

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



TESIS

“IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA
DE PACIENTES CON VIH/SIDA DEL H.G.Z. N°. 53. LOS REYES. I.M.S.S.”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75. “NEZAHUALCOYOTL”.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA.

M.C. VIANEY ANAIS LUNA BUENDIA

DIRECTOR DE TESIS.

E.M.F. ANA LAURA GUERRERO MORALES

REVISORES DE TESIS:

DRA. EN H. MARIA LUISA PIMENTEL RAMIREZ

E.M.F. RUBÉN RÍOS MORALES

E.M.F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES

M.EN I.C. LUIS REY GARCIA CORTES.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

**“IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA
DE PACIENTES CON VIH/SIDA DEL H.G.Z N°. 53. LOS REYES. I.M.S.S.”**

AUTORIZACIONES

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación N°. 1408 del IMSS Asignándole el número _____.

Dra. Alma Luisa Lagunes Espinosa.
Coordinador Delegacional de Educación en Salud.

Dra. Nora Beatríz León Ojeda.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en salud U.M.F.N°. 75.

Dr. Edgar Rubén García Torres.
Coordinador de Residencia en Medicina Familiar U.M.F.N°. 75.

Dra. Patricia Navarrete Olvera
Director de U.M.F.N°. 75.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme la fortaleza y haberme permitido culminar esta etapa de mi vida.

A la vida por todas las experiencias que puso en mi camino y que me hacen ser mejor persona día con día.

A mis padres Silvia y Pedro que me dieron la vida y sobre todo que con una sonrisa y un abrazo me han demostrado su cariño y su apoyo ante todos mis proyectos y decisiones profesionales y personales.

A nayeli mi hermana que con su paciencia y entusiasmo por su profesión me ha enseñado a ser mejor profesionista y persona. Además del apoyo que ha brindado a lo largo de mi especialidad y vida personal.

A Uriel mi hermano. Su seriedad lo caracteriza. Le agradezco su apoyo incondicional ante todas mis dificultades y su enseñanza de que no importa el número de tropiezos lo importante es levantarse y continuar.

A telma “la cachorra” de la familia que con su singular alegría nos hace ameno el día, además de la simpleza con que nos hace ver las problemáticas presentadas.

A mi tía lety que sabe que la quiero como a una hermana, gracias por todo su tiempo invertido para escucharme y por el apoyo brindado en el ámbito personal y profesional.

A Nancy, Angelica y Erika que con su cariño, sonrisas y comprensión me han ayudado a lo largo de mi vida y sobre todo estos últimos años.

A Yael mi sobrino que con sus ocurrencias me ha hecho reír y me ha alegrado varios de mis días.

A Verónica, Lupita Aldana, Malena, Adán, Flor y Evelia GRACIAS por su amistad y el apoyo que me han brindando.

A doña Panchita y Don Alejandro por el apoyo que me brindaron para cursar la especialidad

A mi tenamiktli que siempre tendrá un lugar en mi corazón y a nuestro Konetl que nos cuida desde donde está.

A la doctora Patricia Méndez, Verónica Vicente y María Eugenia Peralta por todo el apoyo que me brindaron para la realización de éste proyecto.

INDICE

I.- MARCO TEORICO	7
I.1. Introducción.	7
I.2. Antecedentes científicos generales	8
I.3. Antecedentes científicos específicos	12
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
II. 1. Argumentación.	16
II.2.Pregunta de investigación.	16
III. JUSTIFICACIONES.	17
III.1. Económica.	17
III.2. Académica.	17
III.3. Familiar y Social.	17
IV. HIPOTESIS	18
IV.1. Elementos de la Hipótesis	18
IV.1.1. Unidades de Observación	18
IV.1.2. Variables	18
IV.1.2.1. Dependiente.	18
IV.1.2.2 Independiente.	18
IV.1.3. Elementos lógicos de relación.	18
V. OBJETIVOS.	19
V.1 Objetivo General.	19
V.2. Objetivos Específicos.	19
VI. MÉTODO.	20
VI.1. Tipo de estudio.	20
VI.2. Diseño del estudio.	20

VI.3. Operacionalización de las variables. _____	21
VI.4. Universo de trabajo. _____	22
VI.4.1. Criterios de inclusión. _____	22
VI.4.2. Criterios de no inclusión. _____	23
VI.4.3. Criterios de eliminación. _____	23
VI.5. Instrumentos de evaluación. _____	23
VI.6: Desarrollo del proyecto. _____	25
VI.7. Límite de tiempo y espacio. _____	26
VI.8. Diseño de análisis. _____	26
VII. IMPLICACIONES ETICAS _____	27
VIII. ORGANIZACIÓN. _____	28
IX. RESULTADOS Y DISCUSION. _____	29
X. CUADRO Y GRAFICAS. _____	32
XI.CONCLUSIONES. _____	39
XII.RECOMENDACIONES. _____	41
XIII. BIBLIOGRAFIA. _____	45
XIV.ANEXOS _____	47
ANEXO 1 _____	48
ANEXO 2 _____	49
ANEXO 3 _____	50

I.- MARCO TEORICO

I.1. Introducción.

El virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) es un retrovirus perteneciente a la familia de los lentivirus que fue aislado por primera vez en el Instituto Pasteur en 1983. Los linfocitos CD4 constituyen la principal diana del VIH y éste linfotropismo representa una diferencia importante respecto a otros lentivirus, éste virus induce una profunda inmunosupresión en el hospedador debido a la destrucción linfocitaria. El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), representa la expresión clínica final de la infección de ésta destrucción del sistema inmune por el VIH.¹

La infección- enfermedad por VIH/SIDA es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos morbosos oportunistas o tumores.²

Las primeras descripciones de estos casos se deben a los informes de M.S. Gotlied quien junto a otros publicó 5 casos de hombres y jóvenes homosexuales entre mayo de 1980 y junio de 1981, estudiados en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, California , EE.UU, que presentaban neumonía por un germen oportunista *Pneumocistis carinii*.²

En junio de 1981 se dieron a conocer 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi, solo o asociado a la neumonía antes mencionada; se establecía así de forma definitiva el comienzo de una epidemia.²

A finales de 1982 el número de casos empezó a aumentar, a medida de que se extendía a otros grupos de la población. Los estudios epidemiológicos indicaban que existía un agente infeccioso que lo transmitía por vía sexual y sanguínea²

Esta enfermedad ha generado una gran preocupación desde los puntos de vista médico, político y social, por lo que requiere de la acción conjunta de los gobiernos

y las autoridades sanitarias para lograr su control mientras aparezca una cura para ella.²

I.2. Antecedentes científicos generales

Las nuevas estimaciones del ONUSIDA indican que para finales del año 2010 existían en el mundo cerca de 34 millones [rango de 31.6 millones–35.2 millones] de personas que vivían con VIH, de las cuales cerca del 68% vivían en el África Subsahariana, la región más afectada; y que en el mundo podrían haber ocurrido alrededor de 2.7 millones [rango de 2.4 millones–2.9 millones] de nuevas infecciones por VIH. La prevalencia a nivel mundial es de 0.8%.³

Para la región de América Latina, en la que se incluye a México, la prevalencia regional de VIH en población adulta ha permanecido sin cambios entre 2001 y el 2010, siendo cercana al 0.4%. En nuestra región cerca de 1.5 millones [rango de 1.2–1.7 millones] de personas vivían con el VIH; y durante el 2010 ocurrieron cerca de 100 mil [rango de 73 mil–140 mil] nuevas infecciones por el VIH.⁴

En México se cuenta con un Registro Nacional casos SIDA en el cual se tiene la información de los casos de SIDA que se han diagnosticado y registrado en las diferentes instituciones de salud. Al 30 de septiembre de 2011 se habían diagnosticado y registrado 151,614 casos acumulados de SIDA, de los cuales 123,706 (82%) eran hombres y 26,900 (18%) mujeres); y se habían registrado 36,714 casos acumulados de VIH, de los cuales 26,697 (72.8%) eran hombres y 10,017 (27.2%) mujeres.⁴

