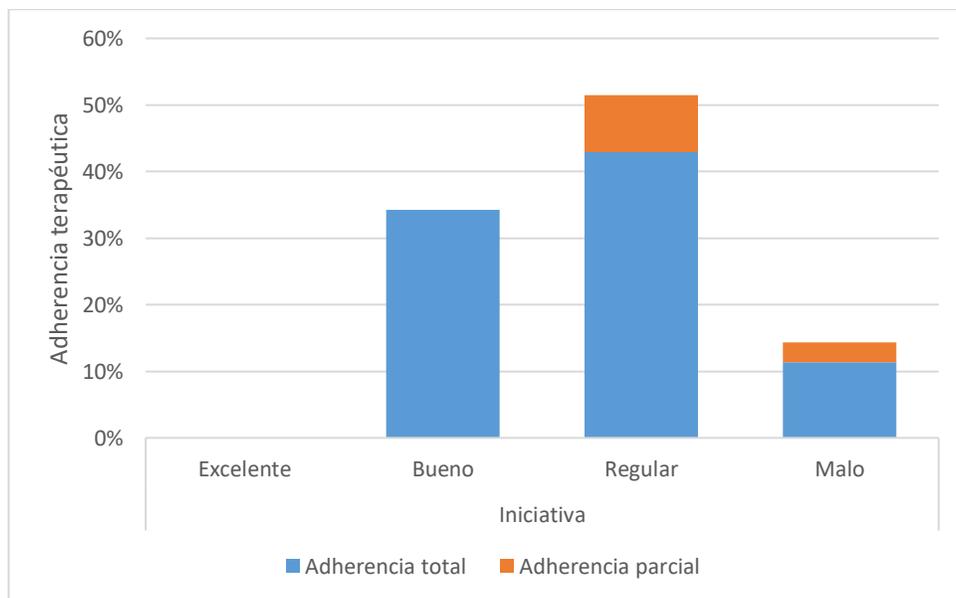
Interacción y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 1

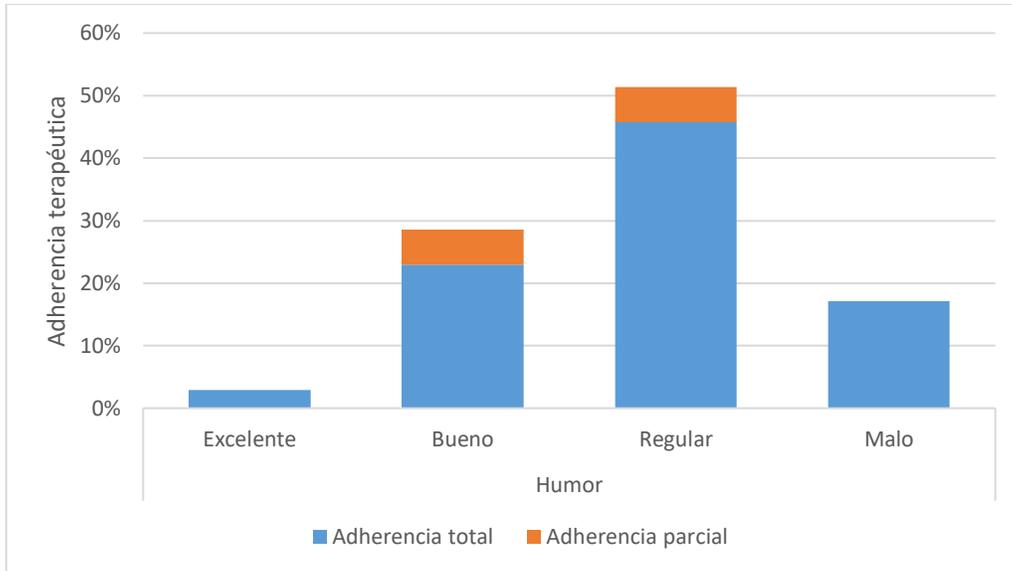
Gráfico 1. D

Iniciativa y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



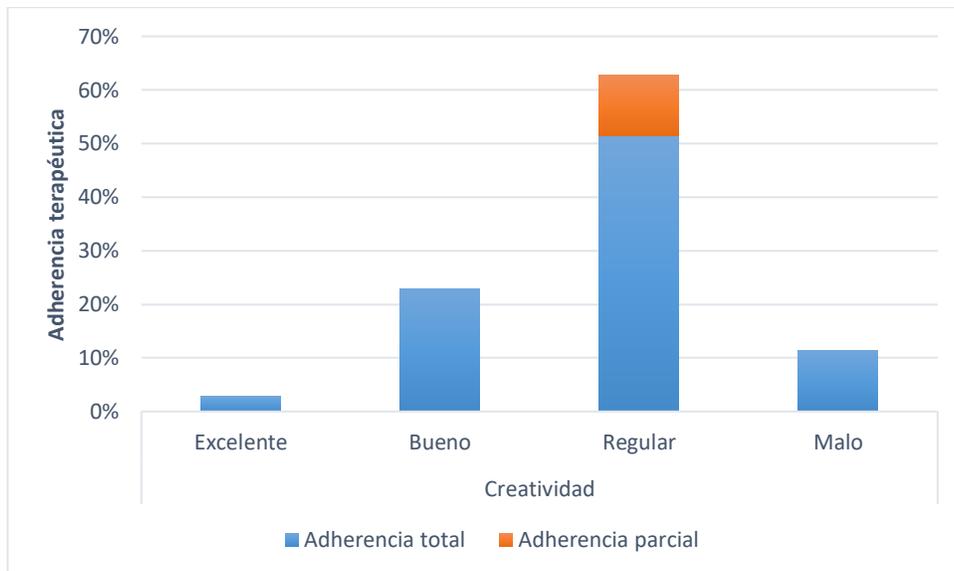
Fuente: Cuadro No. 1

Gráfico 1. E
Humor y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 1

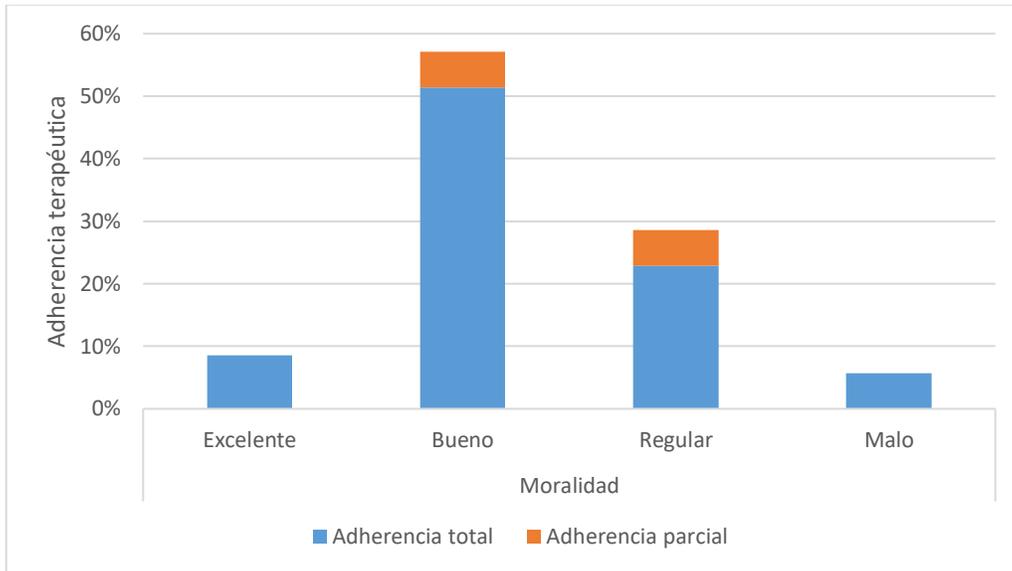
Gráfico 1. F
Creatividad y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 1

Gráfico 1. G

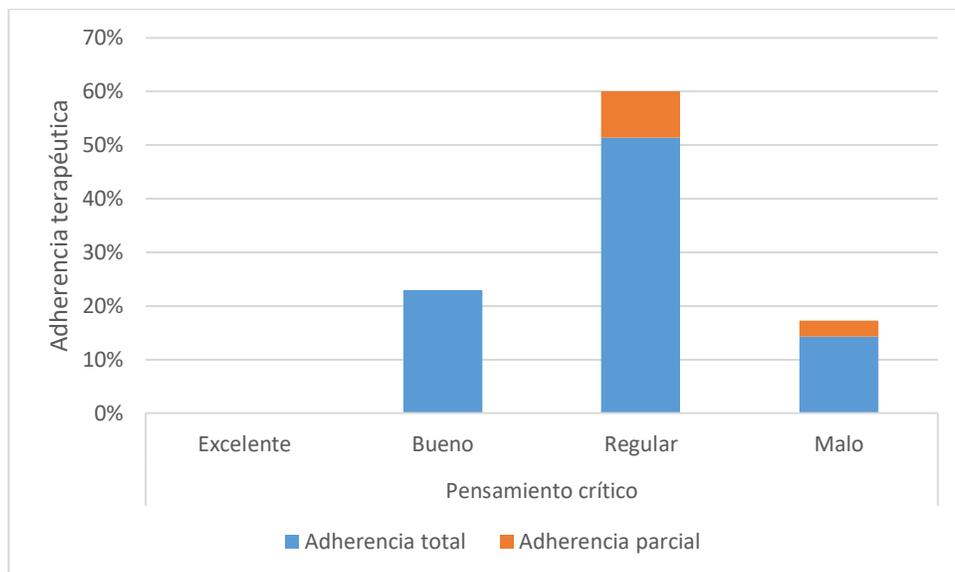
Moralidad y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 1

Gráfico 1. H

Pensamiento crítico y adherencia terapéutica en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

Pilares de la resiliencia en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.

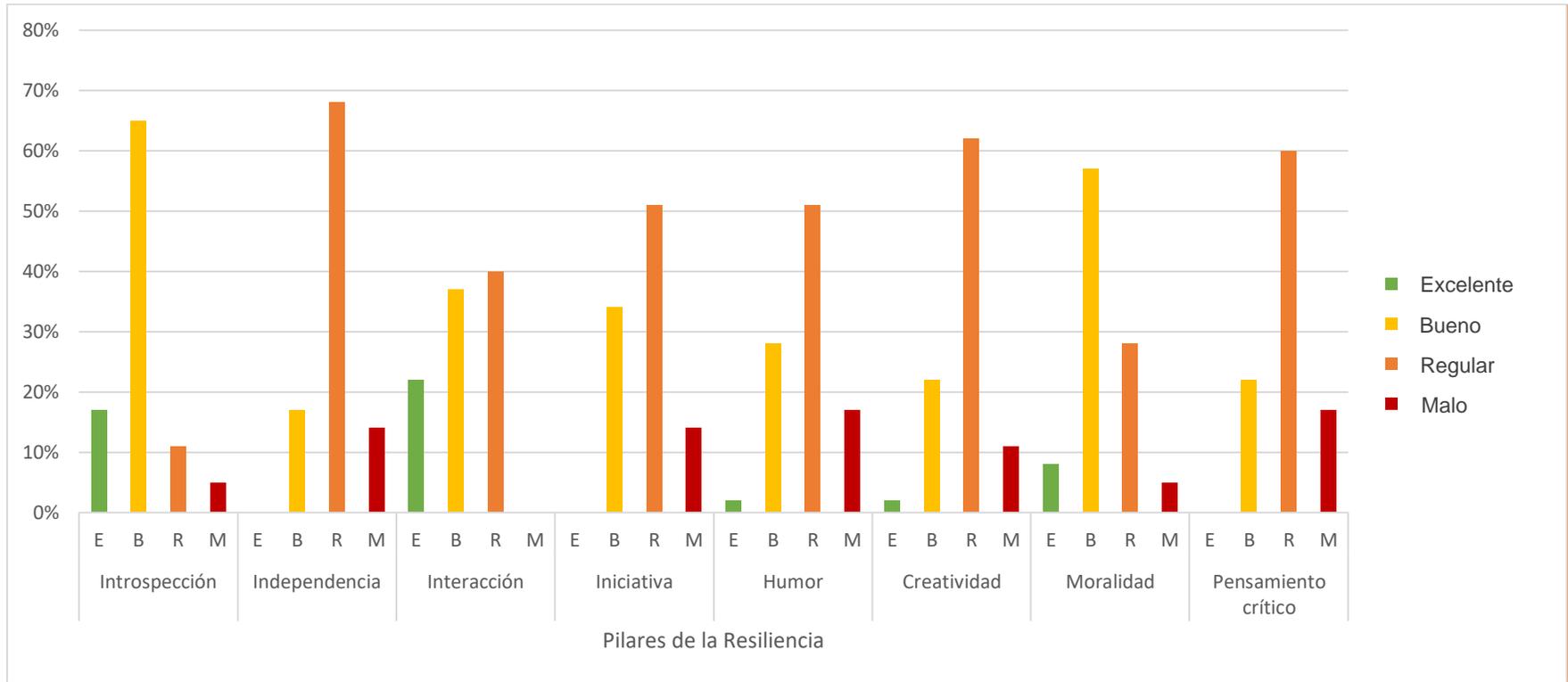
Pilares de la resiliencia		Frecuencia	Porcentaje
Introspección	E	6	17.1
	B	23	65.7
	R	4	11.4
	M	2	5.7
Total		35	100
Independencia	E	0	0.0
	B	6	17.1
	R	24	68.6
	M	5	14.3
Total		35	100
Interacción	E	8	22.9
	B	13	37.1
	R	14	40.0
	M	0	0.0
Total		35	100
Iniciativa	E	0	0
	B	12	34.3
	R	18	51.4
	M	5	14.3
Total		35	100
Humor	E	1	2.9
	B	10	28.6
	R	18	51.4
	M	6	17.1
Total		35	100.0
Creatividad	E	1	2.9
	B	8	22.9
	R	22	62.9
	M	4	11.4
Total		35	100.0
Moralidad	E	3	8.6
	B	20	57.1
	R	10	28.6
	M	2	5.7
Total		35	100.0
Pensamiento crítico	E	0	0.0
	B	8	22.9
	R	21	60.0
	M	6	17.1
Total		35	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: E = excelente, B= bueno, R= regular, M= malo.

Gráfico No. 2

Pilares de la resiliencia en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

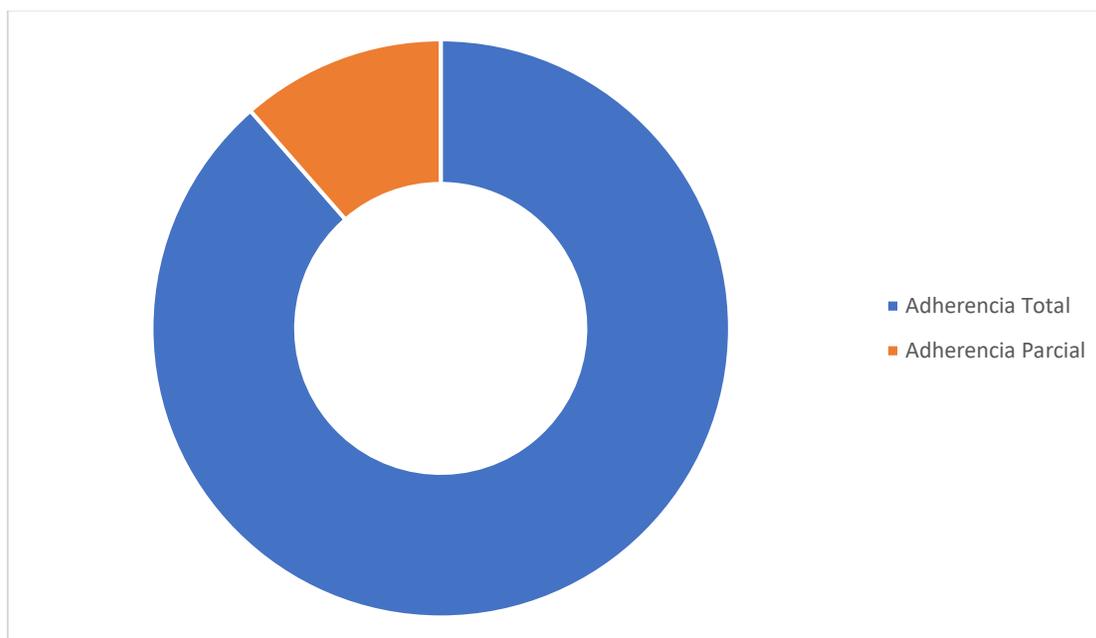
Adherencia terapéutica en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.

Adherencia terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia Total	31	88.6
Adherencia Parcial	4	11.4
Total	100	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 3

Adherencia terapéutica en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro No. 4

Resiliencia y adherencia terapéutica en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.

