TESIS PUCP

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

Sentido de Coherencia y Adhesión Terapéutica Antirretroviral en personas con VIH SIDA

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller

Malhy Carmín Moya Bravo

Asesor: Dr. Carlos Iberico Alcedo

Diciembre 2014

SENTIDO DE COHERENCIA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON VIH SIDA

RESUMEN

La presente investigación tuvo por finalidad describir la relación entre el Sentido de Coherencia y la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en una muestra de 98 personas con infección por VIH SIDA. La muestra no probabilística estuvo conformada por 49 hombres y 49 mujeres que reciben atención en una Institución Asistencial de Lima, cuyas edades oscilan entre los 20 y 66 años. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Sentido de Coherencia (SOC) y el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH SIDA (CEAT VIH). Los resultados revelaron una relación mediana significativa entre el Sentido de Coherencia y la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (r= .43, p= .01), así como una correlación mediana significativa (r= .37, p=.01) entre los componentes de Comprensibilidad y Cumplimiento; de manera similar una correlación mediana y significativa (r= .37, p= .01) entre los componentes de Significatividad y Factores Moduladores, y una correlación pequeña y significativa (r= .25, p= .05) entre los componentes de Manejabilidad y Factores Moduladores. Asimismo, también se encontró que las personas que tenían un Nivel de Instrucción Superior mostraban mayores niveles de SOC en comparación a los que tenían Instrucción Básica; además aquellas personas que reportaron niveles de Carga Viral Indetectables mostraron mayores niveles de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral. En conclusión: existe una relación moderada entre el SOC y la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral lo cual significa que a mayores niveles de SOC se espera mayores niveles de Adhesión al Tratamiento.

Palabras Clave: *Sentido de Coherencia, Adhesión al Tratamiento Antirretroviral, VIH SIDA*

SENSE OF COHERENCE AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN PEOPLE WITH HIV AIDS

ABSTRACT

This research was aimed to describe the relationship between Sense of Coherence and the Adherence to Antiretroviral Therapy in a sample of 98 people with HIV and AIDS. The nonrandom sample consisted of 49 men and 49 women receiving care in a Welfare Institution of Lima, aged between 20 and 66 years. The instruments used were the Sense of Coherence Scale (SOC) and the Questionnaire for the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-infected persons AIDS (HIV CEAT). The results revealed a median and significant relationship between Sense of Coherence and the Adherence to Antiretroviral Therapy (r = .43, p = .01) as well as a significant medium correlation (r = .37, p = .01) between components of Comprehensibility and Compliance; similarly medium and significant correlation (r = .37, p = .01) between the components of Meaningfulness and Modulators Factors, and a small, significant correlation (r = .25, p = .05) between the components of Manageability and Modulators Factors. Furthermore, it was also found that people who had a higher level of instruction showed higher levels of SOC compared to those with Basic Instruction; also those who reported Undetectable Viral Load levels showed higher levels of adherence to Antiretroviral Therapy. In conclusion, there is a moderate relationship between SOC and Adherence to Antiretroviral Therapy which means that higher levels of SOC imply higher levels of Adherence to Treatment.

Keywords: *Sense of Coherence, Adherence to Antiretroviral Therapy, HIV AIDS*

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Método	12
Participantes	12
Medición	13
Procedimiento	16
Resultados	19
Discusión	27

coherencia que proporciona un patrón de certeza e impulso hacia delante en la vida (Machado, 2011; Yalom, 2011). En tal sentido, el significado atribuido a la enfermedad, repercutirá en el proceso de la adhesión terapéutica.

Los recursos psicológicos posibilitan una vida saludable para las personas con VIH, puesto que generan un impacto en la motivación de buscar atención y adhesión al tratamiento a través del comportamiento adherente, estabilidad en la salud y comportamientos de sostenimiento del tratamiento antirretroviral (Mukolo & Wallston, 2011). Entre los recursos psicológicos que promueven y mantienen comportamientos saludables se encuentra el Sentido de Coherencia (Fernández, 2009; Mukolo &Wallston, 2011; Saravia, 2013).

Es el interés por los recursos personales y lo misterioso de la respuesta humana lo que movió a Aarom Antonovsky a interrogarse acerca de qué origina que algunas personas en algún momento de su vida experimenten crisis nerviosas, el impacto que generan y cómo los afronta. Los significados de dichas experiencias realizan un rol importante en los procesos de afrontamiento y estrategias para solucionar conflictos (Arévalo, 2007).

Desplegando capacidades: Sentido de Coherencia

La búsqueda de la comprensión de los significados que la persona brinda a los eventos, en la prevención de las reacciones crónicas al estrés, motivó a Aaron Antonovsky a estudiar la fuente cognitiva llamada Sentido de Coherencia (SOC, por sus siglas en inglés) (Arévalo, 2007; Fernández, 2009; Hernández, Ehrenzweig & Yépez, 2011). Antonovsky, es el creador de una perspectiva de investigación denominada Salutogénesis caracterizada por la premisa de que los eventos estresores son elementos integrales de la existencia humana que pueden tener consecuencias beneficiosas, de acuerdo a sus características y la capacidad de las personas para responder ante ellos. (Antonovsky, 1987; Palacios & Restrepo, 2008; Rivera, López, Ramos & Moreno, 2011)

El Sentido de Coherencia surge dentro de este modelo salutogénico que contempla una visión dinámica y continua de la salud y el bienestar humano, centrado en explorar el origen de la salud. Actualmente, dicha orientación va extendiéndose en el ámbito de la Prevención y Promoción de la Salud (Ericksson & Lindstrom, 2006, 2007; Palacios y Restrepo, 2008), pues lo importante es la posición que se ocupa dentro del continuo salud-enfermedad. Además del elemento psicológico, el SOC tiene un fuerte elemento sociológico, dado que el afrontamiento no es exclusivo de la persona, sino que implica su interacción en la sociedad que le rodea, es decir, considera los recursos humanos, las circunstancias de vida y de contexto (Eriksson & Lindstrom, 2007).

El SOC es considerado una capacidad general de percibir experiencias vitales, que permite actuar en forma constructiva en situaciones desfavorables (Malagón, 2012). Esta capacidad se despliega a partir del desarrollo de recursos contenidos dentro de una concepción llamada ñResistencia

Generalizadaò definida como los recursos potenciales con los cuales cuenta una persona con un buen desarrollado SOC. Así, particulares situaciones psicológicas, sociales, culturales y circunstancias históricas ofrecen las experiencias de desarrollo que resultan en un fuerte SOC. Dichos recursos permiten ser saludable, aún en contextos difíciles y desarrollar un alto Sentido de Coherencia que permite tolerar diversos generadores de tensión. En general, cualquier recurso que ayude a superar el estrés emocional, se puede considerar un recurso general de resistencia. (Antonovsky, 1990; Malagón, 2012) Estos recursos pueden ser: la estabilidad cultural, fortaleza del yo, el nivel educativo, el respaldo social, las tradiciones y una visión optimista de la vida, entre otros (Arévalo, 2007; Rivera, López, Ramos, & Moreno, 2011; Sagy & Antonovsky, 2000; Saravia, 2009), pero más importante que contar con dichos recursos es la capacidad de movilizarlos y servirse de ellos adecuadamente (Rivera, López, Ramos & Moreno, 2011; Volanen, 2011).

El Sentido de Coherencia es definido como la orientación global que expresa los alcances personales que se mantienen a través de un sentimiento dinámico de confianza cuyo (a) estímulo se deriva simultáneamente del entorno interno y externo que genera las condiciones en que la vida de una persona es estructurada, predecible y explicable (comprensibilidad), (b) las fuentes de información están disponibles para cada persona de tal modo que puedan afrontar las demandas dadas por este estímulo (manejabilidad), y (c) estas demandas son concebidas como desafíos, retos dignos de ser investigados y generan compromiso (significancia).ò (Antonovsky, 1990; Malagón, 2012; Volanen, 2011)

En torno a sus componentes esenciales (1) la ñComprensibilidadò provee el sentido cognitivo, que permite a la persona enfrentar situaciones difíciles, sean internas o externas. En caso que el evento sea inesperado, posee la habilidad de organizar la información y explicar el hecho. (2) la ñManejabilidadò que brinda el sentido instrumental que implica que la persona perciba los recursos necesarios a su disposición, aunque no necesariamente los controle; compréndase, Dios, cónyuge, padres, amigos, el médico, entre otros. Desarrolla así la confianza en las habilidades para enfrentar exitosamente las situaciones difíciles sin considerarse como víctima de las circunstancias, ya que incluye una visión optimista de la vida en general. (3) La ñSignificatividadò, componente emocional, que brinda el sentido motivacional que implica que la persona percibe que la vida tiene sentido y que vale la pena vivirla; esto supone realización y compromiso. Se refiere al valor que la persona da a lo que le acontece independientemente de la forma en que ocurra. Alude al deseo y voluntad, a las emociones, a los valores ante un suceso (Antonovsky, 1990; Arévalo, 2007; Fernández, 2009; Rodrigues Costa & Spadoti, 2011).