En el Estado de México en el 2011 se diagnosticaron 152 casos de VIH, dando una frecuencia acumulada desde 1995-2011 de 2225 casos. De los casos registrados a la fecha el IMSS ha notificado el 28.2%.⁴

Desde el descubrimiento de la actividad de la zidovudina contra el virus de la inmunodeficiencia humana, la posibilidad de curación siempre ha sido la meta más

importante en el tratamiento de esta enfermedad. Hoy más que nunca, la aparición de nuevos medicamentos con actividades más potentes y la investigación sobre el uso de combinaciones y el mejor momento para empelarlos ha creado grandes expectativas sobre la posibilidad de supresión total de la actividad viral, y tal vez de la curación. En tan solo pocos años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha pasado de ser una infección inevitablemente mortal a una con gran potencia de tratamiento a largo plazo.⁵

La decisión sobre el uso de antirretrovirales debe efectuarse de acuerdo con el estadio clínico del paciente, los niveles de linfocitos CD4+ y el número de copias de RNA en el plasma. El desarrollo de infecciones que se correlacionan con el estado inmunológico del enfermo ha sido, desde el inicio de la historia del tratamiento de los pacientes, una de las indicaciones terapéuticas más importantes. La atención del paciente asintomático ha sido cuestión de debate; sin embargo, la disminución de linfocitos T CD4+ por debajo de 500 y una carga viral por arriba de 10 000 copias indica tratamiento.⁵

El tratamiento antirretroviral actual consiste en la combinación de al menos 3 medicamentos de los siguientes grupos: 1.- Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleosidos (ITRNN), 2.- Inhibidores de la proteasa (IP), 3.- Inhibidores de la entrada (IE), 4.- Inhibidores de la integrasa (II), que se encuentran disponibles en nuestro país.⁶

Al inicio del tratamiento existen factores que permiten predecir la respuesta: 1) No haya antecedentes previos del uso de antivirales; 2) Número de linfocitos T CD4+, 3) Velocidad con la que se produce la supresión viral, 4) Uso de combinaciones y 5) Adherencia al tratamiento.⁶

Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH/SIDA, conocidas también como terapia antirretroviral altamente activa (TARGA o HAART por sus siglas en inglés) han demostrado ser eficaces para

reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la supervivencia y la calidad de vida. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2004) señala que sólo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral [TAR] toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas de adherencia al tratamiento subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad.⁷

Según la OMS (2004) adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como el grado en el cual el comportamiento del paciente- la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida- responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de salud. Además resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y la participación como socio activo con los profesionales de salud en su propia atención.⁷

Otros autores consideran como adherencia al tratamiento del VIH/SIDA como una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, en los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de la enfermedad. Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación, perfeccionamiento de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquellos que pueden constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad.⁷

En el caso del VIH/SIDA, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a las citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y

nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual [ITS]; observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.).⁷

Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmente al comportamiento del individuo en función de los objetivos terapéuticos y por lo tanto tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida.⁷

La adherencia al tratamiento antirretroviral se ha relacionado con factores asociados al paciente, al tratamiento y a la enfermedad, así como con la organización y características del equipo de salud.⁸

Dentro de los factores relacionados con el tipo de paciente, hay datos contradictorios sobre la influencia que ejercen algunos factores relacionados con el individuo en el cumplimiento terapéutico. Los trastornos mentales (depresión, ansiedad u otros), son un factor observado frecuentemente en incumplidores, habiéndose sugerido, incluso, que el binomio alteración mental y pobre percepción del beneficio potencial del TARV es el principal responsable de la baja adherencia de buen número de pacientes. Así también se encuentra una asociación con el abuso de alcohol y consumo de otras drogas. Otros factores relacionados con el paciente son: Rechazo del diagnóstico, Ausencia de percepción de beneficio potencial de la terapia, Inexistencia de apoyo de la pareja, la familia o los amigos.⁸

Dentro de los factores asociados al tratamiento se encuentran: Existencia de muchos fármacos, dosis, difícil ingestión, mal sabor o efectos adversos, insuficiente comprensión del tratamiento, insuficiente entendimiento de la relación riesgo/ beneficio, frecuentes cambios de combinaciones terapéuticas, intrusividad (alteración de las rutinas y estilo de vida del paciente).⁸

Los factores asociados a la enfermedad son: Temor a la identificación, a la estigmatización y a la marginación social y concomitancia con otras enfermedades.⁸

Y por último los factores asociados al equipo de salud que sería los siguientes: Organización asistencial que impide la comunicación y la confianza, mala respuesta a las “necesidades” del paciente⁸

Ya que una vez el paciente se encuentra en tratamiento es importante evaluar la adherencia, para esto existen diferentes métodos como los métodos indirectos en donde se encuentra la entrevista, cuestionarios estructurados, recuento de la medicación, correlación clínica, inmunológica y virológica entre otros. Y dentro de los directos: Monitorización del fármaco en sangre y tratamiento directamente observado y realizado por profesionales entrenados.⁸

I.3. Antecedentes científicos específicos

Una enfermedad crónica en un miembro de la familia supone una prueba para el funcionamiento de ella, pues provoca cambios a nivel de su organización, haciendo que ésta se vuelva sobre sí misma con el fin de entender al enfermo y conocer a éste nuevo miembro del sistema.⁹

Así que la familia sea la fuente natural de poyo del enfermo pareciera ser universalmente aceptad, pero la presencia del SIDA, con su narrativa del miedo y estigma, ha venido a poner a prueba ésta afirmación. Varios autores han

cuestionado el papel de la familia como el cuidador primario del paciente con VIH/SIDA. A esto contribuyen tanto el miedo como el estigma social, estigma que portarán no solo el enfermo si no también su familia. Ésta manifiesta miedo ante lo incurable, lo impredecible, el contagio, el temor a que alguien se entere o que la familia se separe al haber quienes rechacen y quienes acepten al paciente, así como miedo a no poder hacer frente a los gastos que el padecimiento trae consigo y al estigma social que la enfermedad conlleva.⁹

Por otra parte el individuo con VIH/SIDA presentará temor a no valerse por sí mismo, al dolor, al sufrimiento, a lo que vendrá, al rechazo, a la humillación, a llegar a ser una carga para su familia y/o sus amigos, y finalmente se sentirá asustado frente a su posible muerte. Otro factor que hace difícil a la familia adaptarse a la enfermedad es que se le hace evidente el estilo de vida de quien la padece, lo cual se encuentra sujeto a los prejuicios tanto por parte del grupo social como de la familia. El estigma social, individual y familiar dificulta que éste logre aceptar al individuo y a su enfermedad no sólo por padecerla, sino también por ser el portador del ostracismo social.⁹

Parece una idea aceptada que el apoyo social puede actuar como amortiguador contra el estrés asociado con sobrellevar una enfermedad, así como que constituye un arma para disminuir la progresión del padecimiento. De ésta manera la familia adopta una forma centrípeta para “socializar” el padecimiento. Esto se refleja como un aumento en el grado de apoyo que los diferentes miembros del grupo familiar brindan al sujeto enfermo. Así el apoyo familiar, es entendido como la habilidad para promover el crecimiento y desarrollo de los diferentes miembros de la familia, a la vez que se les provee de seguridad y de ayuda para fomentar su creatividad, y se tiene la sensibilidad para detectar y tratar de satisfacer las necesidades de sus integrantes.⁹

Las familias de personas VIH positivas o con SIDA deben pasar por todo un proceso de adaptación del que se tiene aún poco conocimiento y que incluye no sólo la negociación de la identidad familiar con el exterior (a través de la cual las familias buscan evitar la estigmatización asociada al VIH/SIDA), sino también la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con SIDA entre la familia y los servicios de salud.¹⁰

Como ya se había mencionado el efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema familiar y ésta a la vez repercute y afecta al paciente. Ya que cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total, es decir, la familia es considerado un sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica, donde lo que le pasa a uno afecta al otro y viceversa. Por lo tanto, se contempla el todo y sus partes, así como las conexiones entre las partes, y se estudia el todo para poder comprender las partes.¹¹

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos. Las familias funcionales proporcionan una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado.¹¹