Adherencia terapéutica	Adherencia Total		Adherencia parcial		Total	
	F	%	F	%	F	%
Resiliencia						
Positiva	18	51.4	2	5.7	20	57.1
Negativa	13	37.1	2	5.7	15	42.9
Total	31	88.6	4	11.4	35	100

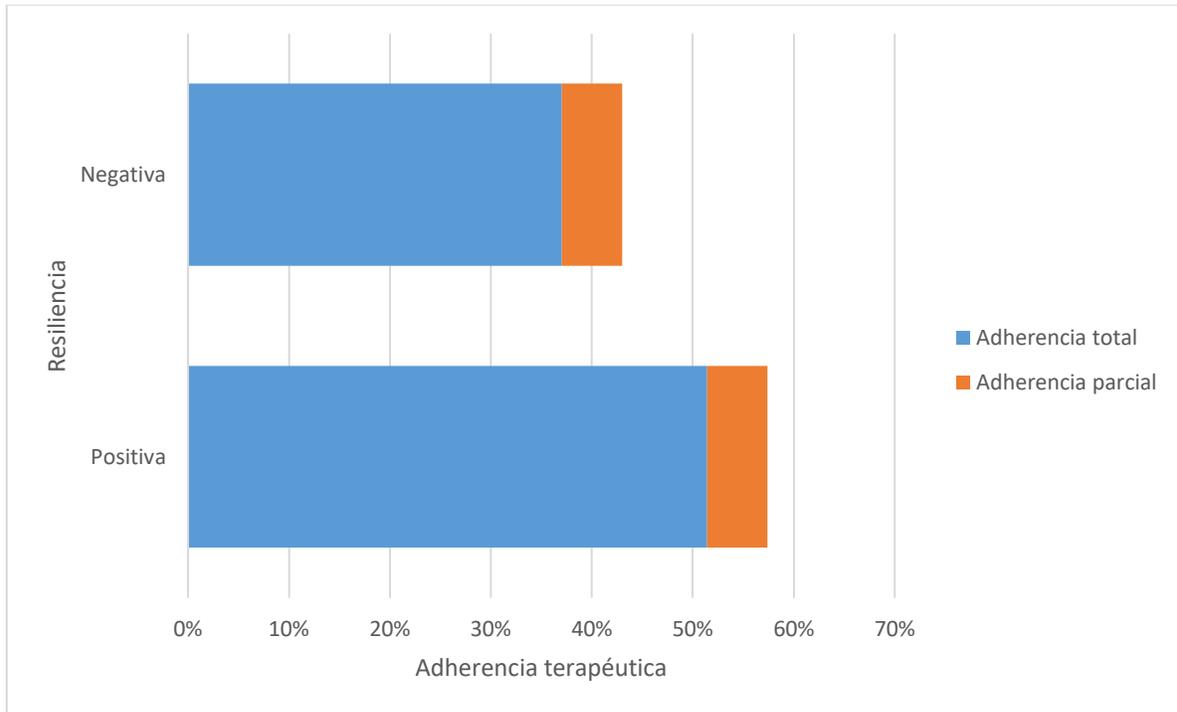
Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Prueba estadística.

Gráfico 4

Resiliencia y adherencia terapéutica en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

Adherencia terapéutica por grupo de fármaco en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.

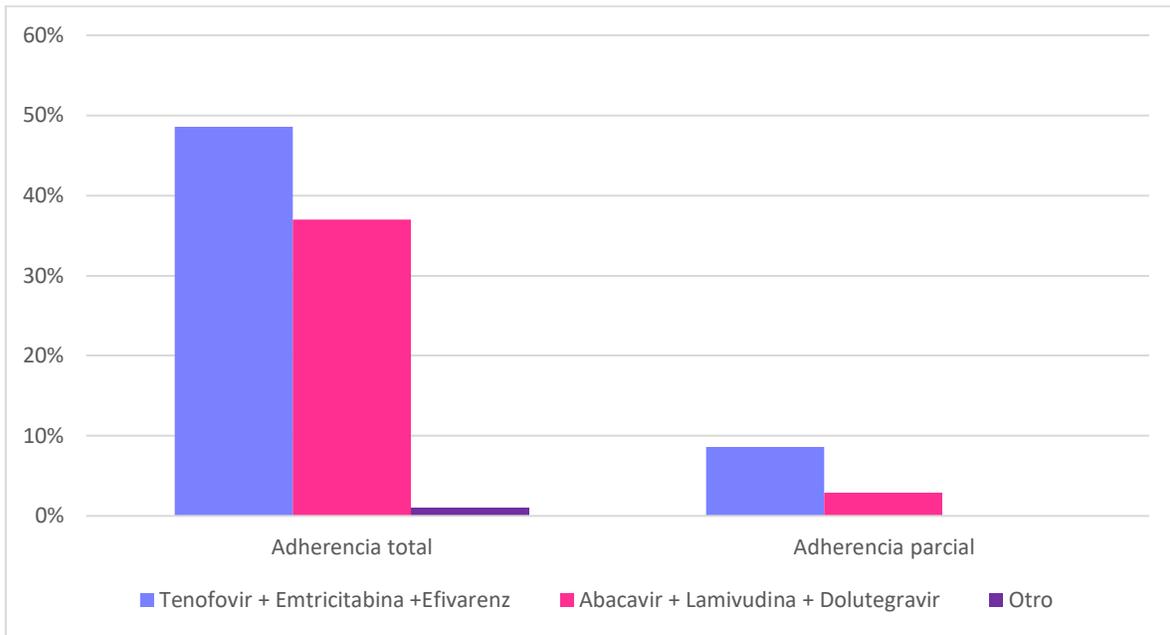
Fármaco	Adherencia total		Adherencia parcial		Total	
	F	%	F	%	F	%
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz	17	48.6	3	8.6	20	57.1
Abacavir + Lamivudina + Dolutegravir	13	37.1	1	2.9	14	40
Otro	1	2.9	0	9	1	2.9
Total	31	88.6	4	11.4	35	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje

Gráfico 5

Adherencia terapéutica por grupo de fármaco en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

Pilares de la resiliencia y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.

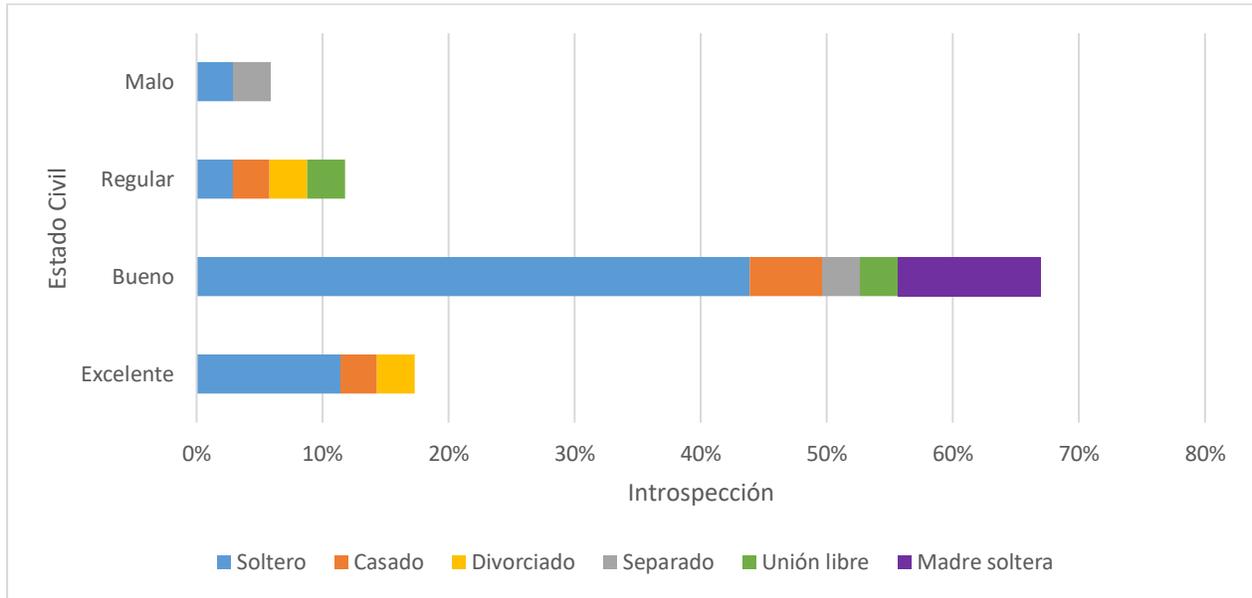
Pilares de la resiliencia		Estado civil		Soltero		Casado		Divorciado		Separado		Unión libre		Madre soltera		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Introspección	E	4	11.4	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0	0	0	6	17.1		
	B	15	42.9	2	5.7	0	0	1	2.9	1	2.9	4	11.4	23	65.7		
	R	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	4	11.4		
	M	1	2.9	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	2	5.7		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Independencia	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0		
	B	5	14.3	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	0	6	17.1		
	R	13	37.1	4	11.4	1	2.9	1	2.9	1	2.9	4	11.4	24	68.6		
	M	3	8.6	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	0	0	5	14.3		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Interacción	E	6	17.1	0	0	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	8	22.9		
	B	10	28.6	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0	13	37.1		
	R	5	14.3	3	8.6	1	2.9	1	2.9	1	2.9	3	8.6	14	40.0		
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Iniciativa	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	B	9	25.7	2	5.7	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	12	34.3		
	R	10	28.6	1	2.9	1	2.9	2	5.7	0	0	3	8.6	18	51.4		
	M	2	5.7	1	2.9	0	0	0	0	1	2.9	1	2.9	5	14.3		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Humor	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9		
	B	8	22.9	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	1	2.9	10	28.6		
	R	8	22.9	3	8.6	1	2.9	1	2.9	2	5.7	3	8.6	18	51.4		
	M	5	14.3	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	0	6	17.1		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Creatividad	E	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9		
	B	6	17.1	1	2.9	0	0	0	0	1	2.9	0	0	8	22.9		
	R	13	37.1	2	5.7	1	2.9	2	5.7	0	0	4	11.4	22	62.9		
	M	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	4	11.4		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Moralidad	E	1	2.9	0	0	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0	3	8.6		
	B	14	40.0	2	5.7	0	0	1	2.9	1	2.9	2	5.7	20	57.1		
	R	6	17.1	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	1	2.9	10	28.6		
	M	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	0	1	2.9	2	5.7		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		
Pensamiento crítico	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	B	3	8.6	0	0	1	2.9	0	0	0	0	4	11.4	8	22.9		
	R	12	34.3	4	11.4	1	2.9	2	5.7	2	5.7	0	0	21	60.0		
	M	6	17.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	17.1		
Total		21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100		

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje, E =excelente, B= bueno, R = regular, M = malo.

Gráfico 6. A

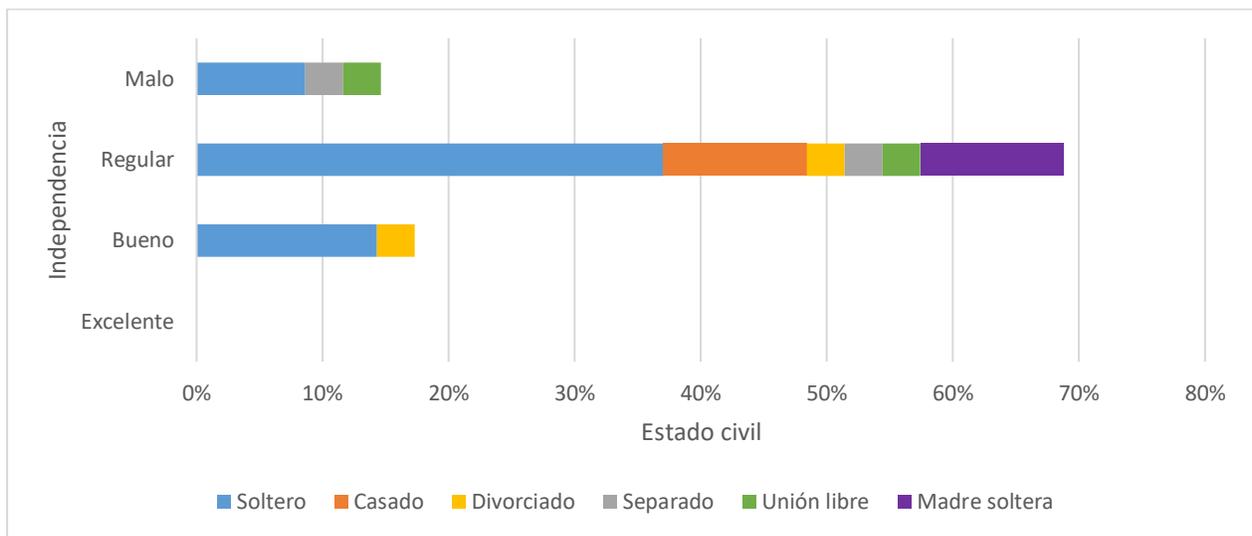
Introspección y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No.6

Gráfico 6.B

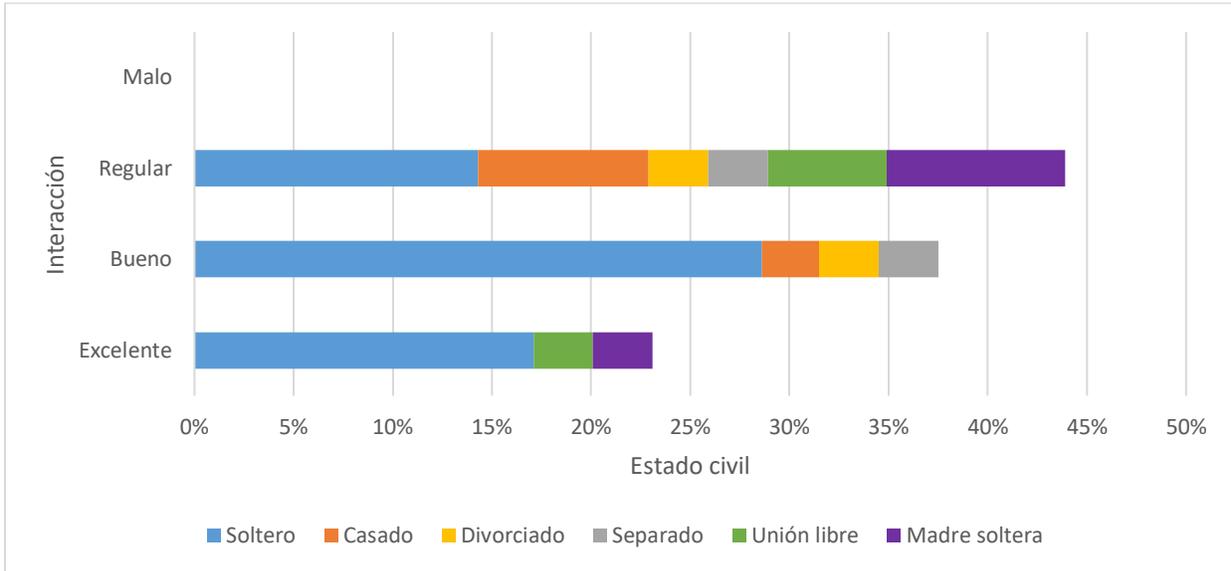
Independencia y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 6

Gráfico 6.C

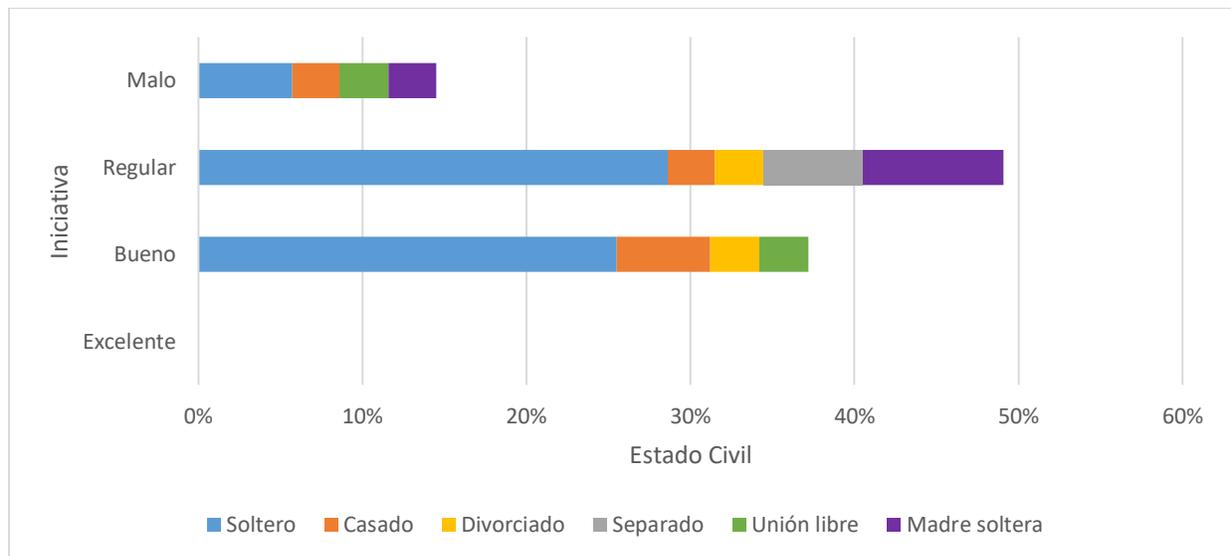
Interacción y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 6