Si bien todos los elementos del Sentido de Coherencia están integrados, la significatividad es el componente más importante, pues brinda los niveles energéticos necesarios para comprometerse en lograr algo para superar el evento estresante. Luego, la persona puede comprender mejor la situación y pensar en aprovechar sus propios recursos (Antonovsky, 1987, 1990; Arévalo, 2007; Saravia, 2009).

El Sentido de Coherencia es un constructo psicológico complejo ya que las personas necesitan percibir sus vidas como significativas, que sus decisiones son comprendidas por otros, que son capaces de manejar la situación y que cuentan con recursos disponibles para ello, una percepción profunda para trascender el aquí y ahora, y encontrar la motivación para vivir (Rivera, López, Ramos & Moreno, 2011). El SOC modera los efectos estresantes sobre la salud, en la medida que fomenta el alcance y mantenimiento de un equilibrio emocional, actitudinal, comportamental, mediado por la comprensión, el manejo y la significancia que las personas, y los grupos, den al entorno y a las experiencias vitales estresantes (Palacios & Restrepo, 2008; Ureña y Castro, 2009).

Una persona con un alto Sentido de Coherencia percibe los ambientes como no estresantes, puesto que el SOC predice los efectos nocivos del estrés sobre la salud, en la medida en que disminuye la probabilidad de reacciones fisiológicas adversas, y de emociones negativas asociadas a la percepción de estrés (Konttinen, Haukkala & Uutela, 2008; Volanen, 2011). Asimismo, las personas con un SOC elevado tienen mejor capacidad para evitar las situaciones de peligro, son más propensas a incorporar las conductas promotoras de salud y rechazar las perjudiciales. En cambio, para las personas que muestran un bajo SOC es más difícil encontrar la motivación y la fuente cognitiva para un afrontamiento activo (Hernández, Ehrenzweig & Yépez, 2010; Malagón, 2012).

El SOC abarca factores de riesgo en torno a la enfermedad crónica que incluye la elección de estilo de vida, factores relacionados al estado socioeconómico, y es útil en la comprensión de las diferencias en los resultados de salud entre personas que guardan similitud (Wainwright, Surtees, Welch, Luben, Khaw & Bingham, 2008). Además, parece tener un impacto en el valor predictivo en términos de la calidad de vida ya que mientras más fuerte es el SOC, mejor será la calidad de vida (Eriksson, 2007). Asimismo, las personas con un fuerte SOC enfrentan mejor los problemas de salud crónica y de salud mental (Kennedy, Lude, Elfstrom & Smithson, 2009; Nahlen & Saboonchi, 2009)

Es importante mencionar que la teoría del SOC guarda relación directa con constructos, escalas y variables como los de Autoestima, Resiliencia, Autoeficacia, Razones para vivir, Optimismo y Calidad de Vida (Erikson, 2007; Cassaretto, 2012); y relación inversa con la teoría de Desesperanza Aprendida y variables como ansiedad y hostilidad (Eriksson & Lindström, 2005). Por otro lado, si bien, un SOC fuerte predispone a la salud y el bienestar, no se específica reglas sobre el influjo de los eventos ambientales y las presiones sociales. Sin embargo, es útil para comprender la salud, guiar en la intervención para promover la salud mental y las estrategias terapéuticas (Antonovsky, 1993; Arévalo, 2007).

En el contexto de nuestro país, Dejo (2006) realizó una investigación en la cual se ha relacionado el ñSentido de Coherencia, Afrontamiento y Sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónicaò, hallando que a medida que se presenta un SOC fuerte el nivel de sobrecarga percibida es menor.

Por otro lado, Arévalo (2007) llevó a cabo una investigación sobre ñEstrés y pobreza en mujeres peruanasò, en la cual se estudia el SOC como un recurso cognitivo, encontrando que a mayor nivel de Sentido de Coherencia es menor el nivel de estrés para lidiar con esta condición.

El cuestionario ha sido utilizado con personas con VIH, los estudios indican niveles más bajos de SOC que la población general y más bajos que personas con otras enfermedades crónicas (Cederfjäll, Langius, Lidman, Wredling, 2002).

Asimismo, mujeres de minorías en riesgo de infección por el VIH con un débil SOC muestran mayores niveles de conductas de riesgo en comparación con aquellas que presentan un SOC fuerte. Por ello, el uso de esta escala permite identificar a las personas que necesiten mayor apoyo y sostenimiento (Eriksson & Lindström, 2006; Arévalo, Prado y Amaro, 2008).

Retomando lo expuesto, se puede afirmar que ante la enfermedad, la persona se cuestiona y busca establecer la conexión entre lo que le está sucediendo actualmente, relacionado al presente, cómo sucedió, vinculado al pasado y se interroga respecto a las secuelas que tendrá, en relación al futuro (Acevedo, 2004). Al plantear esta dinámica a las personas con VIH SIDA, nos encontramos ante un aspecto esencial para el tratamiento de la enfermedad, la adhesión terapéutica antirretroviral.

Respondiendo a la adhesión terapéutica antirretroviral: viviendo decisiones

Actualmente, dar respuesta a la realidad que presenta el VIH SIDA, incrementar el acceso al tratamiento antirretroviral y optimizar la adhesión al mismo constituyen, para la Comunidad Internacional, los principales desafíos en el control de la infección, ya que la adhesión se encuentra fuertemente relacionada al éxito o al fracaso terapéutico (MINSA, 2004; ONUSIDA, 2011)

Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH SIDA, conocidas también como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) han mostrado ser eficaces para disminuir el nivel de carga viral y optimizar los resultados clínicos, la expectativa de sobrevivencia y mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 2010; MINSA, 2011).

No obstante, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, únicamente un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral toma su medicación en forma adecuada. Lo cual muestra niveles de adhesión por debajo de lo óptimo, y genera un bajo impacto de ésta en el control de la enfermedad. Si bien la adhesión al tratamiento es considerado un factor fuertemente relacionado al éxito o al fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH SIDA es de vital importancia como factor decisivo para el éxito del tratamiento, debido a la rápida velocidad de replicación y mutación del virus, por lo tanto requiere de grados muy altos de adhesión para alcanzar una supresión del nivel de carga viral que sea duradera (OMS, 2004). De esta manera, la baja adhesión al tratamiento facilita la resistencia a los medicamentos e incrementa la vulnerabilidad del organismo a contraer infecciones oportunistas (INFOSIDA, 2013).

Para la presente investigación, se contempla la adhesión al tratamiento como ñel resultado de una decisión racional que la persona toma y que depende de sus creencias sobre las consecuencias de no tomar la medicación, su vulnerabilidad a dichas consecuencias o la relación coste-beneficio que supone seguir el tratamiento.ò (Remor, 2002, p.262)

Dado que la adhesión es un fenómeno complejo, y en el caso particular del VIH SIDA, el tratamiento requiere de la ingesta simultánea de una serie de fármacos por periodos de tiempo indefinidos y bajo rigurosas condiciones de administración; además de la presencia de efectos adversos; todo ello contribuye en forma significativa para el cumplimiento insuficiente, la creación de resistencias, o el abandono del tratamiento (Remor, 2007, 2013; Sánchez, 2010; INFOSIDA, 2013).

Para abordar la falta de adhesión al tratamiento, se ha propuesto contemplar la relación entre el personal asistencial de salud y la persona que recibe el tratamiento, considerando como objeto de estudio el significado personal de vivir con la enfermedad. Por ello, para lograr la colaboración de la persona en busca de una idónea adhesión al tratamiento, es indispensable promover cambios dentro de la práctica profesional asistencial (Remor, 2007).

Además, como parte del proceso natural en la vivencia de la enfermedad, puede darse la creación de una teoría en búsqueda de significado, en el que maneje distintas hipótesis acerca de la progresión del tratamiento, que llegado a determinado momento puede disponer a la persona a decidir voluntariamente no continuar con el mismo, dada la evaluación subjetiva sobre la relación costo-beneficio de cumplir el tratamiento. En ese sentido, es importante comprender la adhesión desde el contexto existencial de la persona (Wright, como se cita en Remor, 2007; Machado, 2011).

Dichos autores sostienen que como parte de las estrategias para mejorar la adhesión, se recomienda considerar intervenciones complementarias como: la intervención orientada en la persona, al personal médico sanitario, al régimen, al contexto, y aspectos existenciales. Aspectos existenciales en los cuales se considere cuestiones subjetivas que atraviesan el proceso de enfermedad y abarcan más allá de la intervención concreta, lo cual hace referencia a una actitud a ser desarrollada por el equipo sanitario. Lo cual implica no tomar la adhesión como un simple comportamiento a ser modificado sino como parte de la vida, enfermedad y muerte de la persona, que no siempre puede ser solucionado por la medicación. En tal sentido, el respeto y el apoyo incondicional en el esfuerzo y lucha subjetiva contra la enfermedad, promoviendo un clima de aceptación y sostenimiento como parte de la práctica terapéutica es fundamental (Bermejo, 2010; Jiménez, 2012).

Adicionalmente, al eje de la adhesión se han logrado identificar una serie de factores que ayudan a comprender el desarrollo del comportamiento adherente. Existen diversidad de clasificaciones respecto a los factores asociados con la adhesión al tratamiento, la OMS (2004) propone la siguiente clasificación: a) Factores sociodemográficos, b) Factores relacionados con la

persona, c) Factores relacionados con la enfermedad, d) Factores relacionados con el tratamiento y e) Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria.

