

# **ESTUDIO PRELIMINAR DE LAS RELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL APOYO SOCIAL CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

## ***PRELIMINARY STUDY OF RELATIONS BETWEEN COPING STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT AND ADHERENCE TO TREATMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS***

**Marcelo Ahumada\*, Eduardo Escalante\*\* e Isabel Santiago\*\*\***

### **Resumen**

La dinámica de la epidemia del VIH ha cambiado en los últimos tiempos. La aparición de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa ha permitido comenzar a hablar del VIH como una enfermedad no necesariamente fatal, sino crónica. Además, ha reducido la morbilidad y la mortalidad asociadas con el VIH. Pero a pesar de tener acceso a este tipo de tratamiento, las personas viviendo con el VIH/sida (PVVs) muchas veces no cumplen con el tratamiento prescripto. Esto produce preocupación entre los equipos de salud, por lo que se han volcado a intentar encontrar aquellos elementos asociados con la no adherencia al tratamiento por parte de las PVVs. Estos han sido múltiples y muy variados, por eso el presente trabajo pretende identificar algunas de las variables psicosociales asociadas con la adherencia al tratamiento por parte de las PVVs, específicamente las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido. Se exploró en 11 sujetos PVVs (tanto hombres como mujeres) que concurrieron a una OSC (Organización de la Sociedad Civil) que trabaja en la temática. Se administraron las técnicas: entrevista semiestructurada (se administra el cuestionario SMAQ -*Simplified*

---

\* Licenciado en Psicología por la Universidad del Aconcagua. Investigador del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. Jefe de Trabajos Prácticos de “Metodología de la Investigación II” y de “Sexualidad y Cultura”. Domicilio: Pedernera 2796, Barrio San Ignacio, Godoy Cruz, Mendoza. E-Mail: marferahumada@yahoo.com.ar

\*\* Licenciado en Lingüística y Literatura por la Universidad de Chile. Máster en Ciencias Sociales por la Universidad de Gales, Gran Bretaña. Director del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. Domicilio: Plazuela San Francisco 240, Depto. 31, Valparaíso, Chile. E-Mail: escalante.gomez@gmail.com

\*\*\* Licenciada en Psicología por la Universidad del Aconcagua. Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología del Universidad del Aconcagua. Domicilio: Volcán Santa María 1401, XII Plan Agua y Energía, Godoy Cruz, Mendoza. E-Mail: isasant@hotmail.com

*Medication Adherence Questionnaire*- que mide adherencia, CRI (*Coping Responses Inventory de Moos, R.*), que mide estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido Duke-UNC-11, que mide apoyo social confidencial y afectivo. Se han encontrado algunas asociaciones entre los niveles de adherencia al tratamiento terapéutico y las respuestas de afrontamiento y apoyo social.

**Palabras clave:** adherencia al tratamiento, VIH/sida, estrategias de afrontamiento, apoyo social.

### Summary

The dynamics of the HIV epidemic has changed in recent times. The advent of highly active antiretroviral therapy has helped to start talking about HIV as a chronic disease, but not necessarily fatal. It has also reduced the morbidity and mortality associated with HIV. But despite having access to such treatment, people living with HIV/AIDS (PLWHA) often do not comply with prescribed treatment. This causes concern among health teams, so they have turned to try to find those elements associated with treatment adherence by PLWHA. These have been multiple and varied, so this paper seeks to identify some of the psychosocial variables associated with adherence to treatment by PLWHA, specifically coping strategies and perceived social support. It was explored in 11 subjects PLWHA (both men and women) who attended a CSO (Civil Society Organization) working in the HIV/AIDS field. Techniques: semi structured interview (it is administrated SMAQ-Simplified Medication Adherence Questionnaire to measure adherence, CRI -Coping Responses Inventory-, which measures coping strategies, and Duke-UNC-11 questionnaire, which measures perceived social support. We found some associations between the levels of adherence to therapy and coping responses and social support.