Gráfico 6.D

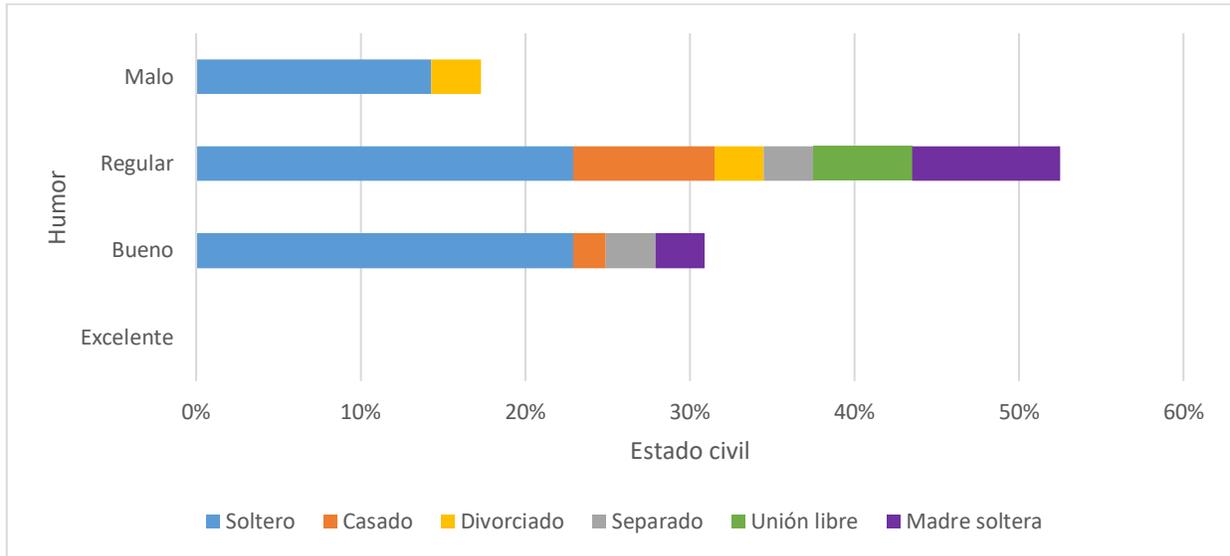
Iniciativa y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.6

Gráfico 6.E

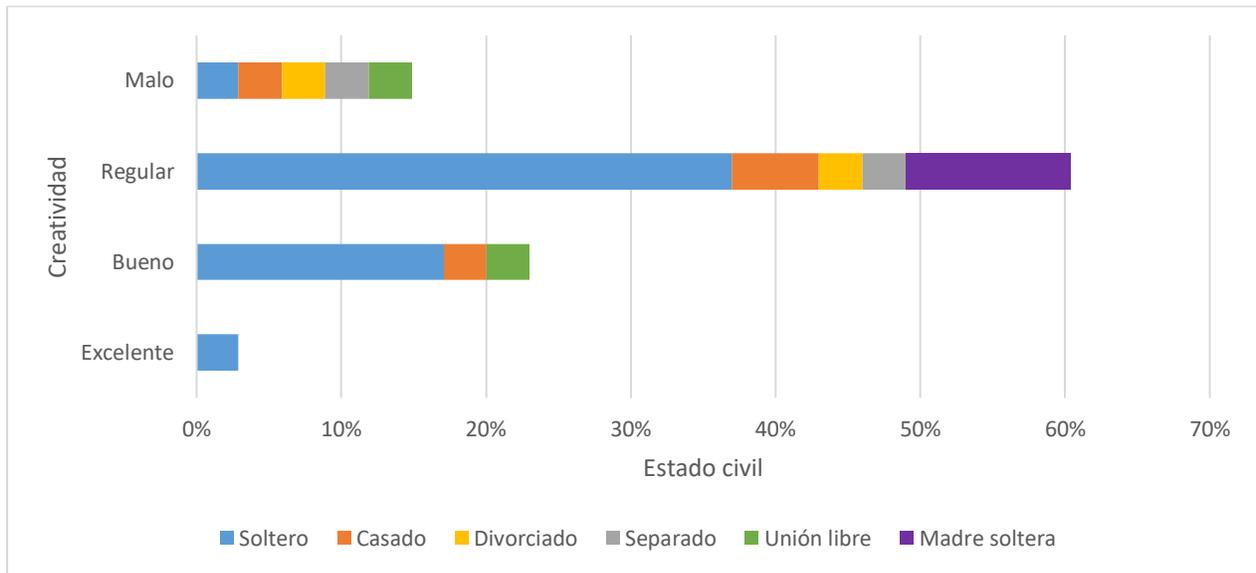
Humor y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.6

Gráfico 6.F

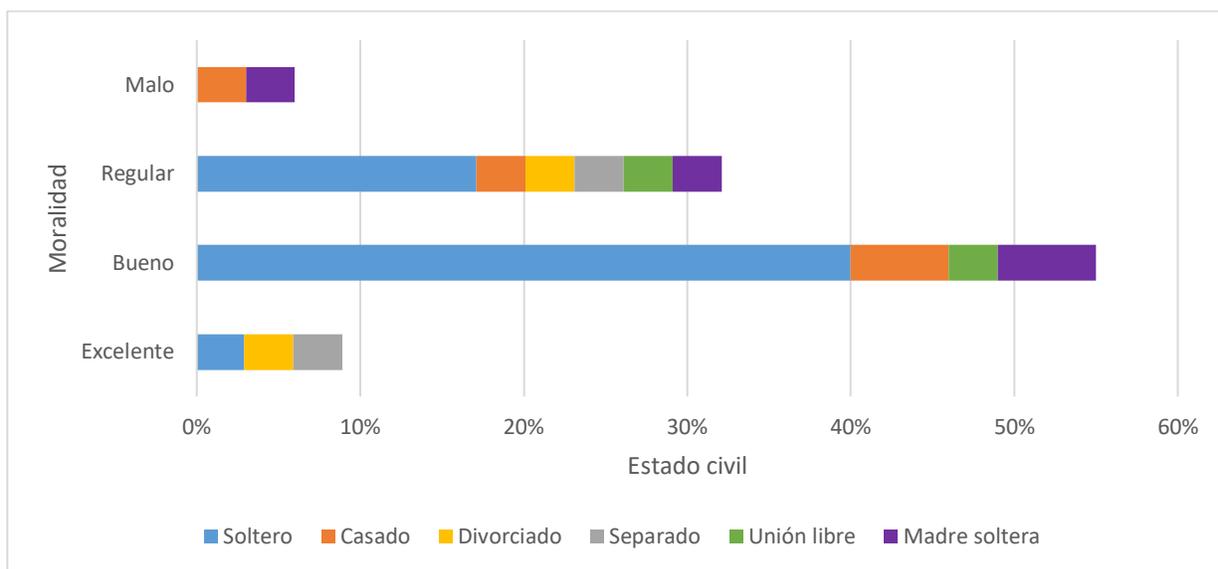
Creatividad y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.6

Gráfico 6.G

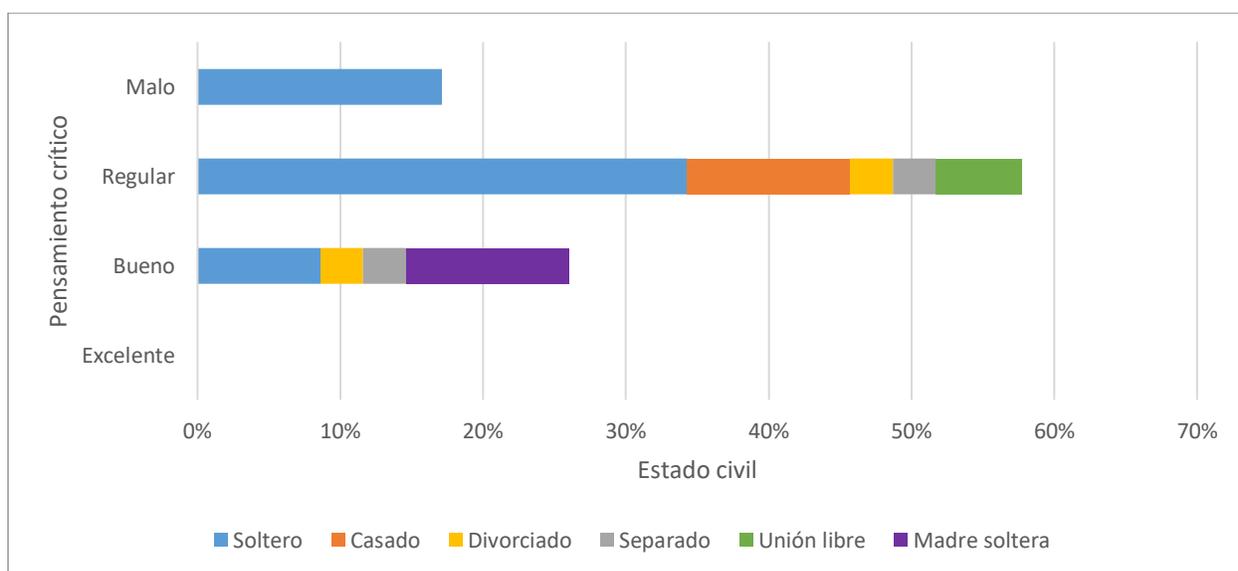
Moralidad y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 6

Gráfico 6.H

Pensamiento crítico y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.6

Cuadro No. 7

Pilares de la resiliencia por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

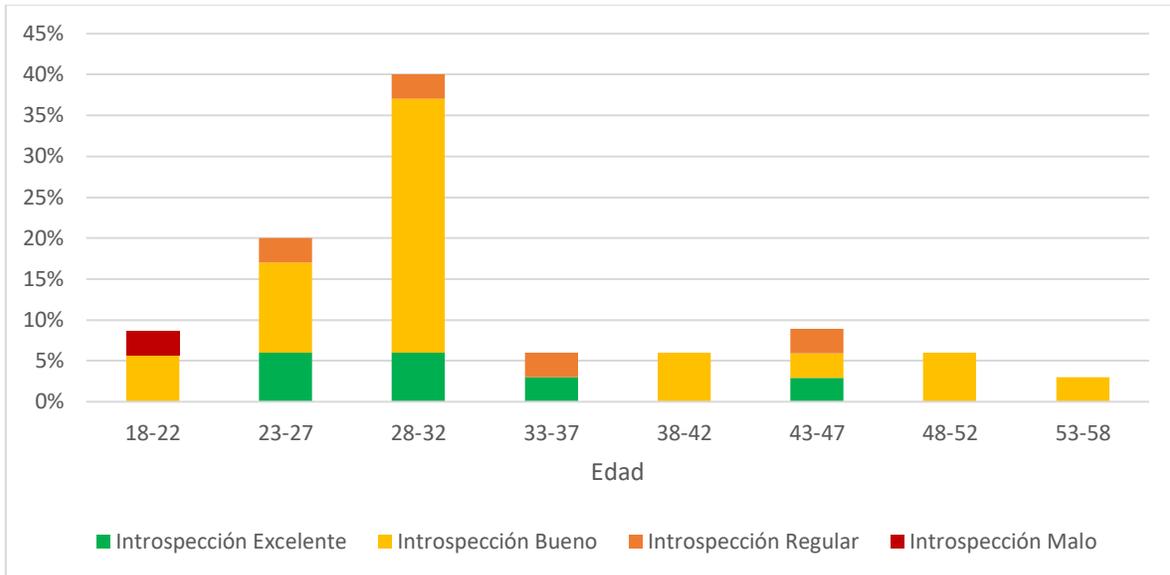
Grupo de edad		18-22		23-27		28-32		33-37		38-42		43-47		48-52		53-58		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Introspección	E	0	0.0	2	5.7	2	5.7	1	2.9	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	6	17.1
	B	2	5.7	4	11.4	11	31.4	0	0.0	2	5.7	1	2.9	2	5.7	1	2.9	23	65.7
	R	0	0.0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	4	11.4
	M	1	2.9	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	2	5.7
Total		3	8.6	7.0	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Independencia	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B	0	0.0	0	0.0	3	8.6	0	0.0	1	2.9	2	5.7	0	0.0	0	0.0	6	17.1
	R	2	5.7	6	17.1	8	22.9	2	5.7	1	2.9	1	2.9	3	8.6	1	2.9	24	68.6
	M	1	2.9	1	2.9	3	8.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	14.3
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Interacción	E	0	0.0	3	8.6	3	8.6	1	2.9	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	22.9
	B	1	2.9	3	8.6	7	20.0	0	0.0	1	2.9	1	2.9	0	0.0	0	0.0	13	37.1
	R	2	5.7	1	2.9	4	11.4	1	2.9	0	0.0	2	5.7	3	8.6	1	2.9	14	40.0
	M	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Iniciativa	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
	B	0	0.0	4	11.4	5	14.3	1	2.9	0	0.0	1	2.9	1	2.9	0	0.0	12	34.3
	R	3	8.6	1	2.9	7	20.0	1	2.9	1	2.9	2	5.7	2	5.7	1	2.9	18	51.4
	M	0	0.0	2	5.7	2	5.7	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	14.3
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Humor	E	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9
	B	1	2.9	2	5.7	4	11.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	8.6	0	0.0	10	28.6
	R	2	5.7	4	11.4	8	22.9	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0.0	1	2.9	18	51.4
	M	0	0.0	0	0.0	2	5.7	1	2.9	1	2.9	2	5.7	0	0.0	0	0.0	6	17.1
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Creatividad	E	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9
	B	0	0.0	1	2.9	5	14.3	1	2.9	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	8	22.9
	R	3	8.6	4	11.4	8	22.9	1	2.9	2	5.7	1	2.9	2	5.7	1	2.9	22	62.9
	M	0	0.0	1	2.9	1	2.9	0	0.0	0	0.0	2	5.7	0	0.0	0	0.0	4	11.4
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Moralidad	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9	1	2.9	0	0.0	3	8.6
	B	1	2.9	6	17.1	10	28.6	0	0.0	2	5.7	1	2.9	0	0.0	0	0.0	20	57.1
	R	2	5.7	1	2.9	3	8.6	1	2.9	0	0.0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	10	28.6
	M	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	2	5.7
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100
Pensamiento crítico	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
	B	1	2.9	1	2.9	4	11.4	1	2.9	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	8	22.9
	R	2	5.7	5	14.3	7	20.0	1	2.9	2	5.7	2	5.7	2	5.7	0	0.0	21	60.0
	M	0	0.0	1	2.9	3	8.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	1	2.9	6	17.1
Total		3	8.6	7	20.0	14	40.0	2.0	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: a= años, F = frecuencia, % = porcentaje, E =excelente, B= bueno, R = regular, M = malo.

Gráfico 7.A

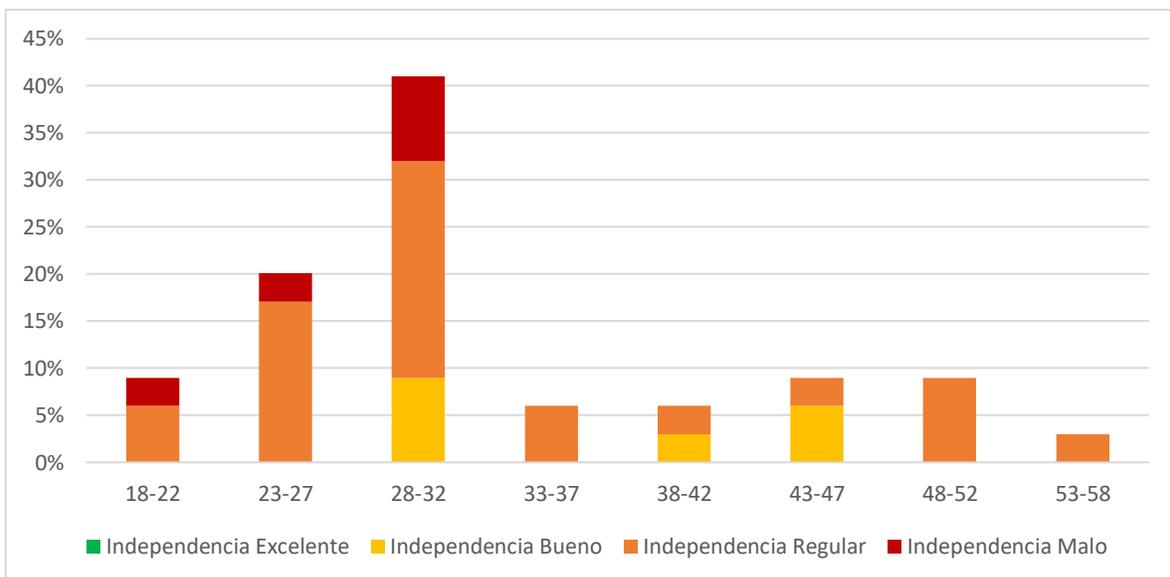
Introspección por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.B