Se han realizado diversas investigaciones en torno a la Adhesión Terapéutica Antirretroviral (Remor, E., Milner-Moskovics, J., y Preussler, G., 2007; Reis, A., Lencastre, L. y Guerra. M.; 2007; Remor, E., 2008; Tafur-Valderrama, E., Ortiz, C., Alfaro, C.O., García-Jiménez, E., Faus, MJ., 2008; Remor, E. 2009; Reis, A, Lencastre, L. Guerra, M & Remor, E., 2009; Reis, A, Lencastre, L. Guerra, M & Remor, E. 2009; Dima A, Schweitzer AM, Neculau R, Remor R, Wanless S. 2010; Ana Catarina Reis, A.C., Lencastre, L., Guerra, M.P., & Remor, E., 2010; Dima, A., Schweitzer, A.M., Diaconita, R., Remor, E, Wanless, R.S., 2011; Remor, 2012; Remor, 2013, Comunicación personal).

En nuestro contexto Rivas (2008), realizó una investigación sobre Adherencia Terapéutica Antirretroviral y Soporte Social, en la que se encontraron bajos niveles de adhesión y de correlación entre ambos constructos, esto fue atribuido a las características de la muestra entre otros motivos.

Se desprende de todo lo anterior, que los cambios en la práctica profesional de la salud han de dirigirse a un plano más humanizado, donde el objetivo primordial no sea únicamente la adhesión perfecta sino una colaboración fructífera entre la persona y el asistente de salud; dirigida a deliberar la estrategia más realista y eficaz para cada uno, como parte del proceso de afrontar su enfermedad. En ese sentido, la adhesión al tratamiento se obtiene como consecuencia de una práctica integral, personalizada y multidimensional de asistencia a la persona (Burgos y Martínez, 2008; Remor, 2007; Varela, Salazar y Correa, 2008).

Descubriendo el Sentido de Coherencia para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

Actualmente, de acuerdo a los lineamientos en salud pública a nivel internacional, uno de los principales desafíos es la promoción de la salud mental (MINSA, 2010; Volanen, 2011) que ofrece la oportunidad de mejorar la salud de las personas con VIH SIDA (OMS, 2008). Asimismo, hay un creciente interés en el ámbito de la salud relacionada con la evaluación y optimización de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas (Saravia, 2013). Esto parece ser especialmente apremiante en las personas con VIH dada la complejidad relacionada con la Terapia Antirretroviral (Langius, Lidman & Wredling, 2009).

El diagnostico de VIH y las circunstancias requeridas para el régimen del tratamiento antirretroviral es una compleja situación estresante con la que vivir. Actualmente, se mantiene el interés científico por el fenómeno del afrontamiento, su relación en el continuo salud - enfermedad y el estrés en las personas viviendo con VIH SIDA (Cederfjäll, Langius, Lidman, Wredling, 2002; Machado, 2011). Algunos estudios señalan que las personas con un diagnóstico seropositivo perciben mayor estrés que personas con otras enfermedades crónicas. Además, la experiencia de los síntomas físicos de su infección se encuentra más relacionada al estrés que al estadio real actual de la enfermedad (Cederfjäll, Langius, Lidman, Wredling, 2002).

TESIS PUCP

La fiabilidad de esta escala en población norteamericana oscila entre 0.84 a 0.93. Sin embargo, la evidencia con respecto a su validez es modesta. Antonovsky, como se cita en Custodio (2002) reporta estudios acerca la fiabilidad de la escala SOC tanto en su versión original, como en la abreviada, con resultados adecuados (Alpha de Cronbach de .82 a .95). La validez de criterio se examinó en relación al Bienestar Psicológico, el Estrés Ambiental, los indicadores de salud y enfermedad en los que se obtuvieron correlaciones significativas.

En nuestro contexto, Dejo (2006) realizó una investigación en la cual exploró el Sentido de Coherencia, Estrategias de afrontamiento y Sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica, en la cual encontró un índice Alpha de Cronbach de .89 y a su vez una correlación inversa altamente significativa entre el nivel de Sentido de Coherencia y la variable Sobrecarga en aquellas personas que cuidaban a personas que padecían una enfermedad crónica (r=-.59; p<.01) y el total (r=-.35;p<.01). Asimismo, se encontró una relación altamente significativa entre el nivel de Sentido de Coherencia y la estrategia de afrontamiento Manejo de Significado (r=.39; p<.001) en el grupo total de cuidadores.

Arévalo (2007), con la finalidad de realizar un estudio respecto al Estrés y pobreza en mujeres peruanas, realizó una adaptación de la escala del SOC a nuestro medio, con la respectiva traducción al español del instrumento. La escala en conjunto mostró ser una escala homogénea. Con un nivel de Alpha de Cronbach de .80.

Saravia (2009) realizó una investigación entre estudiantes universitarios y personas diagnosticadas con trastorno borderline de la personalidad en la que se exploró que los estudiantes mostraron mayores niveles de Sentido de Coherencia, así como en cada uno de sus componentes, en relación a estas personas. En dicho estudio, también se encontraron niveles de confiabilidad significativos (Alpha de Cronbach de .88 a .90).

En la presente investigación, el análisis de Confiabilidad Alpha de Cronbach por consistencia interna para el SOC fue de .87 en la correlación ítem/test, asimismo, para las sub-escalas se encontraron niveles óptimos de confiabilidad que mostraron los siguientes índices: Comprensibilidad .74, Manejabilidad .73 y Significatividad .74; además se encontró niveles óptimos de validez factorial (KMO=.73) y significativo de acuerdo a la Prueba de esfericidad de Bartlett (p<.00), lo que verifica que el instrumento del SOC es válido y confiable.

Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) en personas con infección por VIH y SIDA (Remor, 2006)

Este instrumento es un cuestionario de autoinforme (Remor, 2006), de naturaleza multidimensional a través del cual se busca evaluar el grado de adhesión al tratamiento que revelan las personas en tratamiento farmacológico antirretroviral, la puntuación oscila entre 17 y 89 puntos.

Dicho inventario comprende 20 ítems y contempla dos dimensiones: el grado de realización del tratamiento, es decir su Cumplimiento, conformado por las variables: adhesión en la última semana, la adhesión desde el inicio del tratamiento, el horario en las tomas, la valoración personal del grado de adhesión, recuerdo del nombre de los fármacos; y la otra dimensión compuesta por los Factores Moduladores de la adhesión al tratamiento, en los que se consideran los siguientes elementos: los antecedentes de la falta de adhesión, la interacción entre el médico y la persona que recibe el tratamiento, las creencias por el esfuerzo que éste implica, valoración del tiempo, dificultad percibida para continuar, expectativas de autoeficacia, la valoración de la intensidad de los efectos secundarios, la valoración del grado de información, la satisfacción con las tomas, la percepción de la mejora de salud y la utilización de estrategias para recordar la toma de los fármacos.

De acuerdo a Remor (2007), la aplicación del autoinforme se puede realizar tanto en forma individual o colectiva, si bien la validación original se realizó con personas a partir de los 18 años, su aplicación abarca un rango de edad a partir de los 14 años siempre y cuando se cuente con un adecuado nivel de aprendizaje y comprensión lectora.

En la referida investigación se obtuvieron índices de confiabilidad significativos, el coeficiente de fiabilidad, (consistencia Alpha de Crombach) para el cuestionario en el estudio original de validación en España fue de .73. Asimismo, el cuestionario mostró características psicométricas significativas de validez de criterio externo a través de un análisis de correlación de Pearson entre el nivel de adhesión y las medidas de carga viral al momento de la evaluación ($r=-.20;\ p=.04$) y a los 6 meses de seguimiento ($r=-.24;\ p=.02$) Los resultados obtenidos muestran que a medida que se eleva el nivel de adhesión al tratamiento, disminuye la cantidad de virus en plasma.

En nuestro contexto, el autoinforme fue aplicado a 120 personas diagnosticadas con VIH SIDA del departamento de Medicina Interna – Infectología de un Hospital Nacional de Lima, (Sangai-CaIirgios, 2003, investigación no publicada), en el que se obtuvo un índice de confiabilidad Alpha de Cronbach de .69. La correlación (Coeficiente de Pearson) de las puntuaciones de índice global de adhesión al tratamiento con el indicador inmunológico células T CD4+ obtenida fue de .18 ($p=.04$), esta correlación significativa muestra una contribución a la validez de criterio externo evidenciando que mientras mayor sea el puntaje de adherencia terapéutica, mayor será también el recuento de células T CD4. Para establecer los niveles de Adhesión al Tratamiento se han considerado los puntajes de 52-73 dentro del rango de Adhesión baja; 74-79 como un nivel de Adhesión regular y de 80-86 como un nivel de Adhesión estricta al Tratamiento Antirretroviral. Estos rangos percentiles fueron tomados de la investigación en mención, y los percentiles que se establecieron como puntos de corte de las 3 categorías corresponden a aquellos que han resultado pertinentes en otros contextos de Latinoamérica ya que se encontraron diferencias significativas en los niveles de carga viral. (Alcántara, 2008; Remor, Milner-Moskovics y Preussler, 2007).