Por lo general, la familia comparte el proceso de la enfermedad, cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, no sólo alarma al paciente, sino a la familia. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo.¹¹

Por todo lo anterior es importante saber si el apoyo familiar influye o no en la aceptación de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. En México en el hospital Juárez se realizó un estudio que duro un año en 39 pacientes y sus familiares en donde se realizaron instrumentos acerca del apoyo familiar con que cuentan los pacientes con VIH y de los familiares acerca del tipo de apoyo que brindan al paciente, de la adherencia al tratamiento y de la información que tienen acerca del VIH. Al término de éste estudio se pudo observar que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad, sin embargo encontraron que hace falta información y manejo en la familia y el paciente en forma conjunta.¹¹

Es por esto que nace la inquietud de realizar un trabajo de investigación para saber la importancia de la familia en la adherencia terapéutica. Dicho trabajo se llevó a cabo en la clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No. 53.Los Reyes. IMSS. Ubicado en Carretera Federal México Puebla Km.17.5. S/N, Los Reyes , C P 50727. El cual atiende a una población de 502, 384.0 pacientes adscritos. En él se encuentra la clínica de VIH/SIDA, que fue fundada en el año de 1991 y se encuentra a cargo de la Dra. Patricia Amalia Méndez Cardoso y la Dra. Ángela Verónica Vicente González. A dicha clínica pertenecen 499 pacientes de los cuales son 412 hombres y 77 mujeres.¹²

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II. 1. Argumentación.

La humanidad, a lo largo de su historia, ha padecido graves epidemias que ha devastado pueblos enteros como la peste y el cólera. Sin embargo nunca había tenido que enfrentar una amenaza a la salud como la que representa el VIH/SIDA. que aun continua siendo un reto para la salud pública, para la atención médica y para el desarrollo tecnológico de pruebas diagnósticas y de medicamentos. Aunque que también representa un desafío social, ético y económico.

En México el VIH/SIDA aún constituye para los servicios de salud una prioridad consolidar programas de prevención, control y sobre todo de tratamiento. Últimamente se ha puesto mucho énfasis en éste rubro, ya que ahora todo paciente con éste padecimiento tiene facilidades para obtener su tratamiento, todo esto para disminuir las complicaciones y su muerte. Aquí es donde se entra la importancia de la adherencia terapéutica ya que no sólo es importante el tener el medicamento sino tomarlo adecuadamente. Se han tratado de identificar los factores por los cuales en muchas ocasiones el paciente con VIH/SIDA no se encuentra adherido al tratamiento, por lo que es importante investigar si el apoyo que brinda la familia al paciente tiene que ver con su adherencia al tratamiento.

II.2.Pregunta de investigación.

¿Qué importancia tiene el apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA en el H.G.Z. No. 53. Los Reyes. I.M.S.S.?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1. Económica.

El tratamiento usado en pacientes con VIH/SIDA, tiene un costo elevado, lo que ocasiona que una gran parte del presupuesto, que se da a los servicios de salud vaya destinado para este padecimiento. Es por eso que es importante cuidar el uso adecuado de éstos medicamentos y evitar cambiar de fármacos por falla terapéutica ligada a la falta de adherencia por parte de los pacientes, es por eso que se han tratado de buscar los factores relacionados con la falla de esto.

III.2. Académica.

Adquirir conocimientos sobre los factores que influyen en la baja adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA. Ya que en muchas ocasiones los médicos sabemos poco acerca de éste padecimiento y no tenemos la sensibilidad para brindarles una buena atención médica. Además sería recomendable crear grupos multidisciplinarios los cuales estén capacitados para atender a este tipo de pacientes y a su familia y brindarles información desde que se les da el diagnóstico y sobre todo continuar con programas para la prevención del VIH/SIDA.

III.3. Familiar y Social.

La familia es la fuente natural de apoyo del enfermo, no así en pacientes con VIH/SIDA en muchas ocasiones éste tipo de pacientes son estigmatizados y discriminados por los propios miembros de su familia, es por eso que es importante, formar grupos de apoyo para los pacientes y los familiares en donde se dé información general acerca del VIH/SIDA sobre todo de las formas de transmisión ya que hoy por hoy existen muchos tabús acerca de ésta enfermedad, y así tratar de que la familia pueda apoyar al paciente en todos los aspectos y así mejorar la calidad de vida.

IV. HIPOTESIS

Si hay apoyo familiar en el paciente con VIH/SIDA, entonces su adherencia terapéutica se verá beneficiada.

IV.1. Elementos de la Hipótesis

IV.1.1. Unidades de Observación

Paciente con VIH/SIDA.

IV.1.2. Variables

IV.1.2.1. Dependiente.

- Apoyo familiar

IV.1.2.2 Independiente.

- Adherencia terapéutica.

IV.1.3. Elementos lógicos de relación.

- Si hay, en el, entonces su, se verá beneficiada.

V. OBJETIVOS.

V.1 Objetivo General.

Determinar la importancia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA en el H.G.Z 53 Los Reyes IMSS.

V.2. Objetivos Específicos.

- 1.- Identificar la población total de pacientes que pertenecen a la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53 en estudio.
- 2.- Identificar por edad y sexo a los pacientes encuestados que pertenecen a la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53 en estudio
- 3.- Identificar el tiempo de tratamiento farmacológico de los pacientes que pertenecen a la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53 en estudio.
- 4.- Determinar la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA a través de instrumentos de autoevaluación.
- 5.- Determinar el apoyo que brinda la familia a los pacientes con VIH/SIDA.
- 6.- Identificar el año de diagnóstico de VIH/SIDA en el paciente.
- 7.- Relacionar la importancia del apoyo familiar en el paciente con VIH/SIDA y su adherencia terapéutica.

VI. MÉTODO.

VI.1. Tipo de estudio.

- Observacional, descriptivo, prospectivo, transversa

VI.2. Diseño del estudio.

- Tiempo: Del 01 de Enero del 2013 al mes de Agosto del 2013.
- Lugar: Clínica de VIH/SIDA. Del H.G.Z. No. 53. Los Reyes. I.M.S.S. Ubicado en: Carretera Federal México Puebla Km.17.5. S/N, Los Reyes, C P 50727
- Persona: pacientes de la clínica del VIH/SIDA.

VI.3. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
APOYO FAMILIAR	Habilidad para promover el crecimiento y desarrollo de los diferentes miembros de la familia, a la vez que se les provee de seguridad y de ayuda para fomentar su creatividad, y se tiene la sensibilidad para detectar y tratar de satisfacer las necesidades de sus integrantes	Grupo de individuos que tienen un vinculo afectivo con el paciente que padece VIH	Cualitativa Nominal politómica	Instrumento de percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia.	1.- Totalmente en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4.- De acuerdo 5.- Totalmente de acuerdo Mayor de 57 puntos se considera con apoyo familiar
ADHERENCIA TERAPEUTICA	Cumplimiento del régimen terapéutico prescrito, incluyendo su buena disposición para iniciar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se lo recetaron	Cumplimiento del régimen terapéutico en pacientes con VIH, incluyendo medicamentos, horario y medidas higiénico - dietéticas.	Cualitativa Nominal dicotómica Semcuantitativa nominal politómica	Escala SMAQ	1-4, SI NO 6: >2 días <2días 5:A: ninguna B:1-2 C:3-5 D:6-10 E:Mas de 10
PACIENTE CON VIH	Es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un <u>tratamiento</u> o a una <u>intervención</u> .	Es aquel que, por su enfermedad de base (VIH), tiene alterado uno o algunos mecanismos de defensa, fenómeno que lo hace susceptible a infecciones oportunistas.	Cualitativa	ELISA PARA VIH WESTERBLOOT	Positivo Negativo
SEXO	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes	Paciente con VIH hombre ó mujer	Cualitativa	Masculino Femenino	M:1 F: 2
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Edad en años cumplidos en pacientes con VIH	Cuantitativa	AÑOS	1.- 18-25 2.- 26-32 3.- 34-41 4.- 42-49 5.- 50-57 6.- 58-73 8.- 74-81 9.- 82-89

VI.4. Universo de trabajo.