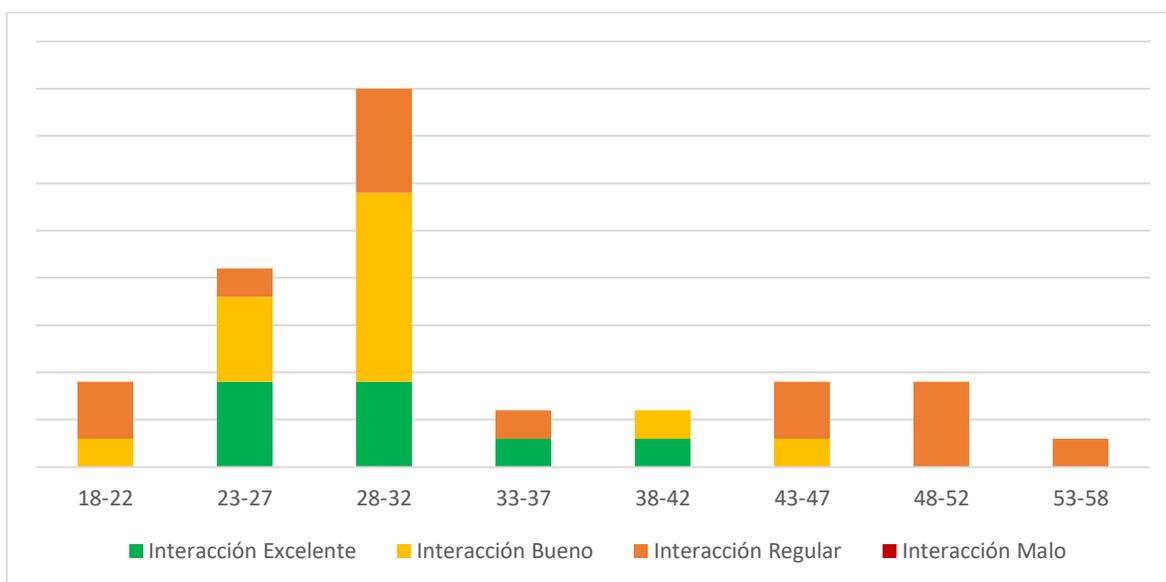
Independencia por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.C

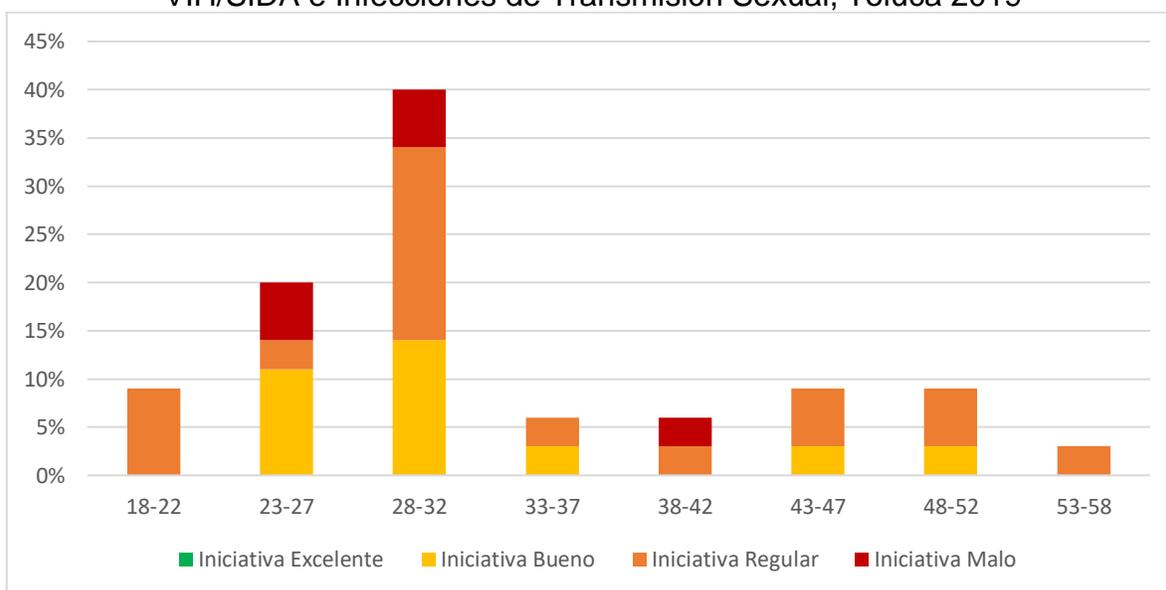
Interacción por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.D

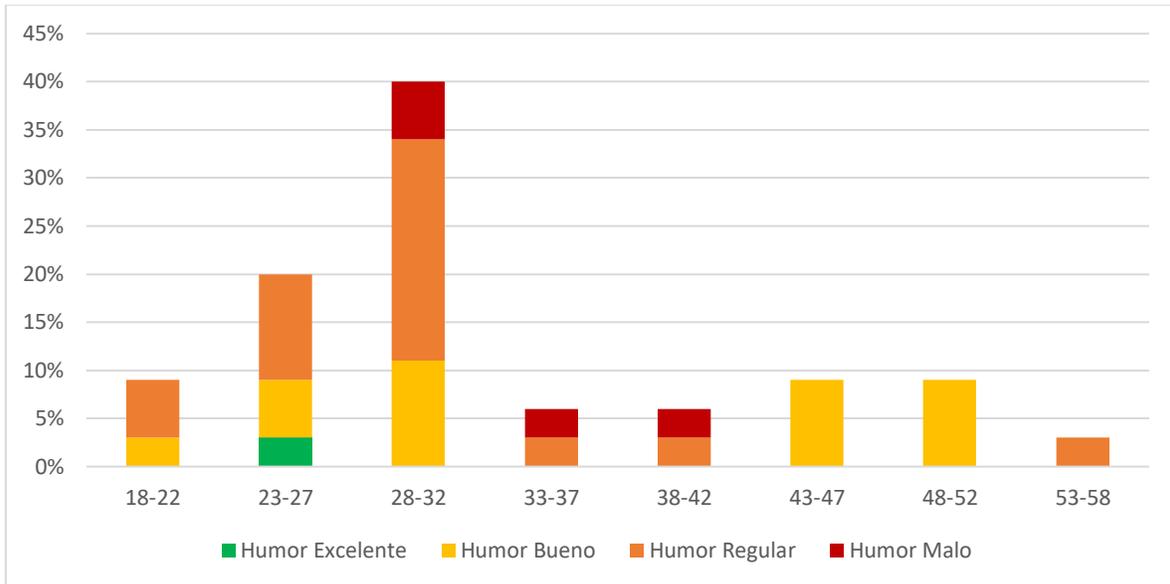
Iniciativa por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.E

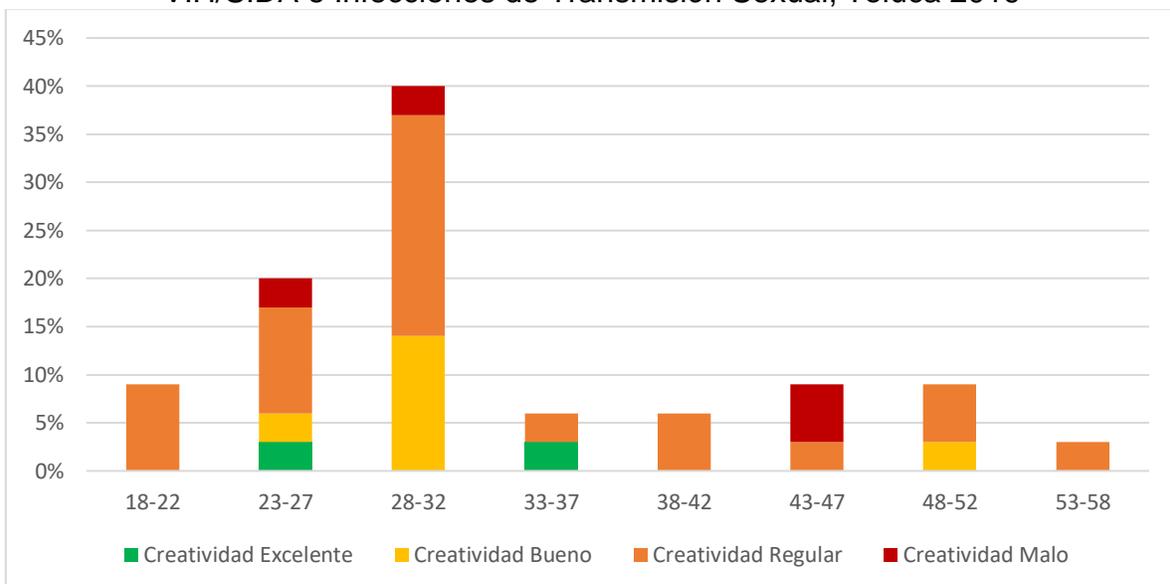
Humor por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.F

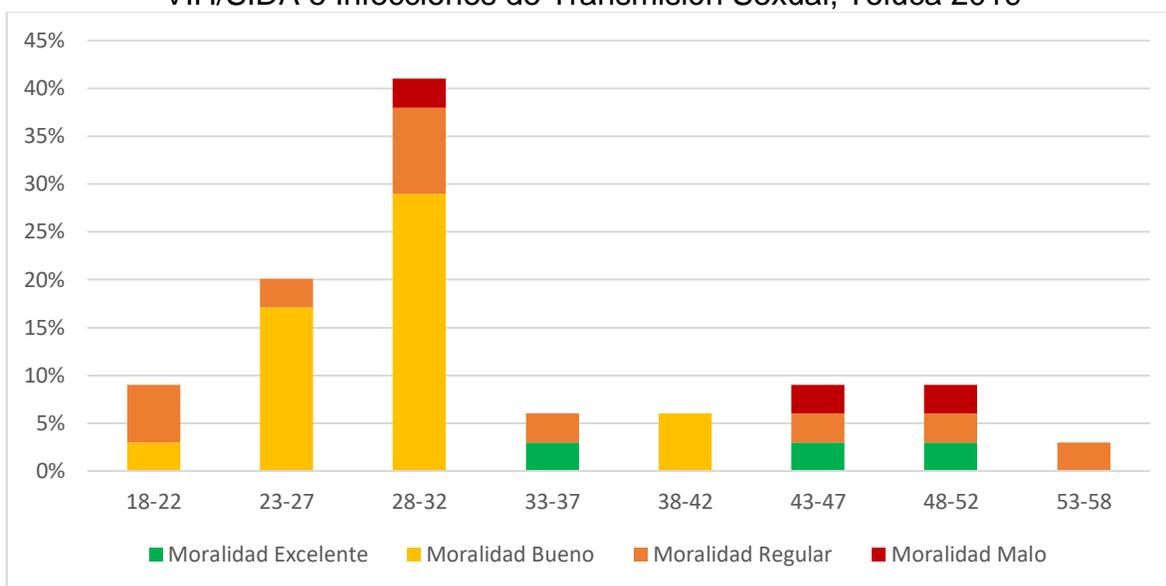
Creatividad por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.G

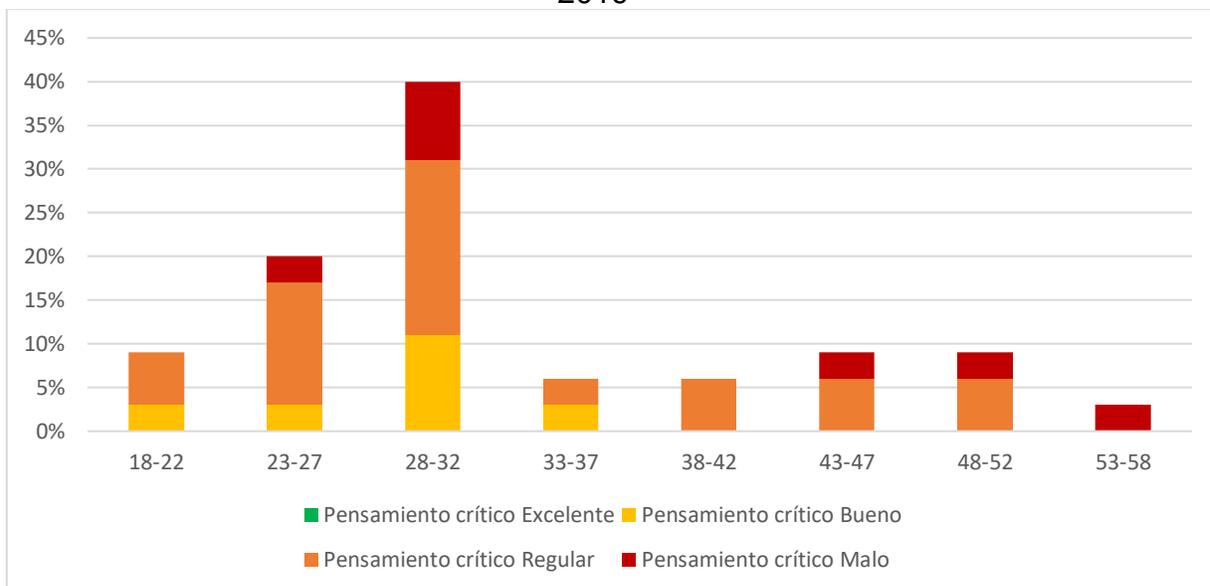
Moralidad por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Gráfico 7.H

Pensamiento crítico por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.7

Cuadro No. 8

Pilares de la resiliencia por escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

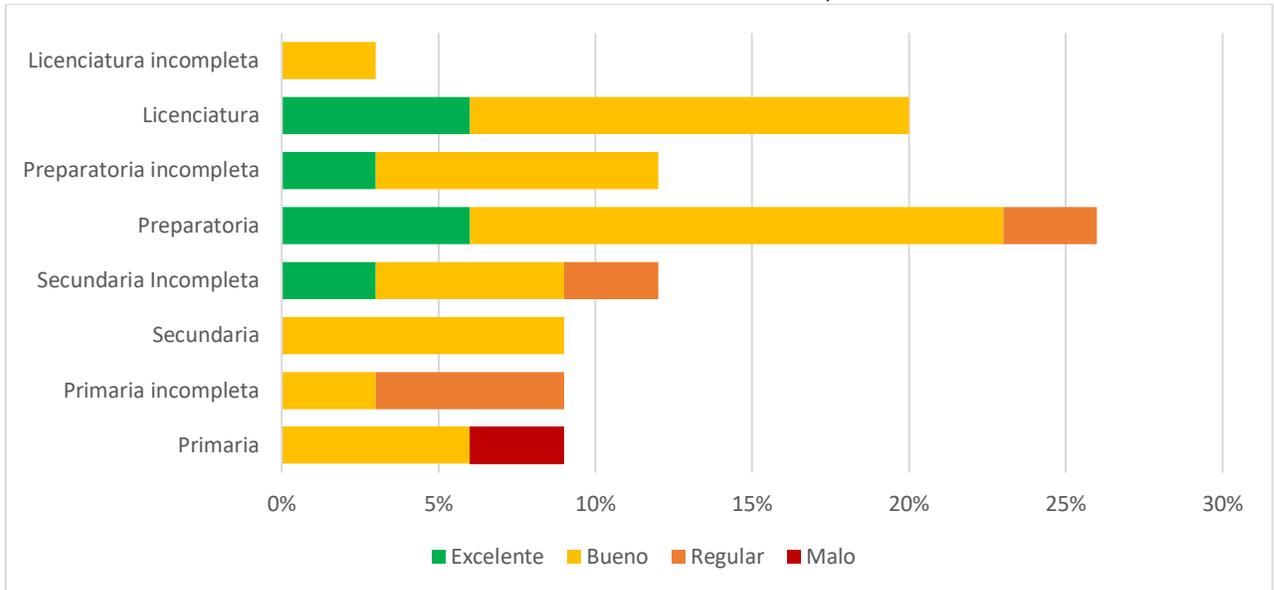
Pilares de la resiliencia		Escolaridad		Primaria		Primaria Incompleta		Secundaria		Secundaria incompleta		Preparatoria		Preparatoria incompleta		Licenciatura		Licenciatura incompleta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Introspección	E	0	0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	2	5.7	1	2.9	2	5.7	0	0.0	6	17.1		
	B	2	5.7	1	2.9	3	8.6	2	5.7	6	17.1	3	8.6	5	14.3	1	2.9	23	65.7		
	R	0	0.0	2	5.7	0	0.0	1	2.9	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	11.4		
	M	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	2	5.7		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Independencia	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	B	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	11.4	0	0.0	1	2.9	0	0.0	6	17.1		
	R	1	2.9	2	5.7	3	8.6	4	11.4	4	11.4	3	8.6	5	14.3	2	5.7	24	68.6		
	M	1	2.9	1	2.9	0	0.0	0	0.0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0.0	5	14.3		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Interacción	E	2	5.7	0	0.0	0	0.0	1	2.9	3	8.6	0	0.0	2	5.7	0	0.0	8	22.9		
	B	0	0.0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	4	11.4	1	2.9	4	11.4	1	2.9	13	37.1		
	R	1	2.9	2	5.7	2	5.7	2	5.7	2	5.7	3	8.6	1	2.9	1	2.9	14	40.0		
	M	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Iniciativa	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	B	1	2.9	0	0.0	1	2.9	1	2.9	4	11.4	1	2.9	4	11.4	0	0.0	12	34.3		
	R	2	5.7	1	2.9	1	2.9	2	5.7	4	11.4	3	8.6	3	8.6	2	5.7	18	51.4		
	M	0	0.0	2	5.7	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	14.3		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Humor	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9		
	B	0	0.0	0	0.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	0	0.0	2	5.7	1	2.9	10	28.6		
	R	1	2.9	2	5.7	1	2.9	2	5.7	6	17.1	3	8.6	2	5.7	1	2.9	18	51.4		
	M	2	5.7	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	2	5.7	0	0.0	6	17.1		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Creatividad	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9		
	B	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	11.4	0	0.0	3	8.6	0	0.0	8	22.9		
	R	2	5.7	1	2.9	3	8.6	4	11.4	5	14.3	3	8.6	2	5.7	2	5.7	22	62.9		
	M	0	0.0	2	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	1	2.9	0	0.0	4	11.4		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Moralidad	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9	1	2.9	3	8.6		
	B	1	2.9	1	2.9	1	2.9	2	5.7	6	17.1	3	8.6	5	14.3	1	2.9	20	57.1		
	R	2	5.7	2	5.7	1	2.9	2	5.7	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0.0	10	28.6		
	M	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.7		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		
Pensamiento crítico	E	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	B	0	0.0	0	0.0	1	2.9	2	5.7	3	8.6	1	2.9	1	2.9	0	0.0	8	22.9		
	R	3	8.6	3	8.6	1	2.9	1	2.9	5	14.3	2	5.7	4	11.4	2	5.7	21	60.0		
	M	0	0.0	0	0.0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	1	2.9	2	5.7	0	0.0	6	17.1		
Total		3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20.0	2	5.7	35	100		

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje, E =excelente, B= bueno, R = regular, M = malo.