La puntuación total del cuestionario permite identificar un índice global de adhesión al tratamiento antirretroviral. Dicho índice facilita la ubicación de las personas evaluadas de acuerdo al grado de adhesión en Adherencia baja, insuficiente o regular y Adhesión estricta. En la presente investigación se han tomado las puntuaciones 58-75 para baja adhesión, 76-85 para adhesión aceptable y 86-89 para la adhesión estricta.

Un estudio realizado por Tafur, 2008, que se llevó a cabo con 41 personas en tratamiento antirretroviral en un centro médico ha identificado para el cuestionario una fiabilidad por consistencia interna de Alpha de Cronbach de .71. Respecto a la validez de criterio externo, se obtuvo correlaciones significativas de la puntuación total del CEAT VIH con los linfocitos T CD4+ (r=.44; p=.00) y con la Carga Viral (r=-.55; p=*.00*)

En una investigación realizada por Alcántara (2008), en la que exploró la relación entre Sintomatología depresiva y Adherencia al tratamiento, se realizó un análisis de confiabilidad por consistencia interna, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .70

Para fines de la presente investigación, se realizó el análisis de confiabilidad por consistencia interna, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .77. Respecto a las sub escalas del CEAT se encontraron niveles aceptables de confiabilidad tanto para el Cumplimiento .64, como para los Factores Moduladores .71. Asimismo, se realizó la correlación ítem/test, obteniéndose puntajes con niveles de discriminación adecuados para la mayor parte de los ítems.

Sin embargo, para el ítem 5, la correlación resultó pequeña e inversa, y para el ítem 20 la correlación resultó baja, pero se optó por conservarlos dado que no afectaban significativamente la confiabilidad de la prueba, al parecer el ítem 5 muestra esa tendencia ya que también tiene una baja correlación con el test en otras muestras, no solo en nuestro país sino en otros países (Tafur, 2007, Remor, 2011 Comunicación personal). El ítem 20 al ser un ítem dicotómico, distinto en relación a la escala de respuestas de los demás ítems, podría estar afectando la consistencia interna (Remor, 2011 Comunicación personal). Por otro lado, se encontró un nivel óptimo de validez factorial (*KMO=.73*), y significativo según la prueba de esfericidad de Bartlett (p<*.00*). Respecto a la validez de criterio externo, se obtuvo una correlación negativa mediana y significativa entre la puntuación total del CEAT VIH y la Carga Viral (r=-.30; p<.00) lo cual muestra que estamos ante un instrumento válido y confiable.

Procedimiento

En un principio se estableció contacto con las áreas de Dirección y Administración de la Institución Asistencial a donde acuden las personas participantes de este proyecto. Luego de evaluar su conveniencia, se obtuvo la facultad para acceder a las personas que desearan colaborar con la investigación. Los participantes fueron contactados de manera individual, en coordinación con el

Servicio de Recepción y uno de los Consejeros en colaboración con el Servicio de Psicología, mientras aguardaban a ser atendidos por el médico, en los alrededores del Servicio de Psicología. A cada participante se le informó y explicó acerca de los objetivos de la investigación, se brindó el consentimiento informado que fue leído de manera conjunta, destacando que la información brindada sería tratada de manera confidencial, y firmado siempre y cuando se hubiese decidido voluntariamente aceptar formar parte de la investigación. Luego se procedió a leer, conjuntamente con la investigadora, cada uno de los instrumentos para ser completados.

Con respecto al análisis de los datos, en primer lugar se verificó el nivel de confiabilidad y validez tanto del SOC y del CEAT-VIH, encontrándose índices aceptables y significativos.

Dado que no se cuentan con baremos para la población tanto en el caso del SOC como para el CEAT-VIH, se procedió a realizar la diferenciación por percentiles utilizando el percentil 15 y 85 en ambos casos. En el caso del SOC esto se realizó con la finalidad de ubicar a las personas evaluadas de acuerdo al nivel de Sentido de Coherencia en bajo Sentido de Coherencia, moderado y alto SOC (Arévalo, 2010; Miranda, 2010 Comunicación personal) siguiendo el modelo de investigaciones previas (Amaya & Gaviría, 2007; Volanen, 2011). Para la presente investigación, los puntajes son 73-124 bajo SOC, 125-174 moderado SOC, 175-203 alto SOC.

De manera similar en el caso del CEAT-VIH, se han ubicado a las personas en baja adhesión cuya puntuación va de 58-75, regular o insuficiente adhesión de 75-85 y adhesión estricta de 86-89 (Remor, 2010 Comunicación personal) prosiguiendo el modelo de investigaciones previas (Alcántara, 2008). Dichas categorías corresponden a aquellas que han resultado pertinentes en otros contextos latinoaméricanos dado que muestran una diferencia significativa en los niveles de carga viral de las personas (Remor, Milner – Moskovics y Preussler, 2007)

Asimismo, se obtuvo los principales indicadores descriptivos, como frecuencias, medias, medianas, modas, etc.

Luego, se exploró la normalidad en la distribución de las respectivas muestras a través del estadístico Kolmogorov Smirnov, encontrándose que los puntajes de la muestra del SOC se distribuían de manera normal, mientras que en el CEAT-VIH se observó una distribución no normal, motivo por el cual se eligieron estadísticos paramétricos para los análisis en el caso del SOC y no paramétricos para el caso del CEAT-VIH.

Para establecer la relación entre el Sentido de Coherencia y la Adhesión Terapéutica, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Asimismo, para explorar la distribución de los niveles de los componentes del SOC de acuerdo a los niveles de Adhesión, se realizó un contraste multivariado a través del estadístico de Friedman.

Finalmente, para comparar las puntuaciones del SOC y las variables sociodemográficas se utilizaron contrastes paramétricos T Student, al tratarse de una variable de dos categorías, se verificó la homogeneidad de varianzas y las diferencias significativas; y el estadístico Análisis de Varianza de una vía en caso de tratarse de más de dos categorías, también se procedió a verificar la homogeneidad de varianzas y las diferencias significativas; mientras que para las subescalas del SOC y el CEAT VIH se utilizaron contrastes como U de Mann Withney, al tratarse de 2 muestras independientes con distribución no normal, y de Kruskall-Wallis en caso de 3 o más muestras independientes.

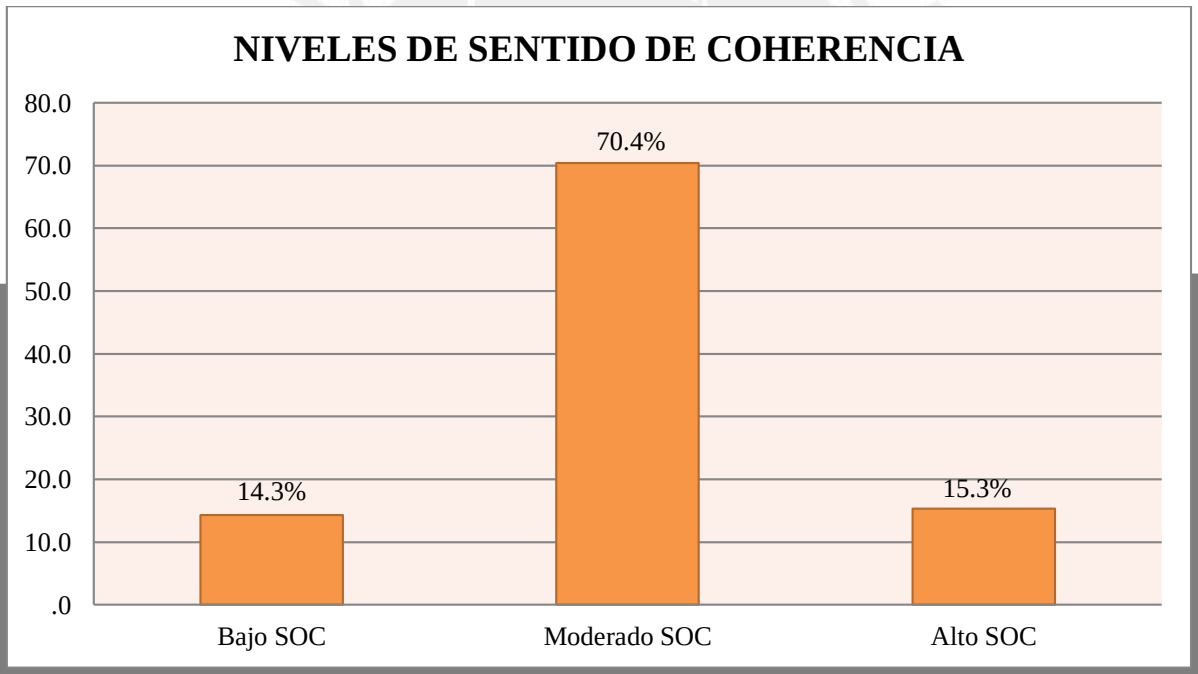
RESULTADOS

En este apartado, se presenta en primer lugar, los niveles de Sentido de Coherencia; luego, los niveles de Adhesión Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral y a continuación la relación existente entre ambos constructos. Con la finalidad de mejorar la comprensión de la relación entre ambas variables, se ha explorado interiormente en cada una de sus dimensiones respectivamente. Finalmente, se describe los niveles del SOC y CEAT VIH en relación a las variables sociodemográficas.