Se Trabajó con 499 pacientes de la clínica de VIH/SIDA del H.G.Z.No. 53. Los Reyes I.M.S.S.

Si la población es finita, es decir que conocemos el total de la población y deseamos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

$$N = \frac{Z(a^2) (N) (p) (q)}{d^2 (N-1) + (p) (q)}$$

Donde:

N= Total de la población

Za²= 1.96² (si la seguridad es del 95%)

p= Proporción esperada (en este caso 5%= 0.05)

q= 1 – p (en este caso 1 – 0.05= 0.95)

d= precisión (en este caso deseamos 3%).

Se requiere de 255 pacientes encuestados para que sea una muestra representativa. Sin embargo se aplico una reducción del 20% por lo tanto se realizaron 205 encuestas.

VI.4.1. Criterios de inclusión.

- 1.- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA que pertenezcan al H.G.Z 53 Los Reyes.
- 2.- Que se encuentren en tratamiento farmacológico
- 3.- De uno u otro sexo.
- 4.- Que pertenezcan aún núcleo familiar.
- 5.- Que acepten libremente y por escrito su participación en el estudio mediante carta de consentimiento informado.

VI.4.2. Criterios de no inclusión.

1.- Pacientes con problemas en facultades mentales.

VI.4.3. Criterios de eliminación.

1.- Que el paciente fallezca durante el proceso de recopilación de información

2.- El paciente no desee participar en el estudio

3.- Cuestionarios de autoevaluación incompletos

VI.5. Instrumentos de evaluación.

Se utilizaron 2 cuestionarios, los cuales se administraron de manera directa y autoadministrados.

1.- Cuestionario validado SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire).

- Consiste en: Solicitar al paciente contestar ciertas preguntas previamente definidas y en función de sus respuestas, valorar el grado de adherencia.
- El cuestionario SMAQ ha sido validado en la población española y consta de 6 preguntas con respuesta cerrada.
- En la evaluación, se considera **paciente no adherente**, con base a las siguientes respuestas:
 - Pregunta 1: SI
 - Pregunta 2: NO
 - Pregunta 3: SI
 - Pregunta 4: SI
 - Pregunta 5: C, D ó E

- Pregunta 6: Más de 2 días.

Este cuestionario considera paciente adherente, aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

2.- Instrumento de percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia.

- Este cuestionario evalúa algunas conductas, pensamientos y emociones que experimenta sobre su familia el paciente con VIH/SIDA. Consta de 19 reactivos y permite evaluar:
 - La “preocupación familiar por el enfermo con los reactivos: 2,5,8,10,14,17 y 19.
 - Apoyo emocional. Con los reactivos: 1,3,6,12 y 16.
 - Percepción del apoyo familiar por el enfermo. Con los reactivos: 4,7,9,11,13,15 y 18.

- Consta de 19 reactivos a los cuales se les puede contestar de la siguiente manera:
 - 5.- Totalmente de acuerdo
 - 4.- De acuerdo
 - 3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - 2.- En desacuerdo
 - 1.- Totalmente en desacuerdo

- Se realiza la suma de los puntajes obtenidos. El máximo puntaje es de 95 y el mínimo de 19. La suma de los puntajes obtenidos por arriba de 57 puntos indica el grado de percepción de apoyo.

VI.6: Desarrollo del proyecto.

- Se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes del H.G.Z.No.53. Los Reyes. I.M.S.S. Se presentó el proyecto de tesis explicando el objetivo de la misma y solicitándole de manera cordial el permiso para realizar dicho proyecto de investigación, se le mostro la carta de consentimiento informado que se utilizaría en dicho estudio, además de asegurar que la información recabada es confidencial.
- Una vez aprobado el proyecto se solicitó autorización al responsable de la clínica de VIH/SIDA. Previo requisito para obtener los datos de los pacientes de ambos turnos de dicha clínica.
- Se solicito firmar carta de consentimiento informado a cada uno de los pacientes de la clínica de VIH/SIDA encuestados.
- Se aplicó un cuestionario que incluyó una ficha de identificación, en los que incluía: edad, sexo, año de diagnóstico y tiempo de tratamiento.
- Se aplico el cuestionario SMAQ, que es el primer instrumento de autoadministración, diseñado para medir la adherencia terapéutica en los pacientes con VIH/SIDA.
- Posteriormente se aplica el instrumento de percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia. Que mide la percepción que tiene el paciente acerca del apoyo que le brinda su familia.
- Ambos cuestionarios se realizaron en un lapso de 1 mes y medio, en ambos turnos.
- Se agradeció a los pacientes su participación en este proyecto de investigación. Así como a las autoridades correspondientes.

VI.7. Límite de tiempo y espacio.

Se aplicaron los instrumentos de evaluación a los pacientes de la clínica de VIH/SIDA del H.G.Z.No 53.Los Reyes. IMSS. Que cumplían con los criterios establecidos de forma directa, en ambos turnos y se obtuvieron los resultados de ellas en 15 días y se realizó su análisis en 1 semana.

El proyecto se llevó a cabo en la Clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No 53.Los Reyes. Del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicado en Carretera Federal México Puebla Km.17.5. S/N, Los Reyes, C P 50727. Estado de México.

VI.8. Diseño de análisis.

Se revisó y capturó la información en la base de datos, utilizando el programa SPSS versión 15, así como Excel y Word 2007. Se procedió a realizar el análisis estadístico en base a análisis univariado empleando frecuencias y porcentajes para las variables cuantitativas.

VII. IMPLICACIONES ETICAS

El presente estudio se realizó bajo las normas éticas regidas en la declaración de Helsinki, Tokio y Núremberg.

La declaración de Helsinki son recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación clínica. Adoptada por la World Medical Assembly, Helsinki, Finlandia, 1964, mientras que la declaración de Tokio pone de manifiesto sobre proceder médico ante casos de Tortura y Otros Tratamientos o Castigos Degradantes, Inhumanos o Crueles, en relación con la Detención y Prisión de un ser humano. Adoptada por la World Medical Association, Tokyo, 1975. Por último el código de Núremberg que señala el consentimiento informado.

Este proyecto cuenta con aspectos de factibilidad ya que es de costo accesible y no requiere de financiamiento externo. No transgrede los derechos humanos, ni viola normatividad alguna en materia de investigación en seres humanos; respeta lo que marca la Ley General de Salud en base a su última reforma publicada en el DOC 01-09-2011, En su Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, la investigación sin riesgo y se cuidará en todo momento la confidencialidad de la información.

VIII. ORGANIZACIÓN.

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

DIRECTOR DE TESIS: E.M.F. Ana Laura Guerrero Morales.

TESISTA:

1. M.C. Vianey Anais Luna Buendía.

Para fines de Publicación y/o presentación en foros, congresos o cartel.

Los créditos serán:

AUTOR: E.M.F. Ana Laura Guerrero Morales

COAUTORES: M.C. Vianey Anais Luna Buendía.

IX. RESULTADOS Y DISCUSION.

El presente estudio se conformo por los pacientes que son tratados en la clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No. 53. Los Reyes. I.M.S.S, a través de una muestra de 205 pacientes, que acuden mensualmente a revisión con estudios de laboratorio y prescripción de sus antirretrovirales.

Se obtuvo la autorización del hospital para realizar el estudio, así como de las responsables de la clínica para poder realizar los cuestionarios a los pacientes que contaban con criterios de inclusión.

Se revisó y recabó la información a través del cuestionario para los 205 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

Los pacientes con VIH/SIDA, se presentaban dentro de un rango de edad de entre los 18 y 89 años, de los cuales la mayoría presentaban una edad entre los 34 a 41 años, lo que corresponde a un 26.8%. En segundo lugar lo ocupan los pacientes que se encuentran entre los 42 a 49 años, con un porcentaje de 23.9%, cabe mencionar que los jóvenes de entre los 18 a 25 años ocupan el cuarto lugar de frecuencia, con un porcentaje del 10.2 %, esto a mención de que actualmente ya se cuenta con programas a nivel mundial acerca de cómo prevenir ésta enfermedad y que los jóvenes tienen la facilidad de informarse por los diferentes medios de comunicación. Por último la frecuencia más baja es de pacientes entre los 74-81 y 82- 89 años con una frecuencia de 1, lo que corresponde al .5%.