Gráfico 8.A

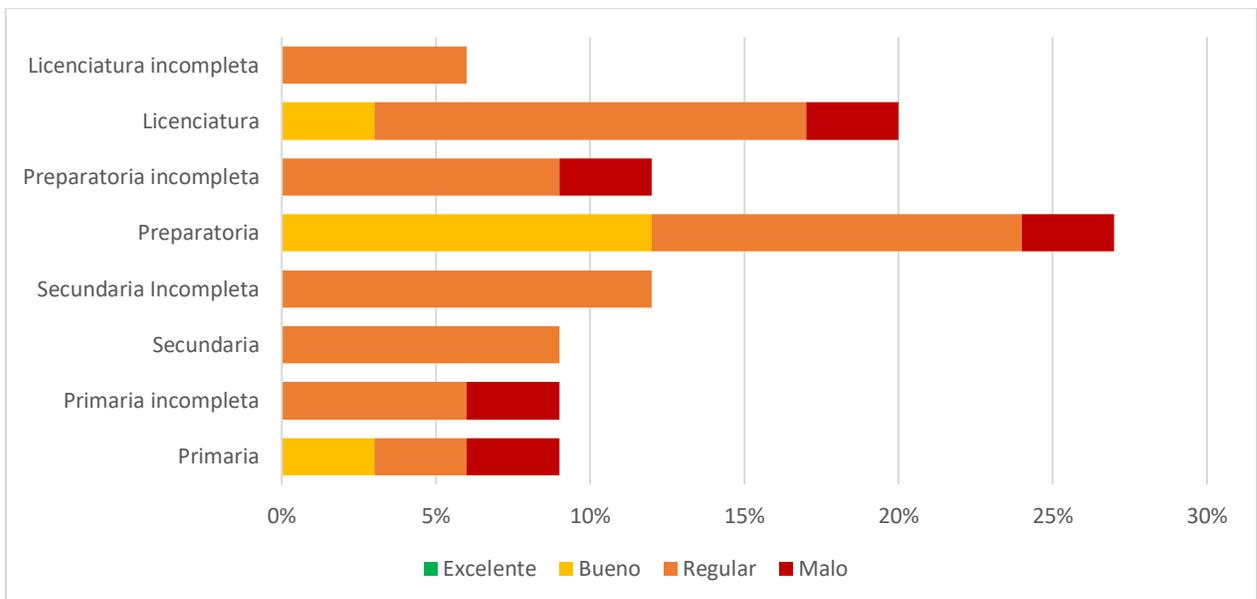
Introspección y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No.8

Gráfico 8.B

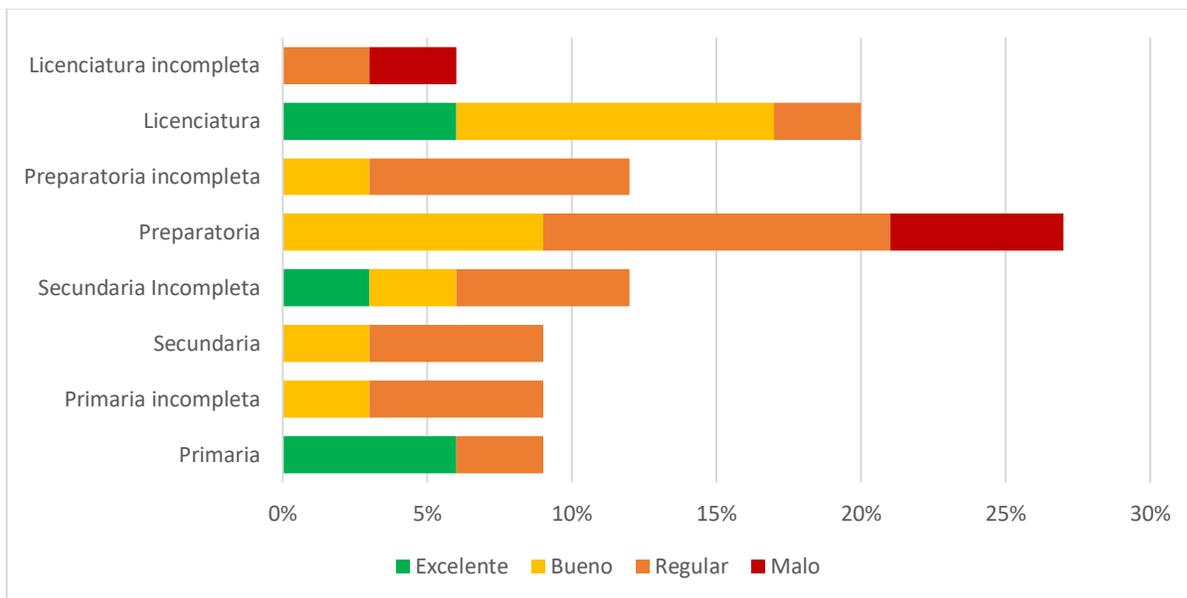
Independencia y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfico 8.C

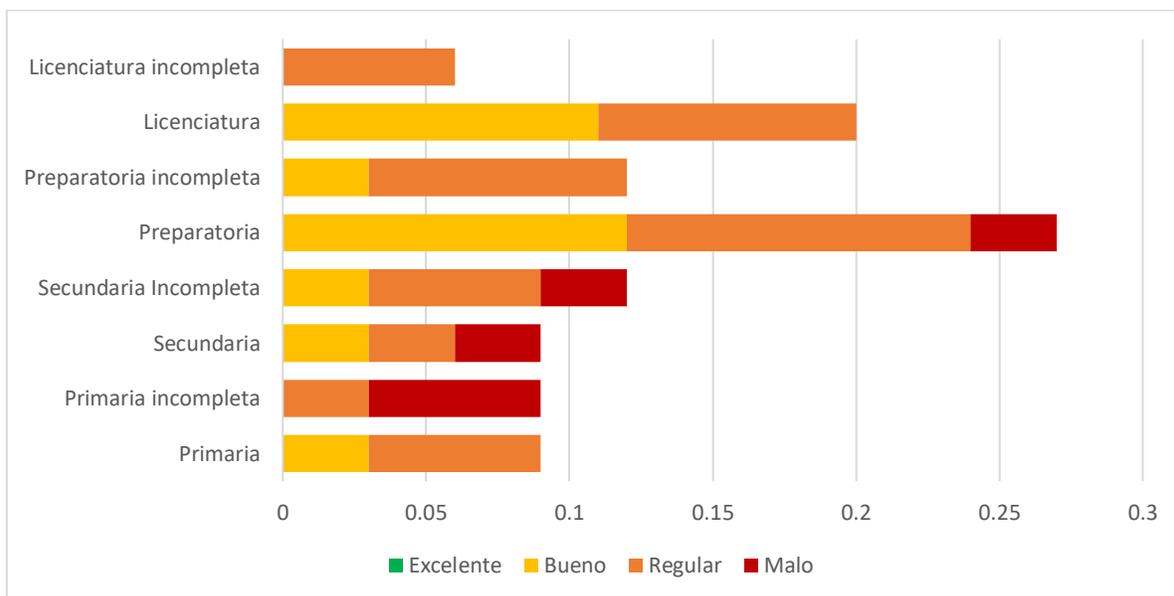
Interacción y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfico 8.D

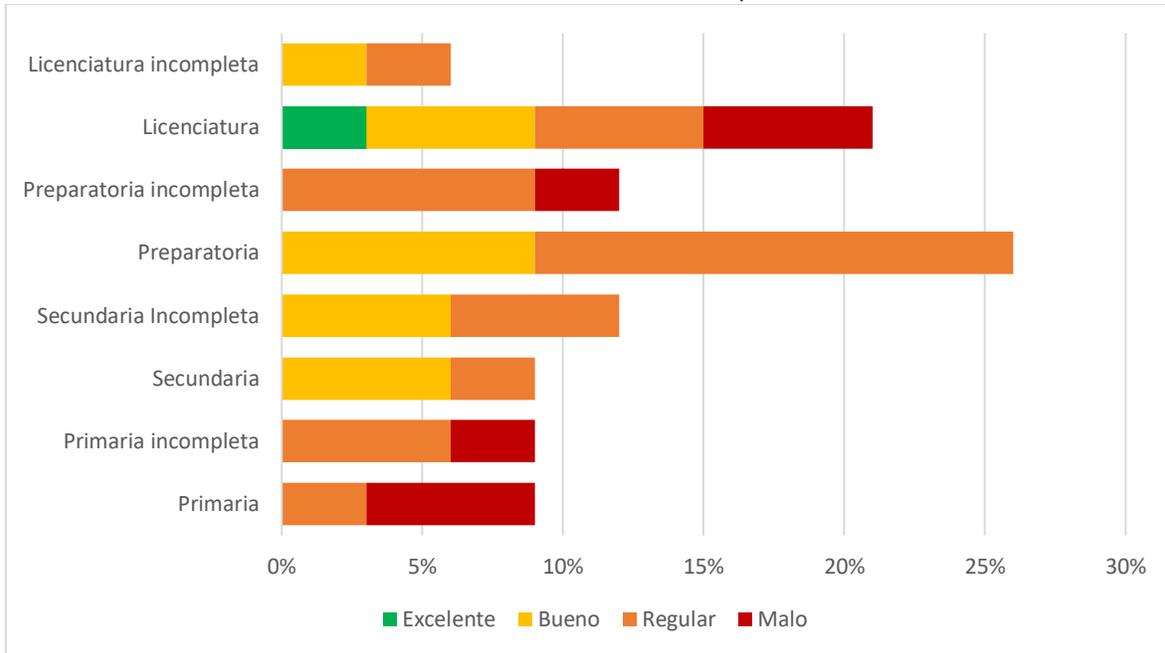
Iniciativa y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfico 8.E

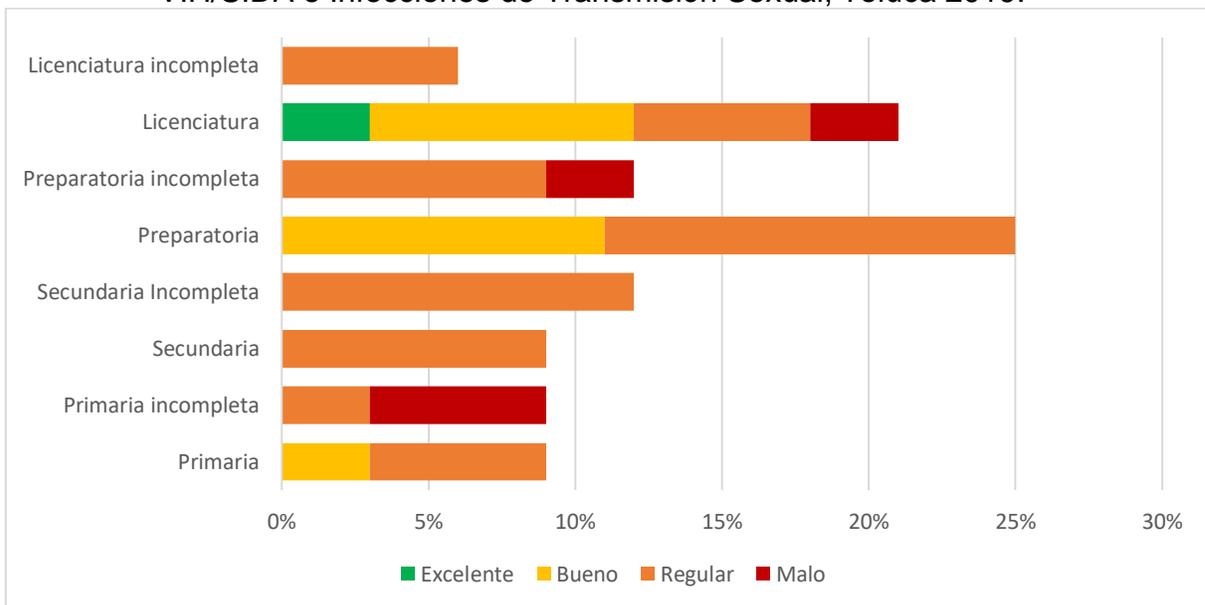
Humor y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfico 8.F

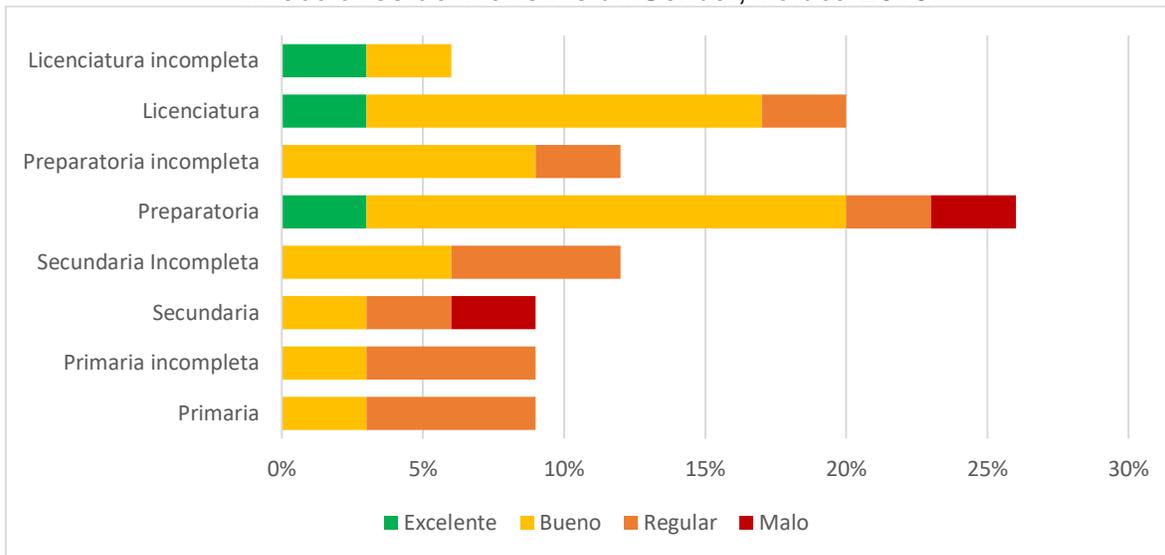
Creatividad y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfico 8.G

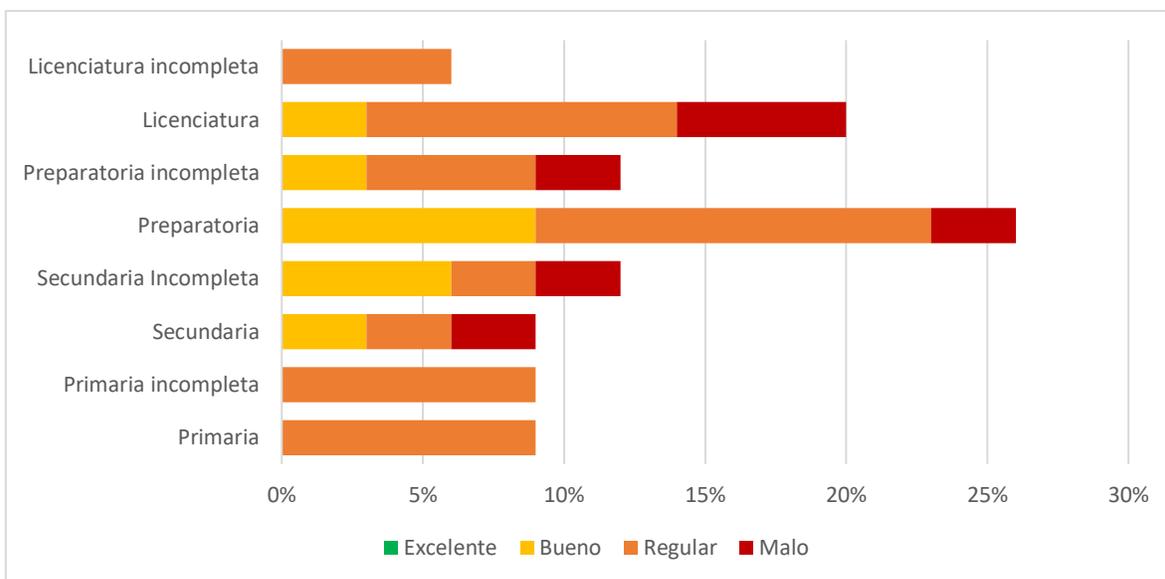
Moralidad y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfico 8.H

Pensamiento crítico y escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro 9

Pilares de la resiliencia y sexo de los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