**Key words:** adherence to treatment, HIV/AIDS, coping strategies, social support.

### Introducción

Se va observando que la epidemia del VIH es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que puede ser mejor entendida dentro de un modelo biopsicosocial. Las PVVs (Personas Viviendo con VIH/sida) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos, que -en conjunto- constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, por lo que se ha llevado a cabo una serie de investigaciones con el objetivo de identificar aquellos factores que se encuentran asociados con esta pandemia, tales como estilos o estrategias de afrontamiento, estados emocionales, apoyo social, rasgos de personalidad y, además, su asociación con la adherencia al tratamiento. La especificidad del modo de transmisión, el bien conocido pronóstico, las diferentes terapias usadas son algunas de las peculiaridades de esta enfermedad. Desde los comienzos de la década del 80, que es cuando se reconoce el microorganismo causante del sida, el VIH aparece

como el responsable de la enfermedad. El desarrollo de fármacos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa y más recientemente (desde el año 1996) de los Inhibidores de la Proteasa y, su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha permitido comenzar a hablar del sida como una enfermedad no necesariamente fatal. La introducción de este tipo de tratamiento ha disminuido la morbilidad y mortalidad asociadas con el VIH, transformándose en una enfermedad crónica. El objetivo del tratamiento es bajar la carga viral en sangre, hasta los considerados no detectables, según las técnicas utilizadas, y así preservar la función del sistema inmunológico.

Según cifras oficiales (Ministerio de Salud de la Nación, 2008), en la Argentina (según las notificaciones recibidas al 31 de mayo de 2008, que registran diagnósticos de VIH al 31 de diciembre de 2007 desde el año 1982) se han diagnosticado de VIH a 67.245 personas, siendo en Mendoza 1.138 (2% del total), manteniendo la proporción desde el inicio de la enfermedad, pero marcándose un ascenso en el número de casos con respecto a los periodos evaluados previamente. El número de hombres infectados es más o menos el doble en relación con las mujeres infectadas. En cuanto a la mediana de edad de diagnóstico en Cuyo en hombres, es de 35 y en mujeres de 31 años en el periodo comprendido entre 2005 y 2007. La vía de transmisión que mayormente se observa es la sexual, habiendo un mantenimiento de la proporción en los HSH (hombres que tienen sexo con hombres). Habría una fuerte asociación entre vía de transmisión y educación recibida.

A pesar de la disponibilidad de los tratamientos, un porcentaje elevado de PVVs no consigue una supresión duradera de la replicación viral, atribuible en gran medida a la falta de adherencia (un tercio según Remor, E.; 2002a). Este es un problema mundial e involucra no solo a la salud individual sino también a la Salud Pública, ya que favorece la transmisión de cepas resistentes y aumenta la morbimortalidad de las PVVs. El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos. A pesar de esto, el interés por investigarlo y por promoverlo se retrotrae escasamente a la década de los 70, cuando los avances médicos y farmacológicos mostraron una revolucionaria eficacia (Fernández Peña, 2005). El concepto de adherencia terapéutica es un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo (con el profesional de la salud), cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Martín y Grau, 2004, en Villa y Vinaccia, 2006). No existe una dicotomía completa entre adhesión y no adhesión, y puede realmente tratarse de una medicación que suele reportar distintos grados dentro de un continuo.

Se pueden encontrar cinco factores para explorar la adherencia terapéutica (Meichenbaum y Tucker, 1991, citado en Villa y Vinaccia, 2006).