(Cuadro y gráfica 1).

En cuanto al sexo la mayoría de la población de la clínica son hombres, por lo tanto podemos decir que la población estudiada fue de 165 hombres que equivale al 80.5% y el resto son mujeres con un población estudiada de 40 mujeres con un porcentaje de 19.5%. Si bien es cierto el riesgo es el mismo para ambas poblaciones pero según la literatura en México la mayoría de los casos de VIH/SIDA se encuentra dentro de la población masculina.⁴ (Cuadro y gráfica 2).

El tiempo de inicio de tratamiento antirretroviral, en la población estudiada fue clasificada por rangos, en éstos se encontraban pacientes con muy poco tiempo de tratamiento (meses), hasta otros con varios años, los rangos iban desde < de 1 año hasta 21-25 años de inicio de tratamiento. La mayor frecuencia de casos se encontraba en el rango de 1-5 años de inicio de tratamiento con un porcentaje del 42%, seguido de pacientes con un rango de 6-10 años, que ocupa un porcentaje del 26.8%, la población que presenta un menor porcentaje de rango de inicio de tratamiento está entre los 21-25 años con un porcentaje muy pequeño de 1.5%. (Cuadro y gráfica 3).

De los pacientes que se incluyeron en la muestra, encontramos que 153 de éstos resultaron con adherencia lo que equivale a un 74.6%, y una menor frecuencia que fue de 52 pacientes con un porcentaje del 25.4%. Como se puede observar la mayoría de los pacientes de ésta muestra son adherentes al tratamiento, aun que sólo se haya tomado una parte de la población de la clínica, podemos suponer que la mayoría se encuentra adherida a la terapia, de ésta manera podríamos tratar de buscar los factores que influyan para que el paciente se encuentre adherido al tratamiento. (Cuadro y gráfica 4).

En cuanto al apoyo familiar se encontró en este estudio que los pacientes que pertenecen a la clínica de VIH, un total de 148 perciben apoyo por parte de su familia lo que equivale al 72.2% de la población, y sólo 57 pacientes (27.8%), no perciben apoyo por parte de su familia según la literatura refiere que la familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos. Las familias funcionales proporcionan una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado¹¹. De ésta manera podríamos pensar que la familia sí es importante para mejorar la adherencia del tratamiento en el paciente. (Cuadro y gráfica 5).

Aun que en la literatura consultada no se encontró importancia del año de diagnóstico, en éste estudio se investigó, para saber si el hecho de tener mayor

tiempo con el diagnóstico, nos podría hablar acerca de la aceptación del VIH/SIDA por parte del enfermo ya que éste factor sí podría influir en la adherencia terapéutica⁸. En el presente estudio se pudo observar que los años del 2001-2008, fueron diagnosticados 87 casos con un porcentaje del 42.4, lo cual casi representa un 50% de la población de la clínica, sin embargo se tendría que realizar una asociación para tratar de investigar este resultado. Aún así, solo podemos mencionar la frecuencia del año en que el paciente recibió su diagnóstico. (Cuadro y gráfica 6)

En el año 2004 se realizó un estudio a 39 pacientes del Hospital Juárez de México, en el cual se buscaba investigar si el apoyo familiar influía en la adherencia terapéutica. Al término del estudio se pudo observar que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad. En este estudio se hizo una relación entre apoyo que le brinda su familia a los pacientes con VIH/SIDA y la adherencia terapéutica, lo que arrojó esta investigación fue que de la muestra de 205 pacientes encuestados, 116 presentan adherencia y apoyo familiar lo que da 56.6%, 13 de los pacientes es decir el 6.3% no presentan adherencia al tratamiento, aun que tengan apoyo familiar, por otro lado un 12.7% de la población es decir 26 pacientes no presentan adherencia terapéutica aunque tengan apoyo familiar y por último 50 pacientes es decir un 24.4% no son adherentes y tampoco tienen apoyo familiar. Como podemos observar que más del 50% de la población estudiada presentan adherencia terapéutica y apoyo familiar (Cuadro y gráfica 7).

Al realizar el cálculo estadístico para X^2 se obtuvo un valor de 1.610, con 1 gl. Lo cual significa que no hay relación entre el apoyo familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA del H.G.Z. N°53. Los Reyes. I.M.S.S.

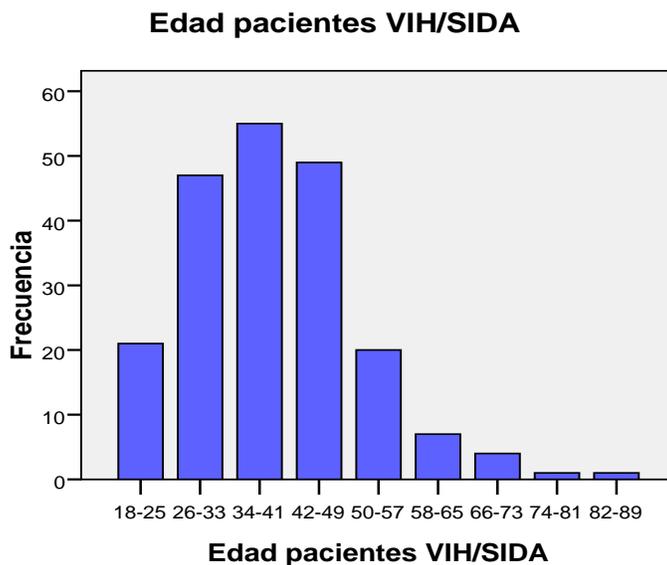
X. CUADRO Y GRAFICAS.

Cuadro 1:
Edad de los pacientes encuestados de la Clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No. 53. Los Reyes. I.M.S.S. 2013.

EDAD.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
18-25	21	10.2	10.2
26-33	47	22.9	22.9
34-41	55	26.8	26.8
42-49	49	23.9	23.9
50-57	20	9.8	9.8
58-65	7	3.4	3.4
66-73	4	2.0	2.0
74-81	1	.5	.5
82-89	1	.5	.5
TOTAL	205	100.0	100.0

FUENTE: Concentrado de datos

GRAFICA I
Edad de los pacientes encuestados de la Clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No. 53. Los Reyes. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 1.

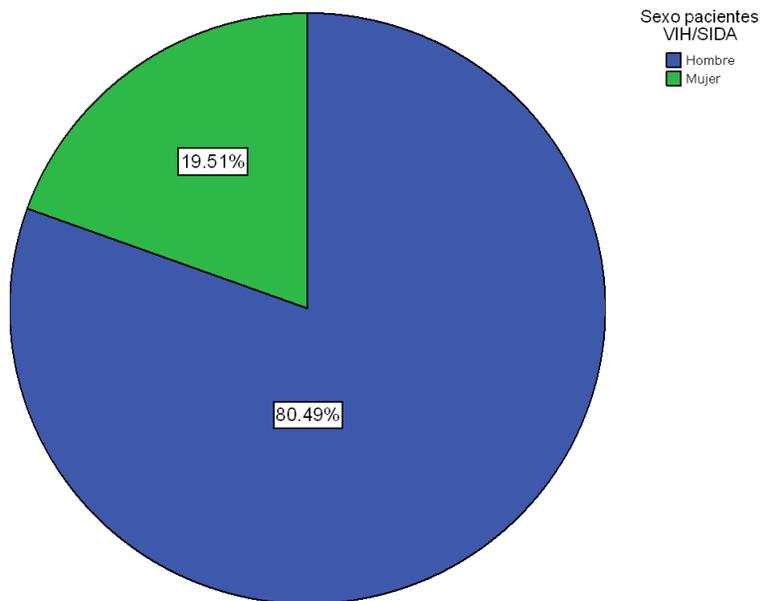
Cuadro 2:
Sexo de los pacientes encuestados de la Clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No. 53. Los Reyes. I.M.S.S. 2013.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
HOMBRE	165	80.5	80.5
MUJER	40	19.5	19.5
TOTAL	205	100.0	100.0

FUENTE: Concentrado de datos.