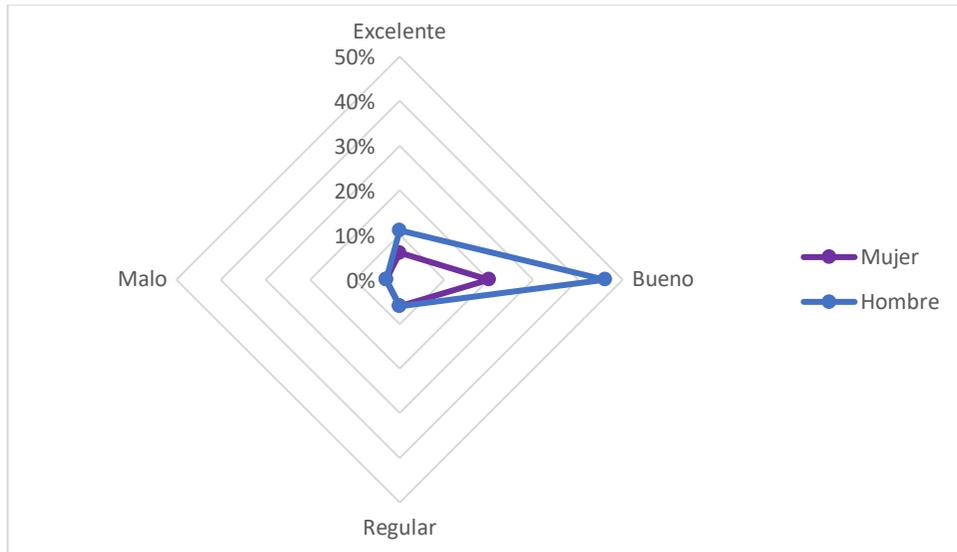
Pilares de la resiliencia		Sexo	Mujer		Hombre		Total	
			F	%	F	%	F	%
Introspección	E		2	5.7	4	11.4	6	17.1
	B		7	20.0	16	45.7	23	65.7
	R		2	5.7	2	5.7	4	11.4
	M		1	2.9	1	2.9	2	5.7
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Independencia	E		0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B		2	5.7	4	11.4	6	17.1
	R		7	20.0	17	48.6	24	68.6
	M		3	8.6	2	5.7	5	14.3
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Interacción	E		2	5.7	6	17.1	8	22.9
	B		3	8.6	10	28.6	13	37.1
	R		7	20.0	7	20.0	14	40.0
	M		0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Iniciativa	E		0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B		2	5.7	10	28.6	12	34.3
	R		7	20.0	11	31.4	18	51.4
	M		3	8.6	2	5.7	5	14.3
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Humor	E		0	0.0	1	2.9	1	2.9
	B		1	2.9	9	25.7	10	28.6
	R		8	22.9	10	28.6	18	51.4
	M		3	8.6	3	8.6	6	17.1
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Creatividad	E		0	0.0	1	2.9	1	2.9
	B		0	0.0	8	22.9	8	22.9
	R		9	25.7	13	37.1	22	62.9
	M		3	8.6	1	2.9	4	11.4
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Moralidad	E		1	2.9	2	5.7	3	8.6
	B		6	17.1	14	40.0	20	57.1
	R		4	11.4	6	17.1	10	28.6
	M		1	2.9	1	2.9	2	5.7
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0
Pensamiento crítico	E		0	0.0	0	0.0	0	0.0
	B		5	14.3	3	8.6	8	22.9
	R		7	20.0	14	40.0	21	60.0
	M		0	0.0	6	17.1	6	17.1
Total			12	34.3	23	65.7	35	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota de aclaratoria: F= frecuencia, % = porcentaje, E =excelente, B= bueno, R = regular, M = malo.

Gráfico 9.A

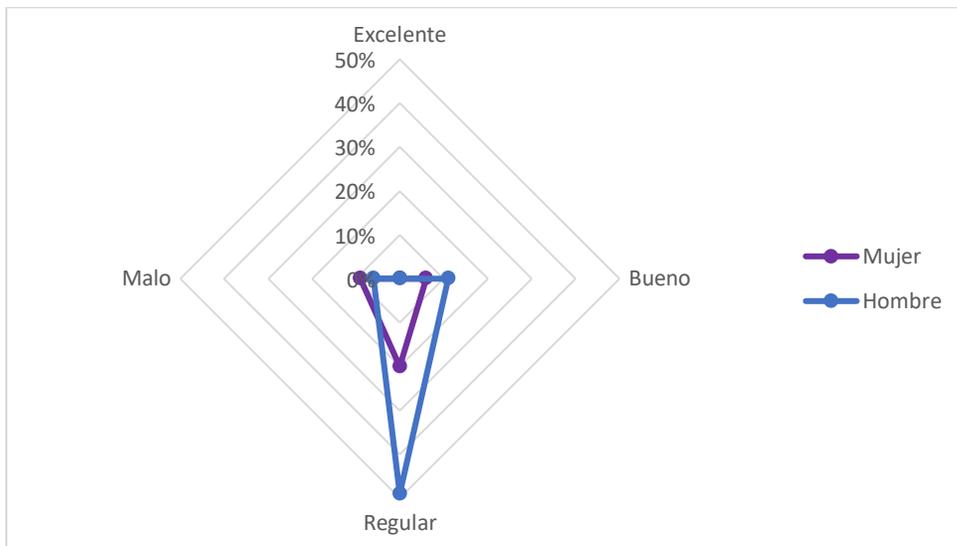
Introspección por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.B

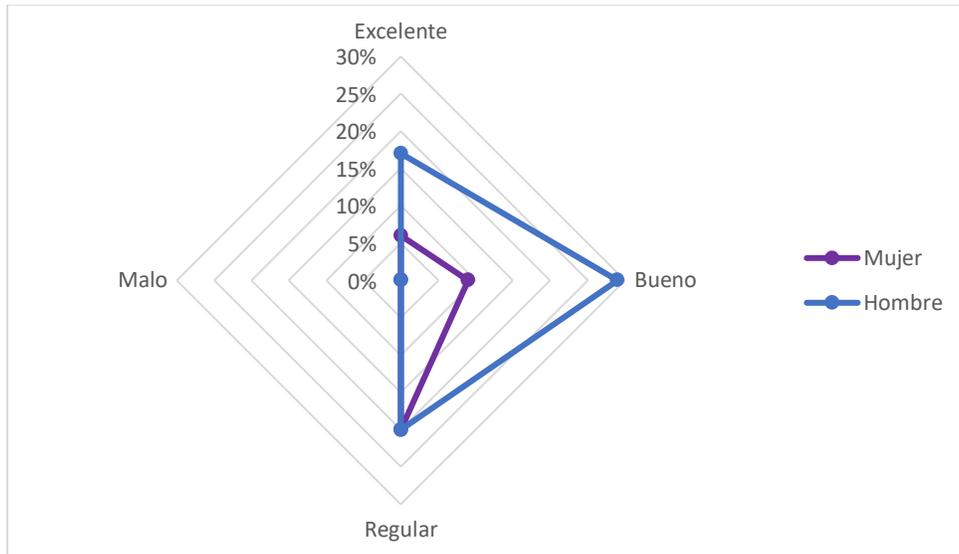
Independencia por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.C

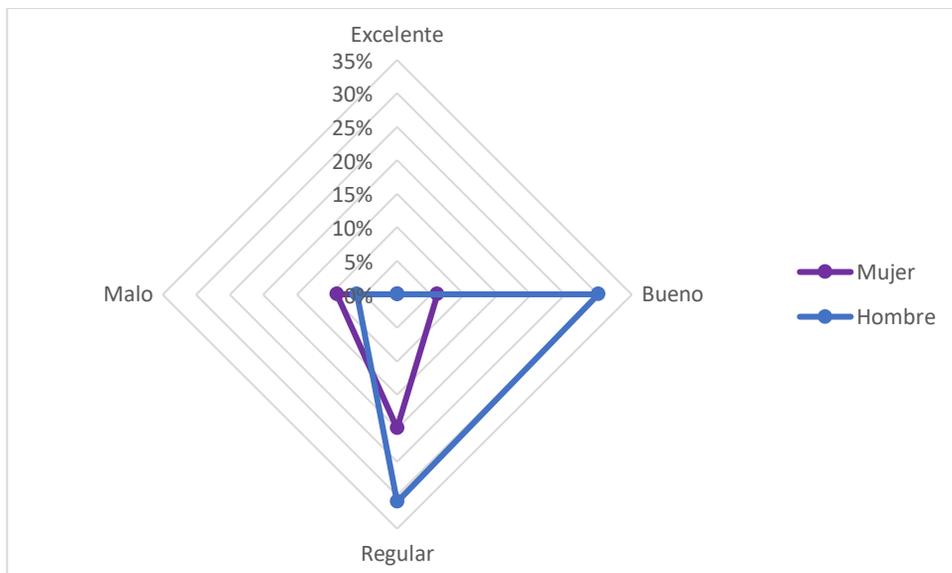
Interacción por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.D

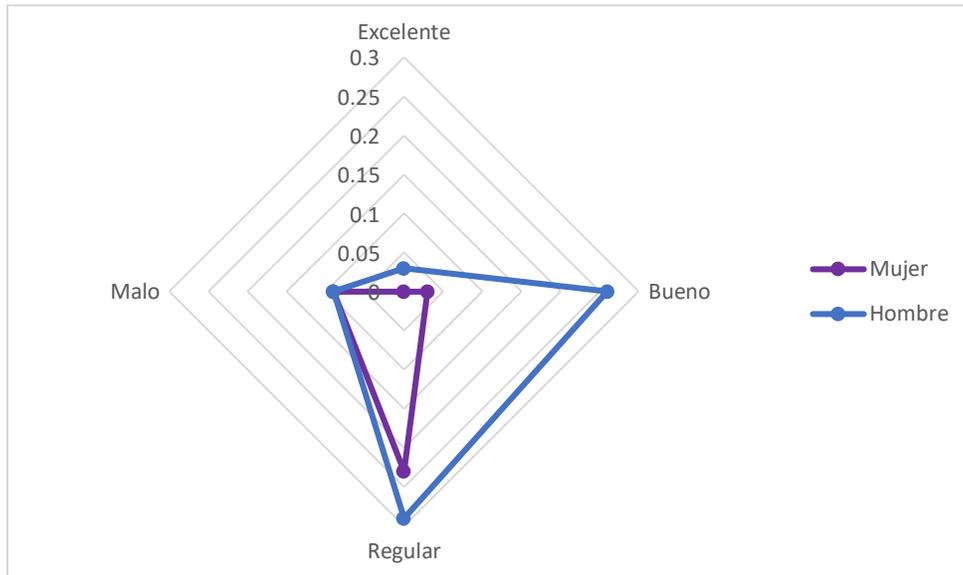
Iniciativa por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.E

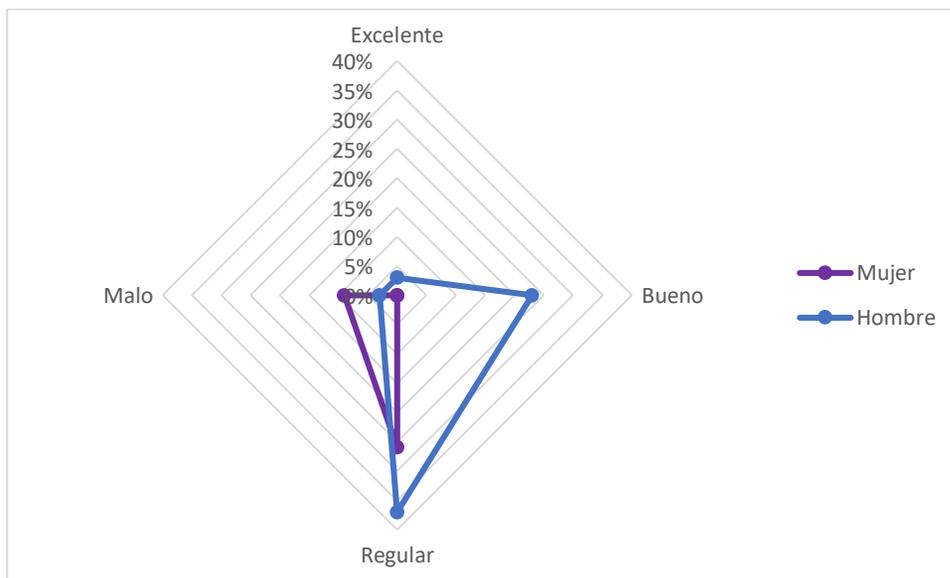
Humor por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.F

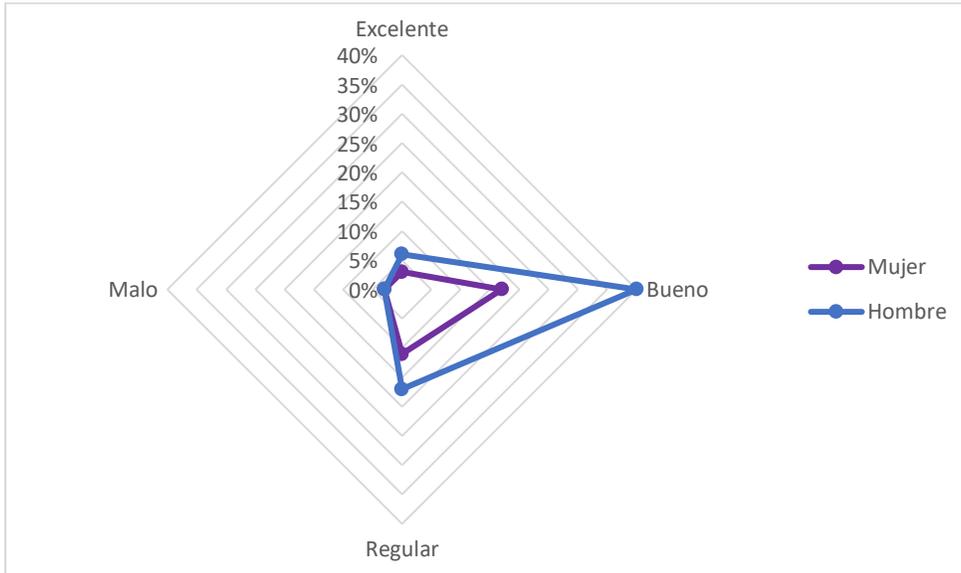
Creatividad por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.G

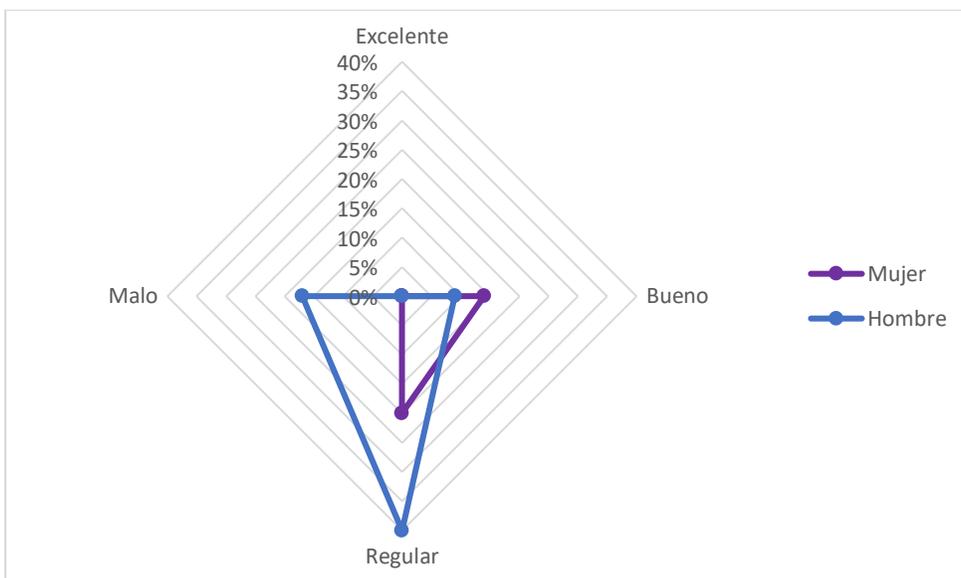
Moralidad por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.9

Gráfico 9.H

Pensamiento crítico por sexo en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

Adherencia terapéutica y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

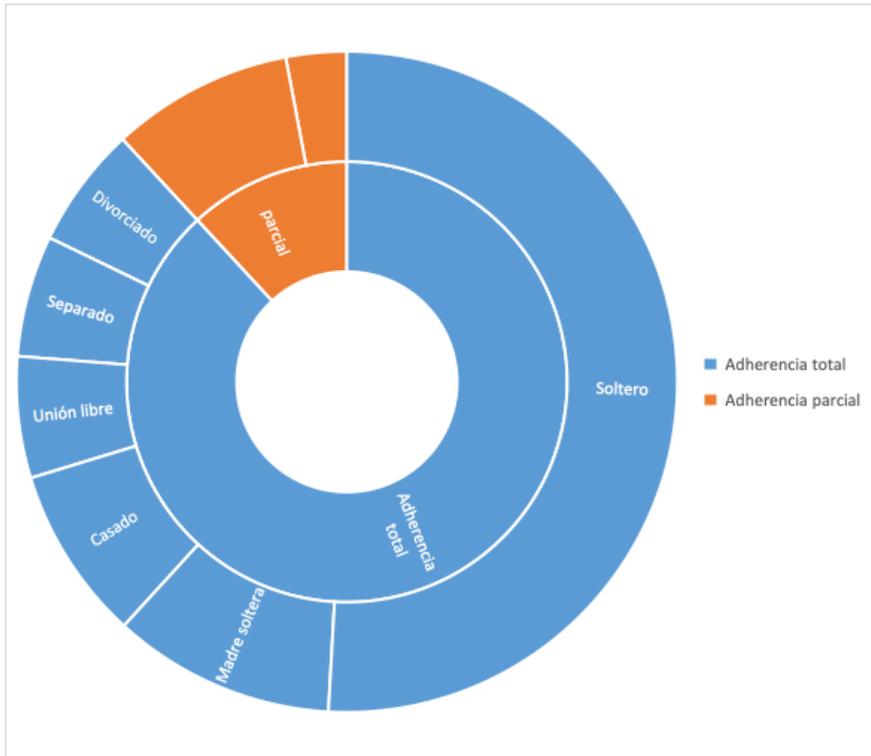
Estado civil	Soltero		Casado		Divorciado		Separado		Unión libre		Madre soltera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Adherencia total	18	51.4	3	8.6	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	31	88.6
Adherencia parcial	3	8.6	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11.4
Total	21	60	4	11.4	2	5.7	2	5.7	2	5.7	4	11.4	35	100