En primer lugar están los relacionados con los pacientes (características de los individuos -por ejemplo estilos de personalidad-, presencia o no de trastornos psicológicos, creencias personales y socioculturales, historia previa, apoyo social y familiar, etc.). En segundo lugar se encuentran los factores relacionados con la enfermedad (si es crónica, aguda, con o sin presencia de síntomas, tiempo de infección [Remor, E., 2002a] enfoque y momento del proceso de la enfermedad, etc.). En tercer lugar se hallan los factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad (complejidad del régimen terapéutico, cantidad de medicaciones, horarios de administración, efectos secundarios, etc.). El cuarto aspecto son los factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud (continuidad o no del cuidado médico, tiempo de espera, trato del personal, etc.). Finalmente, se hallan los relacionados con la interacción y relación del personal de salud (comunicación, actitudes, conductas verbales y no verbales, satisfacción del paciente con la atención recibida).

Un gran número de investigadores se han puesto a estudiar en mayor profundidad los factores, tanto psicológicos como conductuales, que influyen en la adherencia al tratamiento por parte de las PVVs. Así es, por ejemplo, que Pinheiro, C.; de-Carvalho-Leite, J.C.; Drachler, M.L.; Silveira, V.L (2002) estudiaron los factores asociados con la adherencia al tratamiento de adultos infectados y que están bajo TARGA. Las probabilidades de adherencia, seguir las indicaciones médicas prescriptas, se veían incrementadas cuando las personas tenían una percepción positiva de sí mismas y disminuía con una negativa. Asimismo, entre los factores sociodemográficos y las variables clínicas, solo la escolaridad se encontró asociada con la adherencia. Otros, en cambio, encontraron más variables sociodemográficos y clínicas asociadas con la adherencia: edad, educación, entrada, empleo, estabilidad del hogar, historia de terapia antiretroviral previa, y el número de píldoras por día (Carballo, E.; Cadarso-Suárez, C.; Carrera, L.; Fraga, J.; de la Fuente, J.; Ocampo, A.; Ojea, R.; Prieto, A., 2004). Otros autores (Power, R.; Koopman, C.; Volk, J.; Israelski, D.; Stone, L.; Chesney, M.; Spiegel, D. 2003) examinaron la relación de la adherencia al tratamiento antirretroviral con tres tipos de apoyo social (pareja, amigos y familia) y el uso de dos estrategias de afrontamiento (negación y uso de sustancias). Los resultados indicaron que los sujetos heterosexuales y los de la etnia latina eran significativamente más probables de reportar no haber tomado las medicaciones. La satisfacción percibida del apoyo de la pareja se asoció con el seguimiento del tratamiento prescripto, siendo no asociados significativamente el apoyo de amigos y familiares con la adherencia. Además, los usuarios de drogas y alcohol eran más probables de ser no adherentes al tratamiento. También encontramos que otros autores hicieron hincapié en la adherencia desde lo conductual en mujeres, notando que las no adherentes adjudicaban su comportamiento a los efectos secundarios de los antiretrovirales, y las interferencias en sus actividades diarias por el esquema de ingestión de la medicación (Abel, E.; Painter, L.; 2003). Los síntomas de depresión y distrés psicológico de igual forma fueron asociados con la no adherencia. Siendo los síntomas depresivos asociados con la no adherencia, así

como los problemas emocionales (Gonzalez, Jeffrey et al., 2004). Asimismo, se ha estudiado la asociación de conocimiento relacionado con el VIH, tal como, información de la enfermedad, del tratamiento, etc., sugiriéndose educación al respecto (Weiss, L.; French, T.; Finkelstein, R.; Waters, M.; Mukherjee, R.; Agins, B. 2003).

En relación con el afrontamiento, las teorías contemporáneas enfatizan en la multiplicidad de aspectos de los procesos de afrontamiento y evaluación del estrés. Resumidamente, los investigadores han usado dos enfoques conceptuales principalmente para clasificar las respuestas de afrontamiento. Uno de ellos enfatiza la orientación o foco de afrontamiento (enfocado al problema o enfocado a la emoción), mientras que el otro enfatiza sobre el método de afrontamiento (cognitivo o conductual) (Moos, 1993, que cita a Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2000). En el presente trabajo se toma la conceptualización realizada por Rudolf H. Moos (1993) que combina ambos enfoques.