Respecto al SOC, el puntaje medio obtenido fue de 149.42 (*DE=22.77*) que corresponde a un nivel moderado, con un puntaje mínimo de 73 y un puntaje máximo de 203. Dentro de esta gama, un 14.3% presenta un bajo SOC, un 70.4% presenta un nivel moderado, y un 15.3% presenta un alto SOC (Ver Figura 1).

Figura 1

Niveles de Sentido de Coherencia



Para comprender con mayor profundidad cómo se distribuyen los componentes del Sentido de Coherencia dentro de cada uno de los niveles, encontramos que dentro del alto SOC, el componente de Comprensión es el más elevado, en el nivel moderado lo que parece influir es el componente de la Manejabilidad, lo mismo que en el bajo nivel de Sentido de Coherencia (Ver tabla 1).

Tabla 1

Comparación de puntuaciones promedio de los componentes del SOC de acuerdo a sus niveles

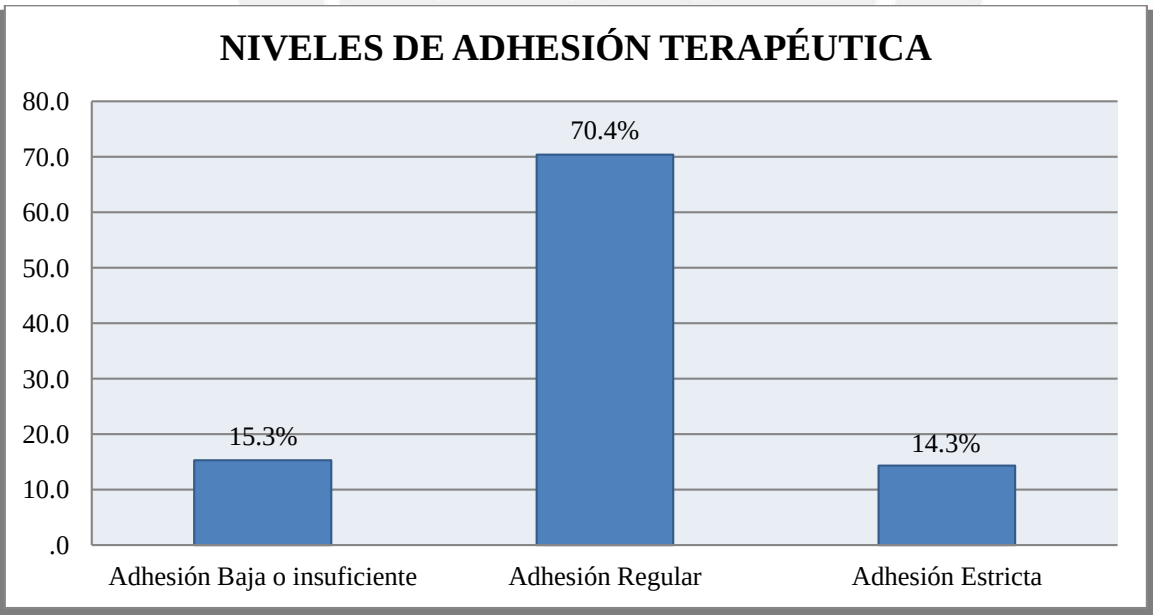
	Alto (n=15)			Moderado (n=69)			Bajo (n=14)			
SOC	*M*	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*K-W*
Comprensibilidad	64.67	65.00	4.92	50.48	52.00	7.01	35.21	35.50	7.83	52.23*
Manejabilidad	62.00	62.00	5.04	53.83	54.00	5.96	38.93	40.00	6.00	45.95*
Significatividad	53.40	54.00	2.50	46.20	47.00	5.51	36.86	39.00	6.73	41.47*

N=98, **p<.001* *K-W*=Kruskal Wallis

Con respecto a la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral la media en la muestra fue de 80.67 (*DE=6.40*) que corresponde a un nivel de Adhesión regular, las puntuaciones oscilan desde un valor mínimo de 58 a un valor máximo de 89. Un 15.3% muestra un nivel bajo de Adhesión, un 70.4% presenta un nivel que se puede considerar como regular y un 14.3% revela un nivel de Adhesión estricta al Tratamiento (Ver figura 2).

Figura 2

Niveles de Adhesión Terapéutica Antirretroviral



Asimismo, dentro de las áreas de la Adhesión al Tratamiento encontramos que se mantiene la tendencia de las puntuaciones tanto en el área del Cumplimiento como en la de los Factores Moduladores en los distintos niveles de adhesión (Tabla 2).

TESIS PUCP

Tabla 2

Comparación de puntuaciones promedio de los componentes del CEAT-VIH de acuerdo a los niveles de Adhesión

	Adhesión Estricta (n=14)			Regular (n=69)			Baja (n=15)			
CEAT-VIH	*M*	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*K-W*
Cumplimiento	17.57	18.00	2.50	15.80	16.00	1.89	13.13	13.00	2.50	27.90*
Factores Moduladores	70.21	70.50	4.06	66.01	66.00	2.51	55.67	57.00	4,06	58.28*

*N=98, *p<.001, K-W= Kruskal Wallis*

Respecto a la relación entre el Sentido de Coherencia y la Adhesión Terapéutica, se ha encontrado un nivel de correlación mediano y positivo (*r*=.43 *p<.001*), lo cual significa que a mayor nivel de Sentido de Coherencia que presenta la persona, se espera que presente también mayores niveles de Adhesión al Tratamiento.

De igual modo, se encontraron correlaciones medianas, pequeñas, significativas y positivas entre cada uno de los componentes del Sentido de Coherencia y las áreas comprendidas en la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (Ver tabla 3).

Asimismo, en la distribución de los niveles de los componentes del SOC de acuerdo al nivel de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral, se observa que el componente que parece influir es la Manejabilidad, seguido por la Comprensibilidad y finalmente la escala de Significatividad (Figura 3). Lo cual se observa detalladamente en las diferencias de las medias respectivas (Tabla 4).

Tabla 3

Correlaciones entre el SOC y la Adhesión al Tratamiento con sus respectivos componentes

	SOC	Comprensibilidad	Manejabilidad	Significatividad	CEAT-VIH
CEAT-VIH	.43*	.41*	.33*	.38*	
Cumplimiento	.32*	.37*	.25**	.28*	.69*
Factores Moduladores	.39*	.34*	.29*	.37*	.93*
SOC		.90*	.86*	.82*	

N=98 *p<.01

**p<.05

Figura 3

Componentes del Sentido de Coherencia de acuerdo al nivel de Adhesión

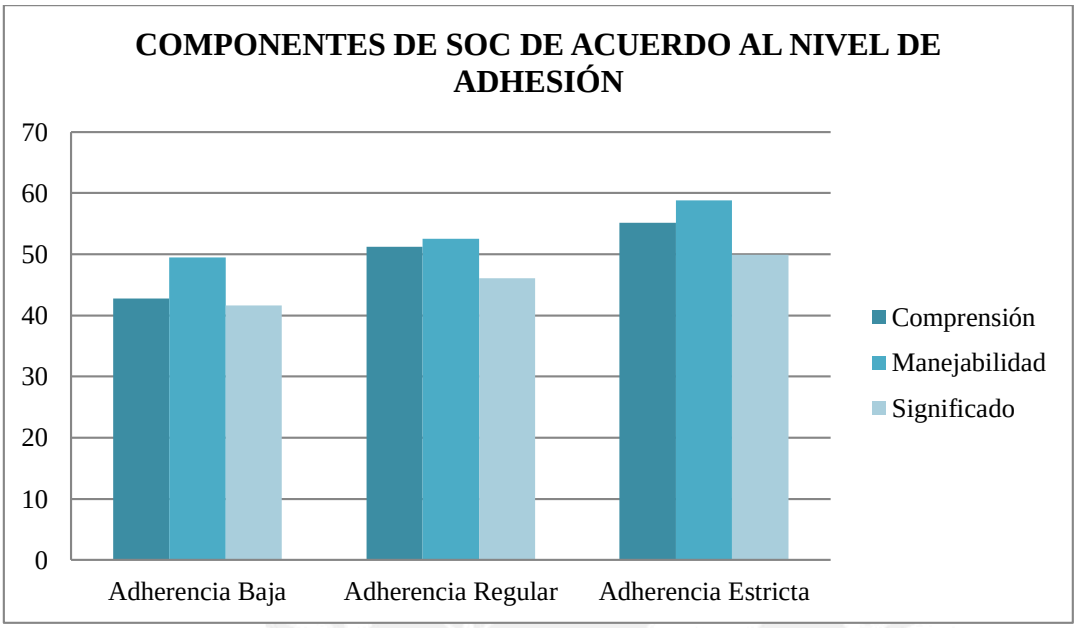


Tabla 4

Diferencia de medias de los Componentes del SOC de acuerdo a los niveles de adhesión

	Comprensibilidad			Manejabilidad			Significatividad			
	M	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*F*
Adhesión										
Baja	42.80	46.00	8.89	49.47	52.00	8.12	41.60	44.00	8.20	9.39**
Regular	51.19	54.00	10.09	52.57	54.00	8.72	46.12	48.00	6.61	34.50*
Estricta	55.14	57.50	10.75	58.79	57.50	6.30	49.93	52.00	4.89	15.31*

N=98, **p*<.001, *F=Friedman*

*** p<.05*

A partir de la relación entre el Sentido de Coherencia y las variables sociodemográficas se encontró que la edad no muestra diferencias significativas en los niveles de dicho constructo. Tampoco se encontraron diferencias significativas en relación al sexo, estado civil, la orientación sexual, participación actual en algún grupo de ayuda mutua, el lugar de residencia, así como tampoco por la convivencia familiar.