GRAFICA II.

Sexo de los pacientes encuestados de la Clínica de VIH/SIDA No. 53. L adscritos al H.G.Z No. 53.Los Reyes. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 2.

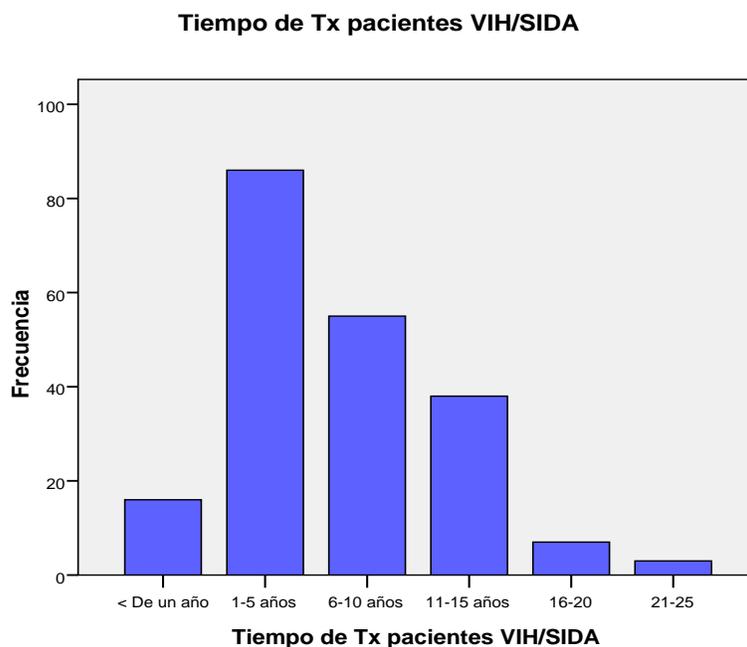
Cuadro 3:
Tiempo de tratamiento farmacológico de los pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.

TIEMPO DE TX.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
< de 1 AÑO	16	7.8	7.8
1-5 AÑOS	86	42.0	42.0
6-10 AÑOS	55	26.8	26.8
11-15 AÑOS	38	18.5	18.5
16-20 AÑOS	7	3.4	3.4
21-25 AÑOS	3	1.5	1.5
TOTAL.	205	100.0	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

GRAFICO 3.

Tiempo de tratamiento farmacológico de los pacientes que encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 3.

Cuadro 4:

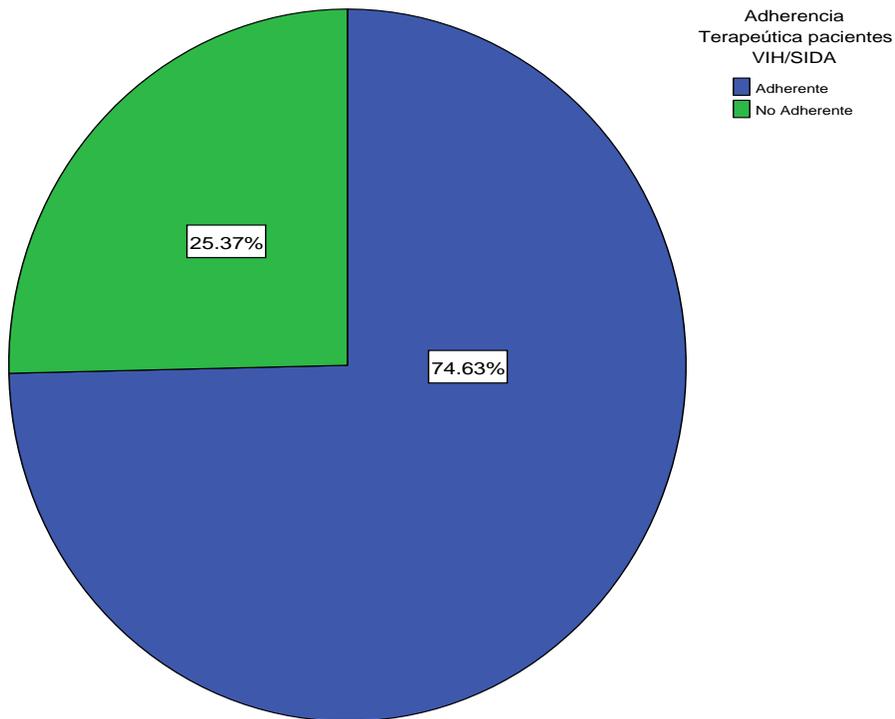
Adherencia Terapéutica de pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.

ADHERENCIA	FRECUENCIA	PPORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
ADHRENTE	153	74.6	74.6
NO ADHERENTE	52	25.4	25.4
TOTAL	205	100.0	100.0

FUENTE: Concentrado de datos.

GRAFICA 4.

Adherencia Terapéutica de pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 4.

Cuadro 5:

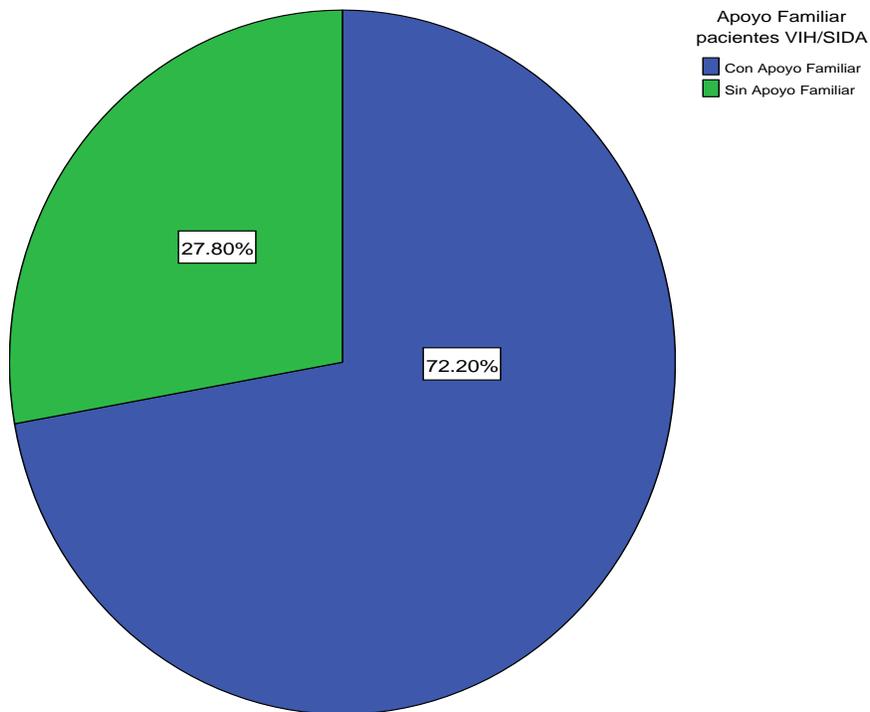
Apoyo Familiar en pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.

APOYO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
CON APOYO FAMILIAR	148	72.2	72.2
SIN APOYO FAMILIAR	57	27.8	27.8
TOTAL	205	100.0	100.0

FUENTE: Concentrado de datos.

GRAFICO 5.