En un trabajo de investigación donde se relacionó el afrontamiento, el apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH se encontró que las estrategias de afrontamiento de evitación/pasivas, la poca implicación activa-positiva, y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo son mejores predictores de distrés emocional (Carrobes, J.A.; Remor, E.; Rodríguez Alzamora, L. 2003). En un estudio acerca de la involucración religiosa, el afrontamiento, el apoyo social y el estrés psicológico (Prado, G.; Feaster, D.; Schwartz, S.; Pratt, I.; Smith, L.; Szapocznik, J., 2004), los resultados sugieren que el soporte social, el afrontamiento activo, y las respuestas de afrontamiento evitativas mediaron la relación entre la involucración religiosa y el estrés psicológico. En madres afroamericanas VIH (+) pudieron focalizarse en el incremento del soporte social, promoción de afrontamiento activo, y disminución de respuestas de afrontamiento evitativas.

Otro elemento, tomado como variable psicológica, en la investigación del VIH/sida ha sido el apoyo social; habiendo autores que hacen hincapié en el mismo como elemento predictor de adherencia al tratamiento en PVVs. En los últimos años, el ambiente social ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del mismo. Ello justifica un creciente interés hacia los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos así como la relación existente entre relaciones interpersonales y la salud de las personas (Fernández Peña, 2005). Uno de los recursos derivados de las relaciones sociales y de relevante importancia en contextos relacionados con los procesos de salud-enfermedad es el apoyo social (*social support* en inglés). En general, parece aceptado el estudio del mismo desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual. En la *estructural*, se define el apoyo social como provisiones

instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales, amigos íntimos. La importancia de esta perspectiva radica en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial del apoyo. En el punto de vista *funcional* se considera al apoyo social como una transacción interpersonal que engloba uno o más de los siguientes aspectos: emocional, instrumental, información y valoración. Tiene tres funciones básicas: apoyo emocional, material e instrumental. Por último, el enfoque *contextual* hace referencia a que los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, todo ello con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas.

Algunas de las investigaciones respecto del tema apoyo social exploraron la relación entre apoyo social y calidad de vida en PVVs (Remor, E.; 2002b). Entre algunos de los resultados se destacan diferencias significativas en la calidad de vida de las PVVs, según el nivel de apoyo social que presentaban, siendo que los que tenían bajo apoyo social presentaron una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y experimentaban peor salud física y emocional que el mes anterior al estudio. Por ende, el apoyo social es una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de las PVVs.

Por ello, se plantea los siguientes objetivos generales: describir las variables psicosociales (estrategias de afrontamiento y apoyo social) en la adherencia al tratamiento de las PVVs; y establecer relaciones entre las variables psicosociales y la adherencia al tratamiento de las PVVs.

Siendo los específicos: describir niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVs; describir las estrategias de afrontamiento presentes en las PVVs; describir el apoyo social en las PVVs; establecer relaciones entre afrontamiento y niveles de adherencia; establecer relaciones entre el apoyo social y niveles de adherencia; relacionar las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y los niveles de adherencia al tratamiento.

### **Metodología**

Investigación cuali-cuantitativa, diseño no experimental, transversal o transeccional.

*Muestra:* intencional de hombres y mujeres adultos VIH (+) y que toman medicación, que concurren a una OSC que trabaja con personas VIH (+) en la provincia de Mendoza. N=11

*Variables sociodemográficas:* edad, sexo, nivel de estudios alcanzados, estado civil, orientación sexual, modo de transmisión.

*Instrumentos:*

Entrevista semiestructurada: en la cual se relevaron las variables sociodemográficas, se administraron Cuestionario SMAQ de evaluación de cumplimiento terapéutico y escala de Moos CRI-A (afrentamiento), y Duke-UNC-11 (apoyo social), y, devolución y discusión de resultados.