TESIS PUCP

Los factores socioeconómicos como, la condición de la vivienda o el material de esta, la condición de hacinamiento, o el acceso a servicios básicos no alcanzaron mayor diferenciación en los niveles de Sentido de Coherencia de la muestra participante.

Se encontraron diferencias significativas respecto al nivel educativo, ya que aquellas personas que contaban con un nivel de instrucción superior, revelaron mayor nivel de Sentido de Coherencia, en relación que aquellos que contaban únicamente con primaria o secundaria completa (Tabla 5).

Tabla 5

Nivel de Sentido de Coherencia en relación al nivel de instrucción

	Nivel de instrucción								
	Básica (n=74)			Superior (n=24)					
	M	*Mdn*	*DE*	*M*	*Mdn*	*DE*	*gl*	*t*	*U*
SOC	145.35	145.00	22.86	161.96	164.00	17.62	50.26	-3.71*	
Comprensión	48.53	48.00	10.62	56.46	57.00	7.75			465.00*
Manejabilidad	51.78	53.00	8.62	56.67	57.00	8.62			559.00**
Significado	45.04	46.00	7.42	48.83	49.00	4.43			622.50**

N=98 **p<.001, U= U de Mann Whitney*

***p<.05*

En variables como el agente de sustento, la oportunidad de trabajo actual, el tipo de trabajo, así como la percepción subjetiva del salario, no se encontraron marcadas diferencias en los puntajes recabados a través del Cuestionario de Orientación hacia la vida.

Otra variable que resultó significativa en relación al Sentido de Coherencia fue la de los Referentes de los Servicios de Salud, particularmente entre la Posta de salud y el Seguro Social, aquellas personas que referían la Posta como lugar de referencia al cual acudirían en caso de enfermar mostraron niveles más bajos de Sentido de Coherencia en relación a los que mencionaron acudir al Seguro Social (Ver anexo E).

Únicamente el componente de Comprensibilidad, muestra diferencias significativas con respecto a la variable Religión. Aquellas personas que referían creer en alguna religión mostraban niveles más elevados de Comprensibilidad *(M= 51,33; Mdn=53,00; DE=10,29)*, en relación con aquellas que referían ninguna (*M=43,64; Mdn= 45,00; DE =10,40; U=283.00; p<.05)*.

Asimismo, aquellas personas que mostraron niveles más elevados de células T CD4, mostraron también mayores niveles de Comprensibilidad (*M= 51.19; Mdn=53.50; DE=* 10.25) en

TESIS PUCP

comparación de aquellos que marcaban niveles más bajos de CD4 (*M= 44.10; Mdn=42.50; DE= 11.36; U=264.00; p<.05*).

Variables correspondientes a la dimensión de salud, como tiempo de diagnóstico y de tratamiento, el nivel de carga viral actual no arrojaron valores diferenciados significativos.

De modo similar, las personas que a lo largo de su tratamiento tuvieron algún evento previo de

que las demandas del tratamiento, sobrepasen los recursos o bien no resultan significativas para afrontar dichas exigencias. Por otro lado, para el cumplimiento es necesario un seguimiento riguroso de tiempos que requiere cierto grado de programación. En la programación, en contraste con la significación, el psiquismo se reduce a un contenido mecanicista en el que se queda sujeto a patrones de conducta y experiencia en las que las repuestas están pre diseñadas y por las cuales se despersonaliza si cae en la rutina y en la alienación (Chiappo, 2000). En ese sentido, puede ser que la escasa vivencia de logros obtenidos, considerados generalmente en términos médicos como la disminución de la carga viral e incremento de las células CD4, dificultaría llevar a cabo tal cumplimiento (Remor, 2013; Rivas, 2008).

En torno a la Manejabilidad y los Factores Moduladores, la relación entre la percepción del bagaje de recursos disponibles y el despliegue de habilidades para afrontar aspectos propios de la adhesión como las expectativas de confianza y autoeficacia, el uso de estrategias para recordar la toma de fármacos y la valoración del grado de información; entre otros, se da de manera pequeña y positiva. En este contexto, de acuerdo a Rivas (2008) las dificultades para evaluar y monitorear los efectos benéficos de la medicación así como el esfuerzo que requiere pueden crear condiciones poco favorables para la emisión de conductas relacionadas a la adhesión terapéutica, ya que podría ser percibida como un aspecto externo a la persona antes que incentivar su involucramiento voluntario, dada su complejidad, puede influir sobre la voluntad y la capacidad para adherirse al tratamiento (OMS, 2004; Remor, 2013).

Respecto a la relación entre la Significatividad y los Factores moduladores se puede mencionar que se trata de una relación directa y moderada, es decir, la interacción sostenida con el médico, la valoración personal en torno a dicha relación, y al tiempo dedicado al tratamiento, el grado de satisfacción con la medicación, son percibidos como aspectos valiosos en los cuales comprometerse. En esa línea, la literatura sostiene que la interacción socialmente valorada, como la que puede establecerse con el asistente de salud o referentes significativos; y la toma de decisiones, son aspectos que incrementan los niveles de Significatividad (Feldt, Leskinen & Kinnunen, 2005) que de acuerdo a Antonovsky es el componente motivacional que bien arraigado da paso a la acción, y sin el cual, la Comprensibilidad y Manejabilidad se tornan temporales (Saravia, 2009; 2013).

En estudios previos se ha constatado que personas con niveles más elevados de Significatividad, perciben mejores niveles de Calidad de Vida y Bienestar (Langius-Eklöf, Lidman, Wredling, 2009). En ese sentido, es importante observar que la escala que muestra los niveles más bajos tanto dentro de los niveles del SOC como en la relación entre este constructo y los niveles de Adhesión Terapéutica Antirretroviral es precisamente la escala de Significatividad, la cual interfiere fuertemente tanto en los niveles de Sentido de Coherencia (Antonovsky, como se cita en Saravia, 2009) como en la Adhesión Terapéutica Antirretroviral.

Precisamente la dimensión relacionada al *significado* y al propósito es la dimensión espiritual ya que vincula los valores y creencias desde donde es posible desplegar un pleno potencial (Bermejo, 2011; Draper, 2010; OMS, 2004). Es por ello que la experiencia del sufrimiento y la enfermedad conducen hacia dicha dimensión. Sin embargo, en el caso del VIH SIDA se observa un cierre espiritual. El shock y el sufrimiento psíquico actúan en la dirección de cierre obstaculizando el trabajo psicoterapéutico (Jiménez, 2012).

Es así que, de acuerdo al significado atribuido al VIH, podría observarse una disminución sustancial y crónica de la calidad de vida (Langius, A., Lidman K. & Wredling R., 2009) cuya consecuencia podría ser un empobrecimiento económico, social y afectivo (Bermejo, 2005; 2010; Jimenez, 2012; Machado, 2011; Nilsson Schönnesson & Ross, 2002). De lo que se desprendería una pérdida significativa de la relación con los valores (Jiménez, 2012; Machado, 2011) y generaría un bloqueo en la capacidad de impresionarse, de conmoverse, de dejarse tocar, es decir, una dificultad para experimentar los valores vivenciales (Frankl, 2004). En este contexto, el desarrollo de valores actitudinales fundamentados en la fe religiosa o en experiencias espirituales permiten un contexto más amplio de significado que trascienden las circunstancias de la persona y ofrecen la posibilidad de un contexto estructural mayor que oriente y motive su actividad (Jiménez, 2012).

Con respecto al Sentido de Coherencia y las variables sociodemográficas, aquellas personas que cuentan con estudios superiores mostraron mayores niveles de SOC en comparación con aquellas personas que refieren un nivel básico de instrucción. La educación es considerada como un recurso que potencia el Sentido de Coherencia (Volanen, 2011). En relación a ello, Saravia (2009) sostiene que llevar a cabo una carrera implica desarrollar la capacidad para tolerar situaciones estresantes y responder a las demandas del ámbito académico, posibilitando el despliegue de mayores niveles de SOC, lo cual coincide con estudios previos (Amaya & Gaviria, 2007).

En relación a los Referentes de Servicio de Salud, las personas que refirieron acudir al servicio de la Posta en caso de enfermar indicaron niveles más bajos de SOC en comparación a los que señalaron acudir al Centro de Seguro Social. En ese sentido, es importante señalar que las instituciones son consideradas como un recurso que promueve el SOC (Arévalo, 2007; Moreno Jiménez, Gonzales y Garrosa, 2001; Volanen, 2011). Esta variable ha sido poco explorada, generalmente es considerada como la percepción que se tiene sobre ellas (Varela y Correa, 2008); en tal sentido, podría tratarse de factores organizacionales que involucran la relación con el profesional asistencial y el entorno como fuentes capaces de contener y satisfacer las necesidades en torno a la salud (Moreno Jiménez, González y Garrosa, 2001). Dado que existe insuficiente evidencia al respecto y la pregunta ha sido formulada abiertamente,

únicamente es posible señalar que entre los diversos establecimientos presentados, el Seguro Social es considerado, como referente significativo al cual se acudiría en caso de enfermar.