Apoyo Familiar en pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 5

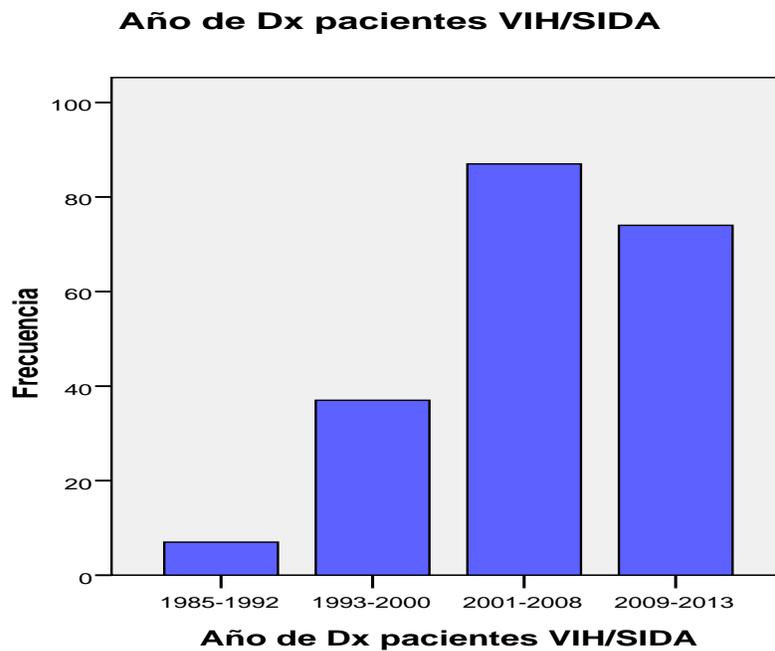
Cuadro 6:
Año de Diagnóstico de pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA
adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.

AÑO DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
1985-1992	7	3.4	3.4
1993-2000	37	18.0	18.0
2001-2008	87	42.4	42.4
2009-2013	74	36.1	36.1
TOTAL	205	100.0	100.0

FUENTE: Concentrado de datos.

GRAFICA 6.

Año de Diagnóstico de pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA
adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 6

Cuadro 7:

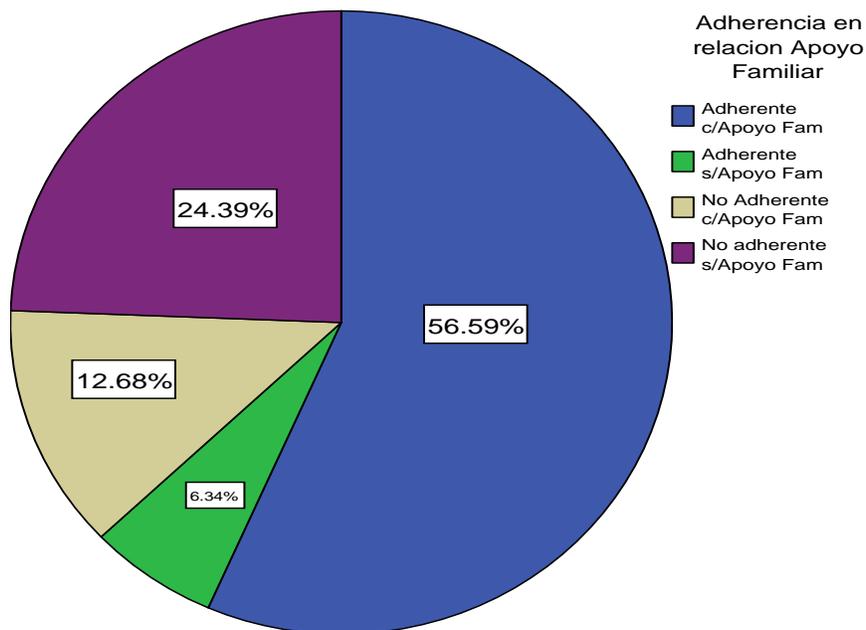
Adherencia Terapéutica en relación con el Apoyo Familiar de pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.

ADHERENCIA / APOYO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
ADHERENTE CON APOYO FAMILIAR	116	56.6	56.6
ADHERENTE SIN APOYO FAMILIAR	13	6.3	6.3
NO ADHERENTE CON APOYO FAMILIAR	26	12.7	12.7
NO ADHERENTE SIN APOYO FAMILIAR	50	24.4	24.4
TOTAL	205	100.0	100.0

FUENTE: Concentrado de datos.

GRAFICA 7

Adherencia Terapéutica en relación con el Apoyo Familiar de pacientes encuestados de la clínica de VIH/SIDA adscritos al H.G.Z No. 53. I.M.S.S. 2013.



FUENTE: Cuadro 7

XI.CONCLUSIONES.

Los seres humanos nos enfrentamos a diversas crisis, una de ellas es la enfermedad crónica. Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis, con más razón lo podrá hacer el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, como es el caso del Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida).

En la literatura algunos autores han conceptualizado el apoyo como una de las fuerzas de la familia. Éste es definido como todo aquello que sirve para sostener, proteger, auxiliar, favorecer o brindar soporte a un individuo.

En este estudio al buscar la importancia que tiene la familia en la adherencia terapéutica del paciente con VIH/SIDA, pudimos observar que más del 50% de la población estudiada presentaban adherencia terapéutica cuando se les brindaba apoyo por parte de la familia. así podemos observar el papel que desempeña la familia en este padecimiento. Aunque también hubo casos en los que los pacientes cuentan con el apoyo familiar sin embargo no presentan una adecuada adherencia terapéutica, lo que nos orilla a buscar otros factores que puedan influir en una mala adherencia, algunos de ellos fueron referidos en el marco teórico.

De los pacientes que fueron encuestados más del 70% contaban con apoyo por parte de la familia, considero que esto es importante, puede deberse a que en la clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. No.53 Los Reyes. IMSS. Los pacientes son atendidos, por un grupo multidisciplinarios en donde se involucra no sólo al médico, si no a psicología, nutrición, trabajo social entre otros, todo éste equipo participan en conjunto con atención desde el momento del diagnóstico hasta con talleres dirigidos al paciente y a su familia. Considero que éste apoyo brindado al paciente y a su familia por parte del personal de salud es muy importante, ya que la sociedad a pesar de la difusión de la información acerca de éste padecimiento, aún continua estigmatizando al paciente con VIH/SIDA, y más aún al saber su

preferencia sexual, ésta última es una de las razones por las cuales el paciente con este padecimiento no se siente con la confianza de informarle a los familiares.

Por otro lado a lo largo del tiempo que se utilizó en la recolección de datos también se pudo observar que en muchas ocasiones la familia puede caer en la sobreprotección del paciente, esto ocurre con mayor frecuencia en pacientes recién diagnosticados, pero tal vez podría ser parte del proceso.

Posterior a analizar los resultados de éste proyecto puedo concluir que el apoyo familiar es importante para el paciente, para la adherencia al tratamiento y mejor evolución del paciente con VIH/SIDA, ya que no sólo la familia participa como apoyo emocional, si no en la preparación de alimentos, sino también en acudir por medicamentos o a recibir resultados de laboratorio, cuando el paciente no pueda por cuestiones laborales u otras.

XII.RECOMENDACIONES.

De los resultados y conclusiones podemos recomendar lo siguiente:

Realizar campañas acerca de prevención, patogenia, formas de transmisión del virus y sobre todo del estado actual del VIH/SIDA en todos los grupos etarios sobre todo en la población joven ya que se encontró un gran porcentaje desde los 18 años hasta los 33 años de pacientes infectados en éste estudio, esto pidiendo apoyo a medicina preventiva y trabajo social del Hospital General de Zona N°53. Los Reyes. Con el fin de desaparecer los tabus que en la actualidad existen y sobre todo para generar conciencia acerca de ésta enfermedad.

Gestionar a la dirección del hospital la facilitación de pruebas para VIH y sobre todo el ingreso a la clínica de VIH/SIDA del hospital disminuyendo los requisitos, como por ejemplo dando cita desde el momento que se realiza el diagnostico sobre todo si se realiza en este hospital, y crear una red con las unidades de referencia de ésta sede, para así facilitar la atención del paciente.

Capacitación del personal para la atención integral del paciente y su familia como son Médicos Generales, Médicos Familiares, Psicología, Nutrición, Trabajo social, Medicina preventiva, Por los responsables de la Clínica de VIH/SIDA. Deberá ser realizado en 1 semana. Tocando los siguientes temas.

- 1.- ¿Que es el VIH?
- 2.- ¿Qué es el S.I.D.A?
- 3.- Epidemiología actual del VIH. Sobre todo en México.
- 4.- Formas de transmisión del VIH.
- 5.- Generalidades acerca del tratamiento, en qué momento se inicia con éste, así como efectos secundarios.
- 6.- Vigilancia de seguimiento en pacientes con tratamiento farmacológico
- 7.- Cuidados generales: Alimentación, Estilo de vida.
- 8.- ¿En qué consiste el apoyo psicológico?