Fuente: Concentrado de datos

Nota de aclaratoria: F= frecuencia, % = porcentaje

Gráfico 10

Adherencia terapéutica y estado civil en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

Adherencia terapéutica por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

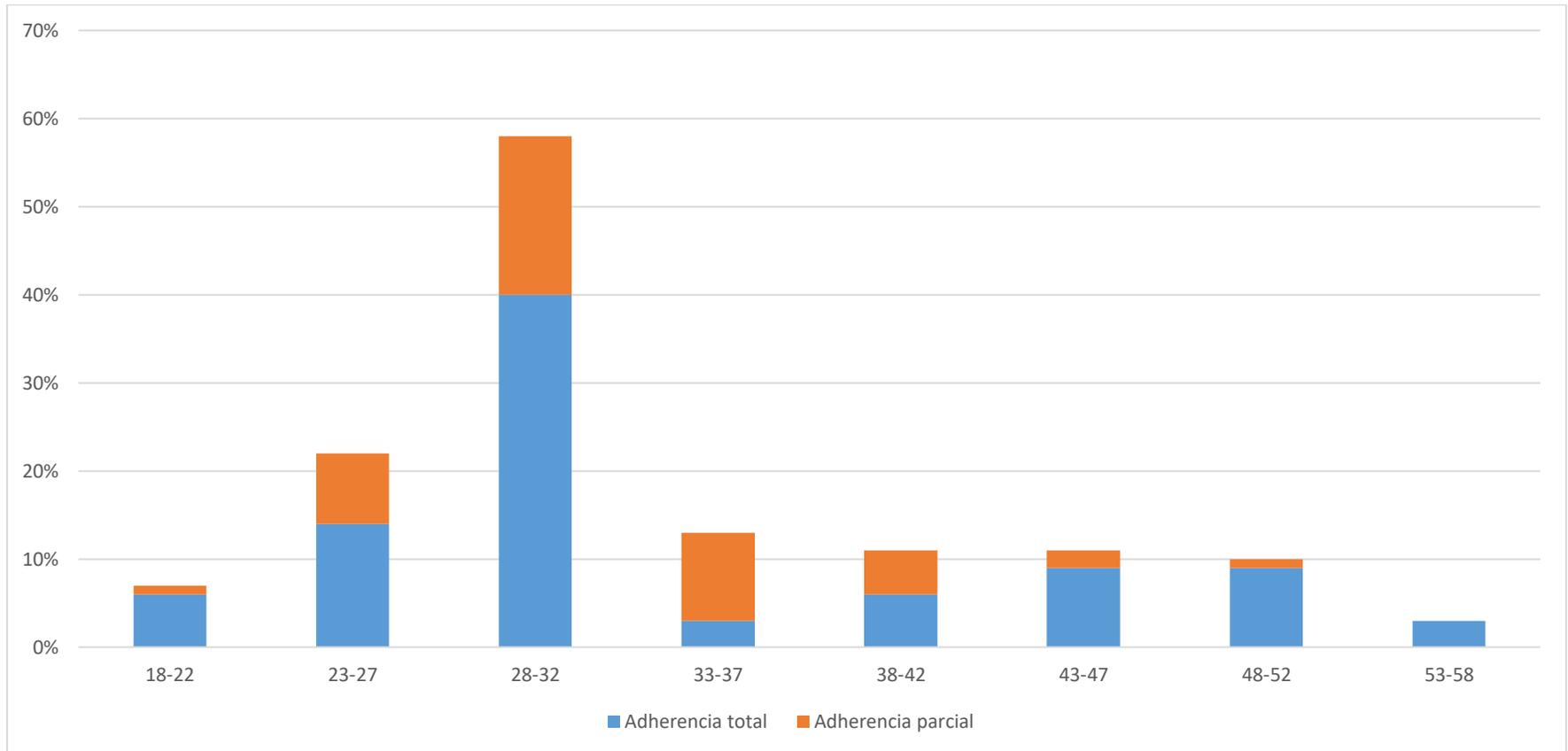
Grupo de edad	18-22		23-27		28-32		33-37		38-42a		43-47		48-52		53-55		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Adherencia total	2	5.7	5	14.3	14	40.0	1	2.9	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	31	88.6
Adherencia parcial	1	2.9	2	5.7	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	11.4
Total	3	8.6	7	20.0	14	40.0	2	5.7	2	5.7	3	8.6	3	8.6	1	2.9	35	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 11

Adherencia terapéutica por grupo de edad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.11

Cuadro No. 12

Adherencia terapéutica por escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

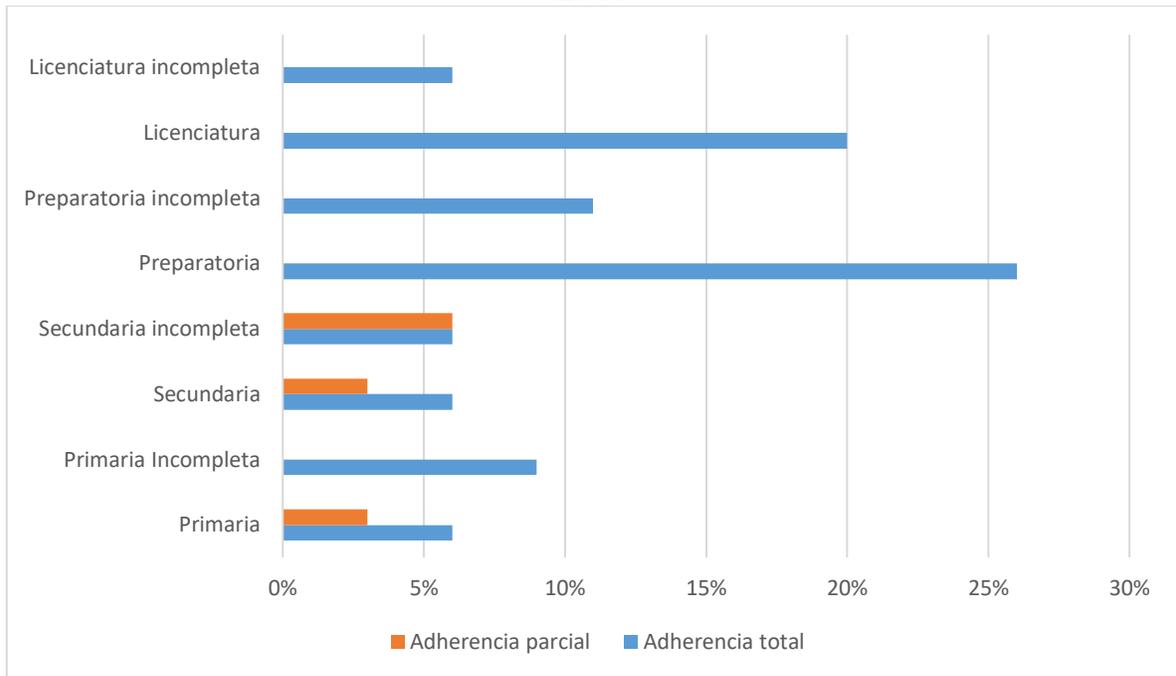
Escolaridad / Adherencia terapéutica	Primaria		Primaria Incompleta		Secundaria		Secundaria incompleta		Preparatoria		Preparatoria incompleta		Licenciatura		Licenciatura incompleta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	%	F
Adherencia Total	2	5.7	3	8.6	2	5.7	2	5.7	9	25.7	4	11.4	7	20	2	5.7	31	88.6
Adherencia parcial	1	2.9	0	0	1	2.9	2	5.7	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11.4
Total	3	8.6	3	8.6	3	8.6	4	11.4	9	25.7	4	11.4	7	20	2	5.7	35	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, % = porcentaje

Gráfico 12

Adherencia terapéutica por escolaridad en los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No.12

Cuadro 13

Adherencia terapéutica y sexo de los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019

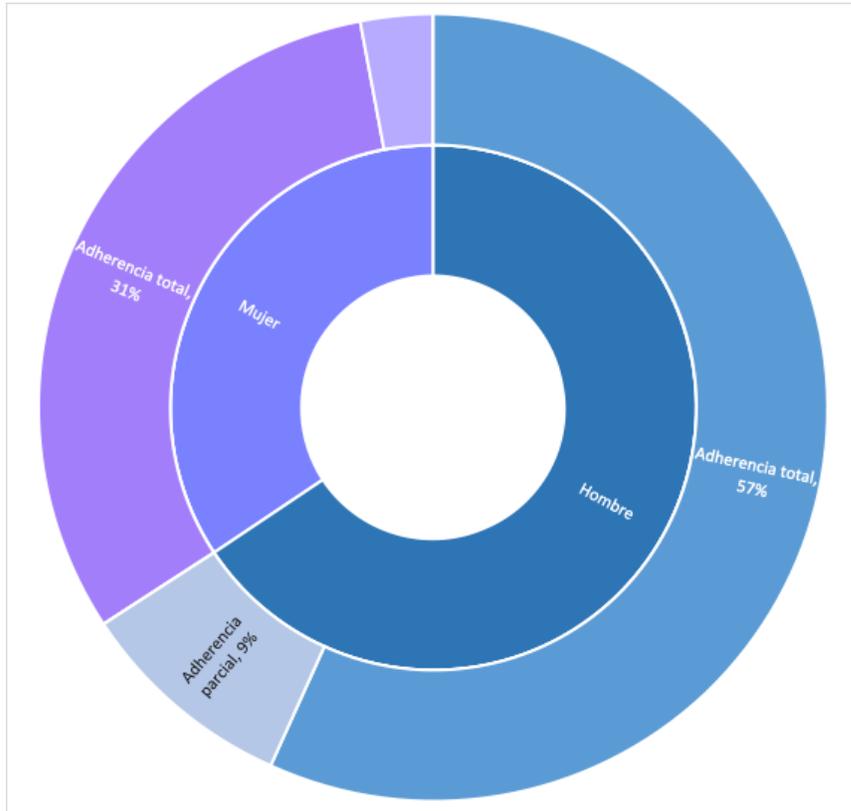
Sexo Adherencia terapéutica	Mujer		Hombre		Total	
	F	%	F	%	F	%
Adherencia total	11	31.4	20	57.1	31	88.6
Adherencia parcial	1	2.9	3	8.6	4	11.4
Total	12	34.3	23	65.7	35	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico 13

Adherencia terapéutica y sexo de los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Toluca 2019



Fuente: Cuadro No. 13

XI. CONCLUSIONES

La pandemia de VIH lleva casi cuatro de su descubrimiento, últimamente se le ha dejado de dar la importancia que merece, el número de casos crece exponencialmente y a pesar de que hay mucha información disponible, sigue estando rodada de mitos y estigma que perjudica la atención oportuna, así que las personas además de tener una infección crónica pueden enfrentar comorbilidades mentales y sociales perjudicando su pronóstico y calidad de vida.

La resiliencia al ser la capacidad de enfrentar las situaciones adversas se transforma en un factor para la adherencia terapéutica, sin embargo, a pesar de ser resilientes, la carga viral de los encuestados muestra que no se ha alcanzado la meta del tratamiento.

El cuestionario de resiliencia modificado de Peralta y cols (2006), brinda la oportunidad única de evaluar aspectos de la personalidad que forman la resiliencia, sin embargo, para la valoración de la resiliencia en general, las personas puntúan como resilientes a pesar de tener 4 o más pilares en nivel regular o malo, por lo que hace sospechar que hay muchos aspectos que no son tomados en cuenta y que la resiliencia en estas personas tienen área de oportunidad.

Pese al amplio espectro bibliográfico que se encuentra disponible acerca de resiliencia, hay poco, cercano a nulo de información en personas con infecciones crónicas en los rubros de su salud mental, VIH siendo una de ellas, dado que la Organización Mundial de la Salud cree que para el 2050 las infecciones volverán a ser la principal causa de muerte a nivel mundial, se necesitan más estudios que evalúen la resiliencia, sus componentes y el desarrollo de terapias psicológicas enfocadas en estos aspectos.

En cuanto a los hallazgos encontrados si se considera la carga viral indetectable como único factor de buena adherencia y no como la meta, se encontró que 28.57% de los entrevistados estaban indetectables y 71.43% detectables.

Los pilares más predominantes en aquellos con carga viral indetectable fueron introspección (e=2.86%, b= 22.86%) y moralidad (e=2.86%, b= 17.14%) los pilares menos predominantes fueron independencia (r=20%, m= 2.86%), iniciativa(r=17.14%, m= 2.86%) y pensamiento crítico (r=17.4%, m= 5.71%).

Se buscó asociación estadística de ambas variables con chi cuadrada, dando como resultado: introspección ($\chi^2=1.67$), independencia ($\chi^2=0.25$), interacción ($\chi^2=2.90$), iniciativa ($\chi^2=0.45$), humor ($\chi^2=3.64$), creatividad ($\chi^2=0.75$), moralidad ($\chi^2=0.86$) y pensamiento crítico ($\chi^2=0.1$).

Todas las anteriores con 3 grados de libertad no son mayores al valor de la tabla por lo que se acepta la hipótesis nula y no hay asociación estadística entre ambas variables.

En cuanto a los tratamientos Tenofovir+ Emtricitabina+Efivarenc favoreció la adherencia terapéutica, siendo el tratamiento más utilizado, 20% del 28.6% de los usuarios se encontraban indetectables con él, además de que representó 14.7% de todos los eventos adversos.

Los eventos adversos más frecuentes fueron: otro (31.4%), náuseas (17.1%), cansancio (11.4%), distensión abdominal (11.4%), cambios en el gusto (8.6%), vómito (5.7%), cefalea (5.7%), neuropatía (2.9%) y rash (2.9%). Aquellos con carga viral indetectable representan el 11.76% de estos eventos adversos.

Los eventos adversos reportados por los pacientes no eran identificados hasta que se preguntaba específicamente por ellos, salvo las náuseas no corresponden con los mayormente reportados por la literatura.

XII. RECOMENDACIONES

Los pilares de la resiliencia son una herramienta innovadora que permite identificar aspectos que pueden influir en la adherencia terapéutica desde la detección de la enfermedad, para lograr la cero transmisibilidad, por lo que realizar más estudios de este tipo permitiría poder crear un perfil del mexicano.

Además, fomentar la investigación en personas con VIH de tipo cuantitativo y cualitativo, no sólo al aspecto médico técnico, complicaciones y manejo terapéutico de las mismas, sino involucrar las determinantes sociales e individuales que influyen la adherencia terapéutica.

Es vital crear un ambiente de confianza y tranquilidad así que hay que informar y capacitar a las personas de los centros de salud y otras áreas del trato digno a los pacientes, no discriminar, ni aumentar el estigma contra los pacientes con VIH, para que puedan acudir y recibir atención cuándo presenten otras dolencias sin temor.

Con la creación de grupos de terapia dónde se permita a las personas con VIH desarrollar y fomentar nuevas habilidades y capacidades que permitan hacer frente no sólo a la enfermedad si no a diversas situaciones de la vida, podrán empoderarse y aceptar la enfermedad, sus consecuencias y las acciones correctas a tomar.

Al involucrar a los miembros de la comunidad, se puede forjar un cambio social, por lo que la formación de grupos y talleres para adultos en centros comunitarios e implicar a los niños desde las escuelas dando técnicas para el desarrollo de la resiliencia, cuyo fundamento es el autoestima, la aceptación y el empoderamiento, sin embargo, posteriormente se pueden tomar iniciativas personalizadas a cada pilar por ejemplo, en el caso de la interacción sería enseñar a interesarse por los demás, aprender a escuchar, ser empáticos, comunicar sus emociones, asertividad e interpretar los gestos y lenguaje corporal de los demás.

Por el otro lado, en cuanto al personal sanitario confiere, la farmacovigilancia es un tema poco difundido, por lo que hay que fomentarlo para el reporte de las reacciones adversas en nuestra población y concientizar al personal sanitario para su

identificación oportuna, así como a los pacientes, para que conozcan las maneras en que puedan tratarlas o prevenirlas.