Cuestionario de evaluación de cumplimiento terapéutico SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire): consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función, de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Contiene 6 preguntas con respuesta cerrada.

Se considera **paciente no adherente** cuando este responde a la pregunta 1: si; a la pregunta 2: no; a la pregunta 3: si; pregunta 4: si; a la pregunta 5: C, D o E; y a la pregunta 6: más de 2 días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa: A: 100-95% cumplimiento terapéutico; B: 85-94% cumplimiento terapéutico; C: 65-84% cumplimiento terapéutico; D: 30-64% cumplimiento terapéutico; y E: < 30% cumplimiento terapéutico. Este cuestionario considera paciente adherente a aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC-11: consta de 11 ítems con un rango de respuesta tipo likert de 1 (“tanto como deseo”) a 5 (“mucho menos de lo que deseo”). Comprende dos subescalas que se refieren al apoyo social *confidencial* (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y *afectivo* (demostraciones de amor, cariño y empatía). A mayor puntuación, mayor apoyo social. En su versión original el instrumento se divide en dos subescalas: de apoyo social *afectivo* (preguntas 1; 4; 6; 7; 8 y 10) y apoyo social *de confianza* (preguntas 2; 3; 5; 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos (Fernández et al., 2001).

Estilo y estrategias de Afrontamiento: inventario de Respuestas de Afrontamiento de Rudolf Moos (1993). Consta de 8 dimensiones o escalas compuestas de 6 ítems. También incluye un set de 10 ítems que provee información de cómo el individuo evalúa el contexto general del estresor. A continuación se realiza una descripción de las escalas.

*Acercamiento Cognitivo*

Análisis Lógico (AL): comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias.

Reformulación Positiva (RP): abarca los intentos cognitivos para construir un problema en un sentido positivo aceptando la realidad de la situación.

### *Acercamiento conductual*

Búsqueda de Apoyo y Guía (BAG): comprende los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo.

Tomar acción en la Solución del Problema (SP): comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema.

### *Evitación Cognitiva*

Evitación Cognitiva (EC): son los intentos cognitivos para evitar pensar de un modo realista acerca del problema en cuestión.

Aceptación-Resignación (AR): se refiere a los esfuerzos para reaccionar frente al problema a través de su aceptación o resignación.

### *Evitación Conductual*

Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BGA): abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.

Descarga Emocional (DE): son los esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos.

## **Procedimiento**

Se realizaron entrevistas en la OSC, en donde se administraron el SMAQ (adherencia terapéutica), el cuestionario de Apoyo Social y el CRI (afrontamiento), en ese orden, luego de firmar el consentimiento informado.

Para el procesamiento de los datos de las pruebas psicológicas (Afrontamiento y Apoyo Social), se trabajó en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, donde se cuenta con el programa informático SPSS de procesamiento de datos estadísticos. Luego se realizó el análisis descriptivo de la muestra a través de la exposición de las frecuencias, medias y variaciones típicas de las variables sociodemográficas. Asimismo, se utilizó análisis de correspondencia múltiple para establecer las asociaciones de las variables.

Se realizó análisis de confiabilidad y validez de las escalas, siendo confiables y válidas.

## **Resultados**

Participaron de la muestra 11 sujetos, cuyo promedio de edad fue de 43,27 años, siendo el menor de 26 y el mayor de 60 años. En cuanto al sexo nos encontramos con 8 hombres (73%), 2 mujeres (18%) y 1 trans (9%).