9.- Evaluación por parte de los responsables de la clínica de VIH/SIDA hacia el personal.

Cabe mencionar que cada sesión deberá abarcar por lo menos 2 temas de los ya mencionados se deberá realizar una carta de estrategia por el personal de la clínica. Proponiendo un máximo de 1:30 min de capacitación. Así como la forma de presentación del tema.

Gestionar con la administración y dirección del hospital el abasto del medicamento antirretroviral mediante un programa que se renueve de manera semestral con facilidades para solicitar mayor cantidad de tratamiento, esto por los nuevos ingresos a la clínica de VIH, y no desabastecer a la farmacia de estos. Es importante tomar en cuenta los posibles cambios de medicamento en caso de requerirlo como son efectos secundarios o reacciones a estos.

Realización de talleres desde el momento del diagnóstico en el paciente. Esto de manera integral e impartido por el personal de salud que ya deberá estar capacitado. Los temas a tratar con el paciente y su familia en caso de que así lo decida el paciente. Las sesiones se realizarán de manera mensual y tomando en como guía la siguiente carta descriptiva. Realizándose cambios de acuerdo a criterio del ponente.

OBJETIVO.

Conocimiento por parte del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento. Para disminuir la ansiedad y el miedo hacia ésta.

Estrategia: Dependerá del ponente.

Duración: 45 min. Aproximadamente.

Hora: 8:00am.

Lugar: Auditorio del H.G.Z. 53. Aulas. Patio del H.G.Z. 53 (Dependerá del tema a tratar)

1. ¿Qué es VIH y SIDA? y el VIH como enfermedad crónica.
2. Formas de transmisión.
3. Epidemiología. Sobre todo con énfasis en la sobrevida actual en pacientes con éste padecimiento.
4. ¿En qué momento iniciaré con tratamiento farmacológico?
5. Adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico).
6. Taller demostrativo de Alimentos
7. Taller demostrativo de Actividad física.
8. Derechos del paciente

Evaluación Final: Duración 10 minutos aproximadamente. Con el fin de saber la comprensión del paciente acerca de los temas impartidos.

Sesiones de manera individual y grupal por parte del servicio de psicología con el paciente desde el momento del diagnóstico o captación en la clínica, la manera de llevar a cabo estas sesiones, los temas que se incluirán quedaran a cargo del personal de éste servicio.

Gestionar en la dirección las facilidades para realizar los estudios de laboratorio para seguimiento y control de carga viral. Y obtener los resultados a tiempo con el fin de llevar un control adecuado del tratamiento.

Realizar cada 6 meses a los pacientes el cuestionario SMAQ con el fin de evaluar la adherencia al tratamiento ya que éste es un método validado y nos proporciona mayor confiabilidad de los resultados, para crear estrategias en caso de necesitarlas. Además así evitaríamos en primer lugar complicaciones propias de la enfermedad y por otro lado resistencia al tratamiento, acortando las oportunidades que tiene el paciente, y si lo queremos ver desde el punto

económico se ahorrarían recursos ya que las hospitalizaciones frecuentes de éstos pacientes y el cambio de antirretrovirales generan un alto costo.

Realizar a los pacientes el instrumento de evaluación de la percepción de apoyo familiar después de cierto tiempo, de haber iniciado el tratamiento o posterior al diagnóstico siempre y cuando la familia esté enterada, ya que considero que en muchas ocasiones como personal médico en nuestra relación con el paciente no lo consideramos de importancia o más aún no sabemos de qué manera investigarla.

En caso de que la familia éste enterada del diagnóstico del paciente y si el paciente lo admite, permitir a la familia participar en el cuidado del paciente, como es acudir con ellos a consulta, acudir por el tratamiento o por órdenes de laboratorio esto últimos 2 con el fin de no perjudicar la vidas laboral del paciente. Ya que muchos de ellos deben cuidar su empleo para obtener el servicio institucional y de ésta manera su tratamiento.

XIII. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gattel JM, et al. Guía Práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 9ª edición. Elsevier Masson. 2007.
- 2.- Lamotte JA. Infección- Enfermedad por VIH/SIDA . MEDISAN 2004; 8(4):1-15.
- 3.- Informe de ONUSIDA para el día Mundial del SIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.2011. 2-52.
- 4.- Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio de 2011. SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. SS/CENSIDA. Datos al 30 de junio del 2011.
- 5.- Ponce de León S, Rangel S. SIDA. Aspectos Clínicos y Terapéuticos. 1ª edición. Mc Graw – Hill Interamericana. 2000. 441-454.
- 6.- Soto LE, et al. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH México 2011. 1-25.
- 7.- Varela MT, et al. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta Colombiana de Psicología. Vol II (2) 2008. 101-113.
- 8.- Hernando AM, Guelar A. La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. Enfermedades Emergentes 2000; 2(1): 45-53.
- 9.- Castro R, et al. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud Pública de México. Vol 39. No.1. Enero- Febrero 1997. 32-43.

10.- Velasco M, Luna MR. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. 1ª edición. Editorial Pax Mexico 2006. 57-182.

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

12.- CIAE. Coordinación de Información y Análisis Estratégico. I.M.S.S

XIV.ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

ANEXO 1. “IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE PACIENTES CON VIH/SIDA DEL H.G.Z. N° 53. LOS REYES. I.M.S.S.”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Lugar y Fecha H.G.Z.N°53 Los Reyes, IMSS. Carretera Federal México Puebla Km. 17.5 S/N. Los Reyes CP. 50727.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE PACIENTES CON VIH/SIDA DEL H.G.Z. N° 53. LOS REYES. I.M.S.S.”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

ASESOR: E.M.F. Ana Laura Guerrero Morales 5521060766/ Autor: Luna Buendía Vianey Anais 5523670327

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

ANEXO 2

CUESTIONARIO SMAQ

AÑO DE DIAGNOSTICO:

TIEMPO DE TRATAMIENTO:

EDAD:

GENERO:

MARCA CON UNA X LA RESPUESTA QUE CREA CONVENIENTE:

CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ	RESPUESTA
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	SI NO
2. Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	SI NO
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	SI NO
4. Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	SI NO
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10
6. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	DIAS:

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE PERCEPCION DEL SUJETO CON VIH/SIDA SOBRE EL APOYO QUE LE BRINDA SU FAMILIA.

Respuesta a elegir.

- 1.- Totalmente en desacuerdo
- 2.- En desacuerdo
- 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4.- De acuerdo
- 5.- Totalmente de acuerdo

Marque la respuesta con una X según su percepción.

1.- Pese a la enfermedad, mi familia se preocupa por mi bienestar	1	2	3	4	5
2.- Siento que algunos miembros de mi familia me aman	1	2	3	4	5
3.- Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida.	1	2	3	4	5
4.- Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar la enfermedad	1	2	3	4	5
5.- Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuánto se preocupa por mí	1	2	3	4	5
6.- Me siento escuchado por algunos miembros de mi familia	1	2	3	4	5
7.- Desde que me dijeron que padecía de VIH/SIDA, algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal	1	2	3	4	5
8.- Siento que algunos miembros de mi familia me animan	1	2	3	4	5
9.- Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar	1	2	3	4	5
10.- Me siento comprometido por algunos miembros de mi familia	1	2	3	4	5
11.- Siento que algunos miembros de mi familia, me cuidan cuando me siento mal de salud	1	2	3	4	5
12.- Algunos miembros de mi familia les es importante estar disponibles para brindarme apoyo emocional	1	2	3	4	5
13.- Siento que algunos miembros de mi familia realmente desean entenderme	1	2	3	4	5
14.- Mi familia se preocupa por mi estado de salud	1	2	3	4	5
15.- Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia al tomar decisiones	1	2	3	4	5
16.- Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia cuando hablo con ellos sobre lo que me está pasando	1	2	3	4	5
17.- Mi familia se preocupa por mi estado de ánimo	1	2	3	4	5
18.- Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de ayudarme	1	2	3	4	5
19.- Me siento protegido por algunos miembros de mi familia cuando estoy enfermo	1	2	3	4	5