Con mayor disponibilidad de recursos económicos se podrían administrar pastilleros y hacer seguimiento de 6 meses, para identificar que se estén tomando adecuadamente las pastillas, y poder hacer el cálculo vía fórmula.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Uriarte J. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*. 2005; 10(2): p. 61-79.
2. Rodriguez M, Perreyra M , Gil E, Jofre M, De Bartoli M, Labiano L. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. 2009; 9: p. 72-82.
3. Folke C. Resilience. *Ecology and society*. 2016; 21(4): p. 44-74.
4. Callisaya J. Análisis de la resiliencia de un adolescente en situación de riesgo por consumo de alcohol. *Fides et Ratio*. 2017 Mar; 13: p. 41-58.
5. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of nursing measurment*. 1993; 1(2): p. 165-178.
6. Peralta C, Ramirez A, Castaño H. Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre (Colombia). *Psicología desde el caribe*. 2006; 17(1): p. 196-219.
7. Munist M, Santos H, Kotliarenco M, Suarez E, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. 1st ed. PAHO , editor. Washington: Kellog; 1998.
8. Furlotte C, Schwartz K. Mental Health Experiences of Older Adults Living with HIV: Uncertainty, Stigma, and Approaches to Resilience*. *Canadian Journal on Aging*. 2017 April; 1(1): p. 1-16.
9. Kontomanolis E, Michalopoulos S, Gkasdaris G, Fasoulakis Z. The social stigma of HIV–AIDS: society’s role. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*. 2017; 9: p. 111-118.
10. Furniss D, Barber N, Lyons I, Eliasson L, Blandford A. Unintentional non-adherence: can a spoon full of resilience help the medicine go down? *BMJ Qual Saf*. 2014; 23: p. 95-98.

11. Maroni C, Freire M, Pinheiro E, Tajra D, Reginaldo H, Ferrer A, et al. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychology, Health & Medicine*. 2016 May; 1: p. 1-9.
12. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cub Ang Cir Vasc*. 2015; 16(2): p. 175-189.
13. Villato L , Martin L, Perez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *REvista cubana de Salud Pública*. 2015 41; 41(4).
14. Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jimenez A, Castillo A, Hernandez A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev med Hondur*. 2016; 84(3): p. 125-132.
15. Kalogianni A. Factors affect in patient adherence to medication regimen. *Health science journal*. 2011; 5(3): p. 157-158.
16. Vilato L, Martin L, Perez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(4): p. 620-630.
17. World Health Organization. Adherence to long term action: Evidence for action. 1st ed. Sabaté , editor. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
18. Kim J, Eunyoung L, Byung-Joo P, Bang J, Lee Y. Adherence to antiretroviral therapy and factors affecting low medication adherence among incident HIV-infected individuals during 2009–2016: A nationwide study. *Scientific Report*. 2018 Feb; 8(3133).
19. Organización Panamericana de la Salud. Infeccion por virus del a inmunodeficiencia humana (CIH-SIDA)-Guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas. 1st ed. ML O, editor. Montevideo: OMS/OPS; 2006.
20. Fetting J, Swaminathan M, Murril C, Kaplan J. Global Epidemiology of HIV. *Infect Dis Clin North Am*. 2014; 28(3): p. 323-337.

21. CENSIDA. Secretaria de Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 03 23].
Available from:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN_D_a_mudial_sida2018.pdf.
22. Chavez E, Castillo R. Revisión bibliográfica sobre VIH/SIDA. *Multimed*. 2013; 17(4): p. 189-213.
23. Cohen M, Shaw G, McMichael A, Haynes B. Acute HIV-1 Infection. *The new england journal of medicine*. 2011; 364(20): p. 1943-54.
24. Mattevi V, Tagliari C. Pharmacogenetic considerations in the treatment of HIV. *Future Medicine*. 2016 Sep; 1: p. 1-14.
25. CENETEC. Guía referencia rápida ISSSTE , editor. México: IMSS; 2009.
26. Kay S, Batey S, Mugavero M. The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *Kay et al. AIDS Res Ther*. 2016; 13(35): p. 1-7.
27. Morales A, Berrios A, Quesney F. Reacciones adversas al uso de medicamentos (Drogas). *Ars Medica*. 2017; 3(1): p. 71-75.
28. Hawkins T. Appearance-Related Side Effects of HIV-1 Treatment. *AIDS patient care and STDs*. 2006; 20(1): p. 6-15.
29. Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, al e. Self reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Inmune Deficiency Syndromes*. 2001 Jan; 28: p. 445-449.
30. Fauci A, Marston H. Achieving an AIDS-free world: science and implementation. *The lancet*. 2013; 382: p. 1461-1462.
31. Lamiraud K, Moatti J. Economic implications of nonadherence to highly active antiretroviral treatment in HIV patients. *patients, Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2006; 7(2): p. 135-143.
32. AIDS by the numbers 2015. UNAIDS. [Online].; 2015 [cited 2020 abril 17].
Available from:

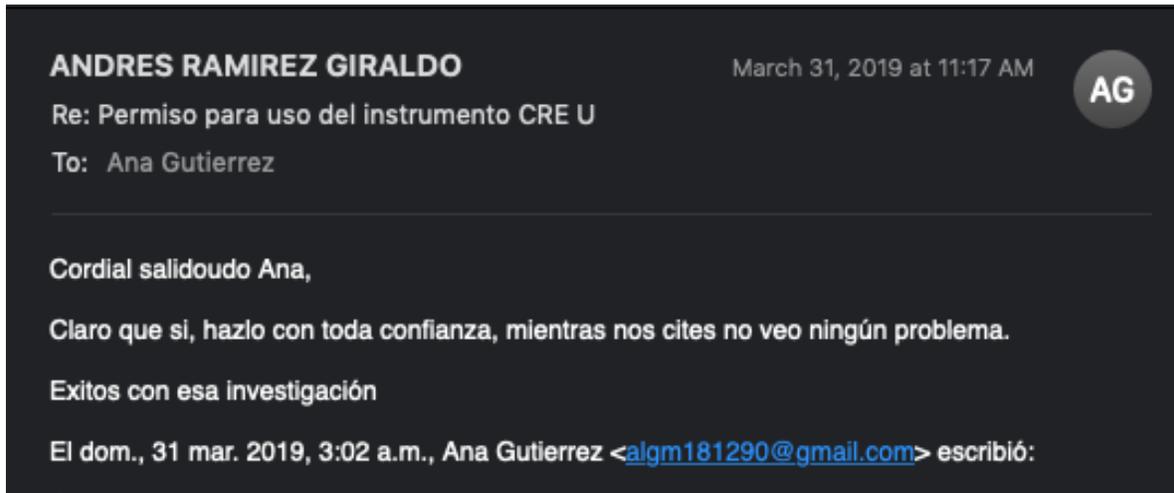
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf.

33. CDC. HIV Treatment as Prevention Technical Fact Sheet. [Online].; 2018 [cited 2020 April 17. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/art/cdc-hiv-art-viral-suppression.pdf>.
34. Noghan N, Akaberi A, Pournamdarian S, Borujerdi E y Sadat S. Resilience and therapeutic regimen compliance in patients undergoing hemodialysis in hospitals of Hamedan, Iran. *Electron Physician*. 2018 Mayo; 10(5).
35. Dulin J, Dale S, Earnshaw V, Fava J, Mugavero M. Resilience and HIV: A review of the definition and study of resilience. *AIDS Care*. 2018 Agosto; 30(5).
36. Axelsson M, Brink E, Lundgren J, Lotvall J. The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *PLOS one*. 2011 Marzo; 11(3).
37. Ortego C, Huedo-Medina T, Santos P, Rodriguez E, Sevilla L, Warren M. Sex differences in adherence to highly active antiretroviral therapy: a meta-analysis. *AIDS care*. 2012 Marzo; 24.
38. Iacob SA, Iacob DG, Jugulete G. Improving the Adherence to Antiretroviral Therapy, a Difficult but Essential Task for a Successful HIV Treatment- Clinical Points of View and Practical Considerations. *Front Pharmacol*. 2017 Nov; 23.
39. Galvan FH, Bing EG, Fleishman JA, London AS, Caetano R, Burnam MA, Longshore D, Morton SC, Orlando M, Shapiro M. The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with HIV in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *J Stud Alcohol*. 2002 Marzo; 63(2).

ANEXO 1

Unidad Médica: CAPASITS Toluca	Fecha:
Nombre del entrevistado:	
<p>Yo Ana Laura Gutiérrez Martin residente de la especialidad en Salud Pública solicito amablemente su participación en la investigación que lleva por título “Los pilares de la resiliencia y su asociación a la adherencia terapéutica en pacientes con VIH que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de transmisión Sexual, Toluca, 2019”, la cual tiene como objetivo analizar los pilares de la resiliencia y su asociación con la adherencia terapéutica.</p> <p>Si decide participar deberá contestar una cédula de recolección de datos y dos cuestionarios, para cumplir con el objetivo planteado.</p> <p>La investigación no implica algún riesgo para usted.</p> <p>Se le recuerda que los datos otorgados son confidenciales y se utilizarán con propósito meramente de investigación, su participación es voluntaria, no habrá consecuencias para usted si decide no participar, si decide retirarse del estudio lo puede hacer en cualquier momento que lo desee, se respetará su decisión. No tendrá que hacer gasto alguno en el estudio y no recibirá pago alguno por su participación, podrá solicitar la información que usted desee con respecto a sus resultados en el momento que lo solicite.</p> <p>Si está de acuerdo con lo anteriormente mencionado por favor firme a continuación:</p> <p>Yo, _____ he leído y comprendo la información anterior, mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo que doy mi consentimiento y deseo ser parte de la investigación.</p> <p>Firma del entrevistado _____ Fecha: _____</p> <p>Yo, MC Ana Laura Gutiérrez Martin, he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación, así como sus riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado las preguntas en la medida de lo posible.</p> <p>Firma del investigador: _____ Fecha: _____</p>	

ANEXO 2



ANEXO 3

Cédula de recolección de datos.

Nombre del participante:		No			
Sexo:	Edad:	Estado civil:			
Escolaridad:		Expediente:			
Fecha de diagnóstico de la enfermedad:					
Medicamentos prescritos		Tenofovir Emtricitabina Efavirenz Atazanavir Ritonavir Abacavir Lamivudina Zidovudina Lopinavir Fosamprenavir			
Posología					
Reacciones adversas presentadas por el medicamento		Vómito Náusea Cefalea Cansancio Distensión abdominal Neuropatía Cambios en el gusto Rash Otro:			
Comorbilidades					
Carga viral					
Conteo de CD4					
Química sanguínea		GICt	BUN	Au	
Perfil de lípidos		CT	HDL	LDL	Trigl

ANEXO 4

Cuestionario de resiliencia modificado de Peralta y Cols (2006).

A continuación, encontrará una serie de enunciados que expresan comportamientos, sentimientos, y situaciones de la vida cotidiana que pueden o no parecerse a los que usted tiene a menudo. Enfrente de cada uno de ellos marque con una “x” la frecuencia con los que vivencia.

Esta va a estar representada por una escala de 1 a 5 donde cada uno de los números significa lo siguiente.

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre

No	Enunciados	1	2	3	4	5
1	Reconozco las habilidades que poseo					
2	Cuento con personas que me aprecian					
3	Planeo con anterioridad mis acciones					
4	Me siento incómodo cuando me alejo por un periodo largo de mi familia					
5	Cuando afronto una situación difícil conservo mi sentido del humor					
6	Dedico tiempo al desarrollo de habilidades artísticas					
7	Apoyo a mis amigos en sus momentos difíciles					
8	Me conformo con la explicación que me da el personal sanitario durante la consulta					
9	Pongo en práctica mis capacidades en situaciones difíciles					
10	En situaciones adversas tengo al menos una persona que me apoya					
11	Las actividades diarias que realizo van acordes con mi proyecto de vida					
12	Me siento bien cuando tengo que afrontar dificultades sin ayuda de los demás					
13	Al vivir una experiencia dolorosa, trato de relajarme, viendo cómics, programas de chistes o juntándome con personas con sentido del humor					
14	Modifico a mi gusto los lugares donde permanezco la mayor parte del tiempo					
15	Cuando alguien se equivoca a mi favor evito sacarlo del error					
16	Me incomoda cuando los demás cuestionan mis opiniones					
17	Soy consciente de las debilidades que tengo					
18	Me siento satisfecho con las relaciones que establezco					

19	Realizo un cronograma de actividades para el logro de objetivos personales, académicos o profesionales					
20	Participo durante la consulta para dar mi opinión					
No	Enunciado	1	2	3	4	5
21	Soy incapaz de reírme de los momentos difíciles que he vivido					
22	Invento formas de disminuir la tensión generada por un problema					
23	Cuando llego a un lugar quiero ser el primero que atiendan					
24	Cuestiono mis creencias y actitudes					
25	Trato de entender puntos de vista diferentes al mío					
26	Las personas con las que mantengo relaciones expresan sentirse a gusto conmigo					
27	Además de lo que me dice el médico, dedico tiempo extra a profundizar en el conocimiento de mi enfermedad.					
28	Participo durante la consulta para dar mi opinión					
29	Trato de sacarle sentido del humor a las críticas negativas que hacen los demás de mí					
30	Cuando me hacen falta los recursos apropiados para hacer un trabajo, lo abandono					
31	Digo mentiras para no quedar mal ante otros					
32	Me dejo llevar fácilmente por los consejos de mis amigos					
33	Me da rabia cuando me contradicen en mis apreciaciones					
34	Mis relaciones afectivas se caracterizan en que doy mucho afecto y recibo muy poco					
35	Dedico algunas horas semanales al estudio de mi enfermedad					
36	Es importante el concepto de los otros tengan de mí					
37	Uso la risa como alternativa para tranquilizarme en situaciones tensas					
38	Prefiero enfrentarme a situaciones conocidas					
39	Reflexiono sobre mis propios valores y de ser necesario los cambio					
40	Puedo resolver con rapidez los inconvenientes que se me presentan					
41	Considero que mi opinión es más importante que la de los demás					
42	Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos a las personas con las que establezco relaciones					
43	Tengo motivación para seguir mi tratamiento					

44	Juzgo a los demás con base a nuestro primer encuentro					
45	Me cuesta trabajo tener sentido del humor cuando enfrento situaciones dolorosas					
No	Enunciado	1	2	3	4	5
46	Intento no caer en la rutina realizando actividades diferentes a los demás días					
47	Me cuesta trabajo diferenciar los actos buenos de los malos					
48	Me cuesta trabajo resolver satisfactoriamente los conflictos que se me presentan					
49	Me doy cuenta de las cualidades que tienen las otras personas					
50	En mis relaciones, expreso abiertamente mis pensamientos y sentimientos					
51	Participo en actividades que están fuera del ámbito laboral					
52	Los valores que poseo deben ser iguales a los de mi grupo					
53	A pesar de tener un problema grave, trato de mantenerme alegre					
54	Se me hace fácil adaptarme al cambio					
55	Soy colaborador con las personas que me rodean					
56	Cumplo al pie de la letra las reglas que se me imponen					
57	Puedo identificar los defectos de las demás personas					
58	En mis relaciones afectivas tengo en cuenta los deseos del otro					
59	Pertenezco a grupos deportivos, culturales, de capacitación u otros que de mi ambiente laboral y familiar					
60	Cuando vivo una experiencia significativa vuelvo a revisar mis principios					
61	Cuando tengo un problema, me siento deprimido					
62	Busco otras funciones a los objetos que utilizo					
63	Me integro a grupos que brindan ayuda a los necesitados					
64	Cuando algo no sale como yo espero recapacito sobre los errores que pude haber tenido					
65	Identifico los aspectos positivos de situaciones vividas					
66	En las relaciones significativas que mantengo me intereso por conocer los ideales y objetivos del otro.					

67	Mis compañeros me eligen para dirigirlos en actividades					
68	Necesito la aprobación de los demás para tomar decisiones importantes					
69	Me siento estresado al enfrentar situaciones adversas					
70	Cuando tengo un problema planeo diferentes alternativas de solución					
No	Enunciado	1	2	3	4	5
71	Desconfió de las personas que se acercan a pedirme ayuda caritativa					
72	Reflexiono sobre mis creencias					
73	Me cuesta trabajo darme cuenta de los errores que he cometido anteriormente					
74	Me intereso por el bienestar de las personas que conozco					
75	Propongo ideas para el logro de objetivos					
76	Me siento mejor cuando trabajo de forma independiente					
77	Hago chistes acerca de situaciones de mi vida cotidiana					
78	Cuando se da la oportunidad, presento proyectos de forma novedosa					
79	Sacrifico momentos que me generan placer, para obtener más adelante, grandes satisfacciones					
80	Se me dificulta adaptarme a nuevos lugares					
81	Echo la culpa a los demás por los problemas que me suceden					
82	En las relaciones que establezco tengo en cuenta el bienestar propio					
83	Me gusta enfrentar retos					
84	Las orientaciones del personal médico son imprescindibles para mi aprendizaje acerca de mi enfermedad					
85	Trato de mejorar los aspectos negativos de mí mismo					
86	Me disgusta cuando me exige mucho mi médico.					
87	Prefiero trabajar en grupo					
88	Organizo actividades que me ayuden a mi crecimiento personal					
89	Cuando reflexiono sobre mi forma de ser, tengo en cuenta, las apreciaciones de los demás					
90	Espero a que otros me ayuden a resolver los problemas					

ANEXO 5

Cuestionario de Martin-Bayarre-Grau

Leyendo las siguientes aseveraciones responda de la manera más honesta con una "X", recordando que no hay respuestas buenas o malas.

Afirmaciones		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1	Toma los medicamentos en el horario establecido					
2	Se toma todas las dosis indicadas					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados					
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de la vida diaria					
7	Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia y/o amigos					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento					
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					