En cuanto a Educación:

**Tabla 1: Frecuencia y Porcentaje de EDUCACIÓN Grupo de PVVs, n=11, Ahumada, 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
PRIM COMPL	4	36,4
SEC COMPL	2	18,2
SEC INC	1	9,1
TERC COMPL	1	9,1
TERC INC	2	18,2
UNIV INC	1	9,1
Total	11	100,0

En cuanto a la ocupación:

**Tabla 2: Frecuencia y Porcentaje OCUPACIÓN Grupo PVVs, n=11, Ahumada, 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
ACTIVISTA	1	9,1
ARTESANO	1	9,1
COMERCIANTE	1	9,1
CUIDADORA	1	9,1
DESOCUPAD	2	18,2
JUBILAD	1	9,1
PENSIONAD	1	9,1
PROFESOR	1	9,1
	1	9,1
	1	9,1
Total	11	100,0

En cuanto al estado civil:

**Tabla 3: Frecuencia y Porcentaje ESTADO CIVIL grupo PVVs, n=11, Ahumada, 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
CASAD	1	9,1
DIVORCIAD	1	9,1
EN PAREJA	3	27,3
SEPARAD	1	9,1
SOLTER	4	36,4
VIUDA	1	9,1
Total	11	100,0

En cuanto a la adherencia:

**Tabla 4: Niveles de Adherencia en Cada Sujeto, n=11, Ahumada, 2010.**

SUJETO	ADHERENCIA
	NIVELES
PVVS1	ALTA
PVVS2	MEDIA
PVVS3	MEDIA
PVVS4	BAJA
PVVS5	BAJA
PVVS6	MEDIA
PVVS7	ALTA
PVVS8	BAJA
PVVS9	BAJA
PVVS10	MEDIA
PVVS11	ALTA

Se desprende de esta tabla que el 27,27% de los sujetos tienen Alta Adherencia Terapéutica; Media y Baja tienen igual porcentaje, 36,36%.

En cuanto al Apoyo Social:

**Tabla 5: Presencia o ausencia de Apoyo Social Percibido (Duke-UNC-11, Broadhead, W.E. et al., 1988. Adaptación: Ahumada, M. y Santiago, I., 2009), en cada uno de los sujetos, n=11, Ahumada, 2010**

SUJETO	APOYO SOCIAL PERCIBIDO	
	AS AFECTIVO	AS DE CONFIANZA
PVVS1	SI	SI
PVVS2	SI	SI
PVVS3	SI	SI
PVVS4	SI	SI
PVVS5	NO	NO
PVVS6	SI	SI
PVVS7	SI	SI
PVVS8	SI	SI
PVVS9	SI	NO
PVVS10	SI	SI
PVVS11	SI	NO

Asimismo, si tomamos los Promedios la escala de Apoyo Social Afectivo puntúa 23 y la escala de Apoyo Social de Confianza puntúa 19. De acuerdo con esta puntuación el grupo tiene Apoyo Social, tanto Afectivo como de Confianza. Igualmente, resalta el sujeto 5 que no tiene ninguna de los dos apoyos sociales que explora el cuestionario. Como se verá más adelante en el análisis de correspondencia múltiple este es un sujeto atípico.

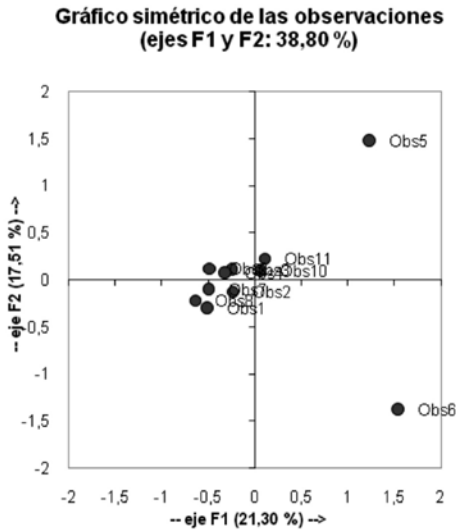
En cuanto a las respuestas de afrontamiento:

**Tabla 6: Niveles de las Respuestas de Afrontamiento (CRI-A, Moos, 1993) en cada uno de los sujetos, n=11, Ahumada, 2010**