Del mismo modo, aquellas personas que creían en alguna religión, mostraban mayores niveles de Comprensión en el SOC en relación con aquellos que referían ninguna. La literatura sostiene que estrechos vínculos con las organizaciones religiosas fortalece la capacidad para afrontar la enfermedad e incrementar el cumplimiento del régimen, las atenciones de salud y la disminución de los efectos secundarios. Posiblemente, la relación con Dios y con los demás proporcione el apoyo social y la autoeficacia que son fuertes predictores de la adhesión a la medicación antirretroviral. (Park &Nachman, 2010; Sánchez, 2008; Volanen, 2011).

Con respecto a las variables de salud, aquellas personas que presentaban niveles de carga viral indetectable, mostraban a su vez niveles más elevados de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en comparación a los que marcaban niveles detectables, lo que significa que el tratamiento está actuando con eficacia y efectividad, ya que el objetivo primordial del Tratamiento Antirretroviral es controlar la cantidad de virus en la sangre y como consecuencia la mejora en el sistema inmunológico (Remor, 2006; Tafur, 2008; Sánchez, 2010).

Asimismo, aquellas personas que mostraron mayores niveles de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en general y de Cumplimiento en particular presentaron también mayores niveles de células CD4, lo cual concuerda con la literatura revisada (Remor, 2007, Tafur, 2008). Esto es comprensible dado que tanto el incremento de células CD4 como indicador inmunológico y la disminución del nivel de carga viral son fuentes importantes de una alta adhesión al tratamiento antirretroviral.

En síntesis, podemos señalar que las variables sociodemográficas por sí mismas, no necesariamente son garantía de un SOC más fuerte, sino que están influenciadas por los entornos culturales, las relaciones y las estructuras de significado que tienen las personas y los grupos para ordenar y regular dichas interacciones (Palacios, X. y Restrepo, M., 2008).

Del mismo modo, en la Adhesión Terapéutica, si bien no se ha detectado sistemáticamente que el estado socioeconómico sea un factor predictivo independientemente de la adherencia, el nivel socieconómico bajo puede colocar a las personas en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Algunos estudios sostienen que factores de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención, estilo interpersonal y de comunicación del asistente de salud) parecen ser más importantes que las variables sociodemográficas para influir en la adhesión terapéutica (OMS, 2004).

En conclusión, existe una relación moderada entre el Sentido de Coherencia y la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas viviendo con VIH SIDA, lo cual significa que a mayores niveles de Sentido de Coherencia, se espera mayores niveles de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral y se muestra a partir de las diferencias significativas encontradas.

Alcances y lineamientos para futuras investigaciones:

La presente investigación es descriptiva transversal. Se trata de una aproximación exploratoria que puede abrir líneas de investigación futuras.

Al utilizar los Inventarios de autoinforme, existe la posibilidad de sesgo intencional por parte las personas evaluadas, como ocurrió en esta investigación. Afortunadamente, se trató únicamente del 3-4% de error, lo cual de acuerdo a la literatura especializada revisada, coincide con lo esperado para este tipo de instrumento. Por ello, se optó por retirar dichos casos de la investigación y proceder a contrastar los datos nuevamente.

Sin bien, no es posible establecer con claridad a través del Sentido de Coherencia la influencia de factores externos o del medio ambiente como mediadores en los niveles alcanzados del constructo (Arévalo, 2007) sería oportuno explorar cómo influye el estigma y la discriminación en la formación del mismo.

La presente investigación es una aproximación a la influencia del Sentido de Coherencia como variable personal que influye en el proceso de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral, gracias a su estrecha relación con constructos como Autoeficacia y Resiliencia, que ha permitido continuar con líneas de investigación sugeridas previamente (Alcántara, 2008; Rivas, 2008; Saravia, 2009).

A partir de la evidencia encontrada, sería recomendable promover el Sentido de Coherencia desde la relación significativa que se puede establecer como agentes de salud, favoreciendo su autonomía, y que a su vez repercuta en incrementar los niveles de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral.

Se ha constatado la importancia de las creencias en torno a lo beneficioso de la medicación para mejorar la salud y en ese sentido fomentar un comportamiento saludable. Sin embargo, es imprescindible acompañar continuamente a la persona en la búsqueda y creación de significado de la enfermedad, como estrategia para mejorar la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral.

En la medida en que la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral se vaya haciendo más significativa, se irá haciendo posible también contactar a la persona con los recursos, internos y externos, disponibles a su alcance, que trascienden a los indicadores clínicos, para desplegar y desarrollar una mayor apropiación del tratamiento y en ese sentido un manejo más adecuado del mismo.

Por otro lado, como parte de un acompañamiento integral y más humanizado a las personas, sería interesante integrar y explorar la dimensión espiritual como fuente de sentido y significado, así como su influencia y relación en torno a la escala de Significatividad, escala determinante para incrementar los niveles de Sentido de Coherencia en general.

Aunque la relación e influencia de las variables sociodemográficas con respecto a los constructos es discutida, para futuras investigaciones se sugiere abordar las variables de la edad, el tiempo de diagnóstico y de tratamiento antirretroviral a través de parámetros establecidos, con la finalidad de determinar con mayor claridad la existencia de diferencias significativas.

Asimismo, sería interesante profundizar en torno a la convivencia familiar comprendida en términos de vínculo y fuente de sostenimiento percibido, lo mismo que ahondar en cómo y qué es lo que hace significativo tanto al personal asistencial como a los referentes de servicio de salud, como variables que promueven u obstaculizan un óptimo SOC y Adhesión Terapéutica Antirretroviral.

Los hallazgos presentados pueden ser útiles para ampliar la investigación respecto al Sentido de Coherencia en torno al conocimiento y comprensión de sus escalas y las implicancias esenciales en torno al abordaje de la Adhesión Terapéutica Antirretroviral, como el cumplimiento propiamente dicho y los factores que contribuyen al mismo, en nuestro contexto. Sin embargo, es necesario realizar futuras investigaciones para profundizar en dichas líneas de intervención, transformación y cambio hacia el desarrollo de conductas saludables como parte del proceso dinámico y continuo de la salud y bienestar.

TESIS PUCP

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acevedo, G. (2004). El modo humano de enfermar: *Desde la perspectiva de la Logoterapia de Viktor Frankl.* Buenos Aires, Fundación Argentina de Logoterapia "Viktor E. Frankl"

Alcántara, N. (2008). Sintomatología depresiva y Adhesión al tratamiento en pacientes con VIH (Tesis de Licenciatura). Recuperada de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/403

Al-Yagón, M., & Margalit, M. (2006). Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with Reading difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 21,1,21-37

Amaya, M. & Gaviria A. (2007). Estilos de vida, bienestar psicológico y Sentido de Coherencia en estudiantes adultos de la universidad de San Buenaventura, seccional de Medellín. Departamento de Bienestar universitario Universidad de San Buenaventura Medellín

Andrade, L. (2008). Revisión de la Adherencia al Targa y Directrices para su mejoramiento tras 4 años de Tratamiento ARV en Perú. Recuperado de http://bvs.per.paho.org/SCT/SCT2008-084/SCT2008084.pdf

Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco, C.A. Jossey-Bass

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco. Jossey-Bass

Antonovsky, A. (1990). Pathways Leading to Succesful coping and health. En Rosenbaum, M. Learned Resoursefullness: On coping skills, self-control, and adaptative behavior. Springer publishing company. NY

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*. Vol 36, No 6, pp 725-733, 1993 Pergamon Press.

Arévalo, V. (2007). Stress and extreme poverty in peruvian women (Tesis doctoral) Radboud University Nijmegen Council of deans

Arévalo, S. Prado, G. y Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17825910

Basta, T.; Shacham, E.; Reece, M. (2009). Symptoms of Psychological Distress: A Comparison of Rural and Urban Individuals Enrolled in HIV-Related Mental Health *Care STDS* Vol. 23(12) 1053-1057

Bazán, S.; Chanamé, L.; Maguiña, C. (2013). Adherencia al Targa en VIH SIDA Un problema de Salud Pública en *Acta Médica Peruana* Vol. 30 nº2 pp 101-102

Bermejo, J. (2010). Humanizar el sufrimiento y el morir. Perspectiva Bioética y pastoral. Madrid PPC

Bermejo, J. (2011). Resiliencia: *una mirada humanizadora al sufrimiento*. Madrid PPC

Bermejo, J. y Alvares (2009). Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética. Madrid San Pablo

Brizzio, A. y Carreras, A. (2007). Variables salutogénicas y su relación con los sucesos de vida. En *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica* Nº 23 Vol. 1, 2007 83-99

Burgos, R. y Martínez, B. (2008). Atención Psicoespiritual Camiliano a los pacientes con VIH-SIDA. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma Lima-Perú.