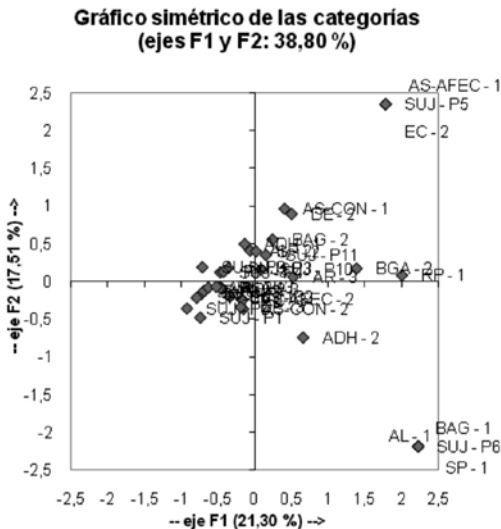
SUJETO	AL	RP	BAG	SP	EC	AR	BGA	DE
PVVS1	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
PVVS2	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO	ALTO	ALTO
PVVS3	ALTO	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO
PVVS4	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
PVVS5	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO
PVVS6	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO
PVVS7	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
PVVS8	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
PVVS9	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
PVVS10	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO
PVVS11	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO

De los Análisis de Correspondencia Múltiples, podemos observar, en primer término, dos observaciones atípicas (Obs 5 y Obs 6, Ver Figura 1) en relación con los sujetos observados en la muestra.

**Fig. 1: Análisis de Correspondencia Correspondiente a los Sujetos de la Muestra, n=11, Escalante, 2010**



**Fig. 2: Análisis de Correspondencia Múltiples con las Variables Sujetos, Apoyo Social y Respuestas de Afrontamiento, n=11, Escalante, 2010**



Lo más destacado de la Figura 1 son las dos observaciones atípicas, que representan a dos sujetos de la muestra, el 5 y el 6. De la Figura 2, son las asociaciones que se perciben alrededor de los sujetos atípicos. El resto de las observaciones se encuentran alrededor del centro, lo que estaría hablando de baja o nula asociación. En relación con el sujeto 5, vemos que es un sujeto con adherencia Baja, sin Apoyo Social de Confianza y Afectivo, con respuestas de afrontamiento, tales como, Evitación Cognitiva, Descarga Emocional, Búsqueda de Apoyo y Guía con niveles medios; siendo el sujeto 6 con adherencia Media, respuestas de afrontamiento, tales como, Búsqueda de Apoyo y Guía, Análisis Lógico y Solución de Problemas con niveles Bajos.

### Conclusiones

De los resultados encontrados y de los objetivos planteados en este trabajo, se puede decir que no son aplicables a la población en general, sino más bien al grupo en cuestión, esto es dado por su escasa N y por ser una muestra intencional o no probabilística. Asimismo, se podría pensar en algunos elementos interesantes dados por los resultados, especialmente por los análisis de correspondencia múltiple.

En primer término, las proporciones de la variable sexo se mantienen más o menos en relación con las cifras oficiales argentinas (Ministerio de Salud de la Nación, 2008). Nos encontramos con un grupo de edad media de 43 años, siendo el menor de 26 y el mayor de 60, con un amplio espectro en cuanto a estudios y a ocupaciones. En el estado civil encontramos la mayor concentración en solteros (36,4%), siguiéndoles los que están en pareja (27,3%).

En segundo término, en los niveles de adherencia tenemos predominancia de los niveles medio y bajo con un 36,36% cada uno, y un 27,27% de nivel alto de adherencia. Estos valores estarían reflejando lo que en otras investigaciones se ha encontrado en cuanto a la falta de adherencia de un tercio en los grupos estudiados (Remor, 2002).