Cantú, R., Álvarez J., Torres E., y Martínez O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH Sida en Monterrey, México en *Psicología y Salud* Vol. 22 N° 2: 163-172 Recuperado de http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%E1n_2.pdf

Cassaretto, M. y Martínez P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S025492472012000100007&script=sci_arttext

Cederfjäll, C., Langius-Eklöf, A., Lidman, K., Wredling, R. (2002). Self reported adherence to antiretroviral treatment and degree of sense of coherence in a group of HIV infected patients. *AIDS CARE* (2002), Vol. 16, No 12, pp. 609-616

Custodio, E. (2002). Alexitimia y Sentido de Coherencia en un grupo de adolescentes limeños. (Tesis de Licenciatura) Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Chiappo, L. (2000). Veintiún maneras de vivir. En *Acta Herediana* Vol. 26, Marzo 2000

Dejo, M. (2006). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. Recuperado de http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/558

Draper, B. (2010). La inteligencia espiritual: *un nuevo modo de ser.* Sal Terrae. Santander

Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). "Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, no. 6, pp. 460-466.

Eriksson & Lindström (2006). Antonovsky`s Sense of Coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health,* vol. 59, no. 6, pp. 440-442.

Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic reasearch as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Folkhälsan Research Centre, Health promotion research programme, Turku.*

Eriksson, M., Lindström, B. & Lilja, J. (2007). "A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case?", *Journal of Epidemiology and Community health*, vol. 61, no. 8, pp. 684-688.

Fasce, N. (1999). Soporte social y depresión en personas adultas que viven con VIH. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetSoporteSocialEnPersonasQueVivenConVIH-4531331.pdf

Feldt, T., Leskinen, E. & Kinnunen, U. (2005). "Structural invariance and stability of sense of coherence: A longitudinal analysis of two groups with different employment experiences", *Work & Stress*, vol. 19, no. 1, pp. 68-83.

Fernández, M. (2009) Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Recuperado de http://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1

Frankl, V. (2004). El hombre en busca de sentido último. El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano. Paidós Iberica, S.A.

Gatel, J.M., Miro, O., y Pumarola, A. (2009). Medicina interna. *Capítulo 320 Infecciones por los virus de la inmunodeficiencia tipos 1 y 2* España. Elsevier

García, R. y Robles, H. (2011). Personalidad Resistente y Sentido de Coherencia como predictores de burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y estrés* Vol. 17 N° 2-3, págs. 99-112

Güell A. (2002). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. Recuperado de http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm

Hernández, Z.; Ehrenzweig, Y. & Yépez, L. (2010). Sentido de Coherencia y Salud en personas adultas mayores autopercibidas como sanas. Recuperado de http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-43/2-RCP-Vol29-No43.pdf

INFOSIDA (2013). Tratamiento para la infección por VIH: Conceptos Básicos. Recuperado de http://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/51/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih--conceptos-basicos

Jiménez, L. (2012). Madres e hijos seropositivo. Devastación de estructuras existenciales por el diagnostic de VIH+. *Una comprensión analítico existencial* (Tesis de Maestría). Recuperado de http://www.existential-analysis.org/fileadmin/4editors/dokumente/GLE-span/trabajos_de_tesis/MSc_Lorena_2012_-_Madres_e_hijos_seropositivo.pdf

Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M.L. & Smithson, E. (2009). "Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: Appraisals and behavioural responses", *British Journal of Health Psychology*.

Konttinen, H., Haukkala, A., y Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine*, 66, 12, 2401-2412.

Kouvonen, A.M., Väänänen, A., Vahtera, J., Heponiemi, T., Koskinen, A., Cox, S.J. & Kivimäki, M. (2010). "Sense of coherence and psychiatric morbidity:A 19-year register-based prospective study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, pp. 255-261.

Kübler, R. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos:* Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados. Barcelona. De bolsillo.

Lance, S. Rintamaki, Terry C. Davis, Silvia Skripkauskas, Charles L. Bennett, Michael S. Wolf (2006) . Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence *AIDS PATIENT CARE and STDs* Volumen 20, No 5, pp. 359-368

Langius, A., Lidman K. & Wredling R. (2009). Health-Related Quality of life in Relation to Sense of Coherence in a Swedish Group of HIV- Infected Patients Over a Two- Year-Follow-Up. *AIDS PATIENT CARE and STDs* Volumen 23, No 1, pp. 53-64

Lewis, M., Colbert, A., Erien J. & Meyers (2006) A qualitative study of person who are 100% adherent to antiretroviral therapy. *AIDS CARE*, Vol. 18, No 2, pp. 140-148

López, J. y Rodríguez, M. (2007). *La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer Psicooncología.* Vol. 4 N° 1 pp. *111-120*

Lundman, B., Forsberg, K.A., Jonsen, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G. & Lovheim, H. (2010) "Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umea 85+ study", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 51, pp. 329-332.

Machado, S. (2011). Existential Dimensions of Surviving HIV: The Experience of Gay Long-term Survivors Recuperado de http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1130-8621%2812%2900080-0.pdf

Malagón, M. (2012). El Sentido de Coherencia en el colectivo enfermero. Recuperado de http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1130-8621%2812%2900080-0.pdf

Malcolm, S., Rosen, R. & Stone, V. (2003) An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS CARE*, Vol. 15, No 2, pp. 251-261

Marc L., Zerden M., Ferrando S. & Testa M. (2011). HIV caregives and non-caregivers: differences in sociodemographics, inmune functioning, and quality of life *AIDS Care* Volumen 23, No 7 pp. 880-891 Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2010.534435

MINSA (2004). Norma Técnica para la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad – TARGA- en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana

MINSA (2011). Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/default.asp

MINSA (2013). Dirección General de Epidemiología Boletines sobre VIH. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2013/diciembre.pdf

Moreno J., González y Garrosa (2001). Burnout, Sentido de Coherencia y Salud Percibida. Recuperado de https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/burnout-docente-sentido-de-la-coherencia-y-salud-percibida.pdf

TESIS PUCP

Mukolo A. & Wallston K. (2011). The Relationship Between Positive Psychological Attributes and Psychological Well-Being in Persons with HIV/AIDS Documento recuperado de http://link.springer.com/article/10.1007/s10461-011-0029-5

Nahlen, C. & Saboonchi, F. (2009). "Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure", *European Journal of Cardiovascular Nursing*. *9(4):254-262*

Navarro J. (2004). Enfermedad y Familia: Manual de Intervención Psicosocial. *(Anexo E)* Barcelona Paidós

Nilsson L. Schönnesson & Ross (2002). Psychological and existencial issues and quality of life in people living with HIV infection. *AIDS CARE* (2002), Vol. 14, No 3, pp. 399-404

TESIS PUCP

- Enfermedad por citomegalovirus (no incluye hepática, esplénica ni linfática)
- Encefalopatía relacionada al VIH
- *Herpes Simplex*, úlcera(s) crónica(s) (mayor de un mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagítis
- Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica (> de un mes de duración)
- Linfoma de BurKitt (o témino equivalente)
- Linfoma primario cerebral
- Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva
- *Mycobacteriium tuberculosis*, de cualquier localización (pulmonar o extrapulmonar)
- Otras especies no determinadas de Mycobacterium, diseminadas o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumosystis carinii*
- Neumonía recurrente
- Neumonía intersticial linfoide y/o hiperplasia linfoide pulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Septicemia recurrente por salmonella
- Síndrome de consunción por VIH
- Toxoplasmosis cerebral

TESIS PUCP

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima ….. de …… de 2010 Código N°……

A través del presente documento declaro haber recibido la explicación detallada y haber comprendido el procedimiento a seguir en la investigación que realiza la Srta. Malhy Moya la cual tiene por objetivo conocer la relación existente entre los niveles de Orientación hacia la Vida y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas viviendo con VIH SIDA. Dicha investigación se realiza con la intención de conocer con mayor detalle lo que sucede entre estas dos variables, para el mejoramiento en la atención e intervención que brinda el Servicio de Psicología. Por ello acepto colaborar voluntariamente.

Toda información brindada será totalmente CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA y de cambiar de opinión, alguna de las partes involucradas, este acuerdo quedará nulo, sin que por ello se perjudique o interfiera con el tratamiento a recibir, ni con los derechos y normas legales que existen a nivel nacional o internacional para ambas partes.

…… ……..……

Firma del participante Srta. Malhy Moya Bravo

……..……

Nombre o siglas del participante

TESIS PUCP

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ANEXO D

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Para ser llenado por el Consejero

Nombre o iniciales de la persona: ……

Nombre del Consejero: ……

Fecha de nacimiento: / /

Fecha de evaluación: / /

Institución: .....

1. **Orientación sexual:**

   Heterosexual ( ) Homosexual ( ) Bisexual ( )

2. **Vía de transmisión de la infección:**

   Sexual ( ) Sanguínea ( ) Por drogas intravenosas ( ) No sé ( )

3. **Estadio de la infección:**

   Estadio 1: Persona asintomático ( )

   Estadio 2: Enfermedad temprana ( )

   Estadio 3: Enfermedad intermedia ( )

4. **Carga Viral y CD4**

   CV de primera evaluación: / /

   CV de última evaluación: / /

   CD4 de primera evaluación: / /

   CD4 de última evaluación: / /

5. **Esquema actual de tratamiento:** ……..

6. **Número de pastillas recetadas por día:** …….

7. **¿Ha cambiado de esquema alguna vez?**

Sí ( ) ¿Por qué? (Puede marcar más de una)