Seguidamente analizando los datos de Apoyo Social, vemos que el grupo tiene Apoyo Social de Confianza, así como Afectiva. Pero individualmente resalta el sujeto 5 quien no tiene apoyo social y en los análisis de correspondencia claramente se ve asociado a la falta de adherencia y a al uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativa, como son Evitación Cognitiva y Descarga Emocional. Lo que se vería apoyado por los hallazgos de investigaciones que hablan de la relación entre las estrategias de afrontamiento “pasivas”, falta de apoyo social y baja adherencia terapéutica al tratamiento medicamentoso (Power, R.; et al. 2003; Carroble, J.A. et al. 2003; Prado, G. et al., 2004).

Y ya entrando en el análisis de correspondencia múltiple, propiamente dicho, encontramos otro sujeto, el número 6, que se contrapone al mencionado anteriormente, apareciendo cuando se cruzan las variables en estudio, con una adherencia terapéutica media y con presencia (baja) de estrategias de afrontamiento “activas” o de

acercamiento, tales como, Análisis Lógico, Búsqueda de Apoyo y Guía y Solución de Problema. Este hallazgo estaría apoyando lo investigado acerca de la relación entre las estrategias de afrontamiento activas con la alta adherencia. En este caso particular se encuentran en niveles bajos las estrategias pero con presencia y asociación con nivel medio de adherencia. Interesante es, ver que el apoyo social no se encuentra asociado en este punto. Particularmente, se podría decir que es porque en la situación particular en la que se encontraba el sujeto era de relación conflictiva con su pareja y con su familia nuclear, y lo que más le interesaba al momento de entrevistarlo era salir de su situación de postración en la cama (aunque en el cuestionario de apoyo social percibido mostrara presencia de apoyo social tanto afectivo como de confianza).

Por los demás datos, es complejo establecer asociaciones ya que se encuentran en su mayor parte alrededor del punto cero del gráfico, por lo que no mostrarían diferencias entre ellos.

### **Bibliografía**

Abel, Elizabeth; Painter, Lisa (2003). "Factors That Influence Adherence to HIV Medications: Perceptions of Women and Health Care Providers". *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(4), Jul-Aug 2003, 61-69.

Bayés, R. (2000). *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.

Carballo, E.; Cadarso-Suárez, C.; Carrera, L.; Fraga, J.; de la Fuente, J.; Ocampo, A.; Ojea, R. & Prieto, A. (2004). "Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy". *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 13(3), Apr 2004, 587-599.

Carrobes, José Antonio; Remor, Eduardo y Rodríguez Alzamora, Larissa (2003). "Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH". *Psicothema*, 15(003), 420-426.

Fassino, Secondo; Leombruni, Paolo; Amianto, Federico & Abbate-Daga, Giovanni (2004). "Personality Profile of HIV Outpatients: Preliminary Results and Remarks on Clinical Management". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(6), Nov-Dec 2004, 361-365.

Fernández Peña, R. (2005). "Redes sociales, apoyo social y salud". *Perifèria. Revista de recerca I investigació en antropologia*, 3, Diciembre.

Flores Sarazúa, E.; Borda Más, M. & Pérez San Gregorio, M.A. (2005). "Aids and social exclusion: personality features or adaptive behaviors?" *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 45-55.

Gonzalez, J.S. et al. (2004). "Social support, positives states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS". *Health Psychology*, 23(4), Jul 2004, 413-418.

Lazarus, Richard (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicancias en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Lazarus, Richard y Folkman, Susan (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Ministerio de Salud de la Nación (2008). Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina, XI(25), agosto 2008.

Moos, Rudolf H. (1993). *Coping Responses Inventory Adult Form*. Professional Manual. US. PAR (Psychological Assessment Resources, Inc.).

Palmer, N.; Salcedo, J.; Miller, A.; Winiarski, M. & Arno, P. (2003). "Psychiatric and social barriers to HIV medication adherence in a triply diagnosed methadone population". *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), Dec 2003, 635-644.

Penedo, Frank J.; Gonzalez, Jeffrey S.; Dahn, Jason R.; Antoni, Mike; Malow, Robert; Costa, Paul & Schneiderman, Neil (2003). "Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS". *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 2003, 271-278.

Pinheiro, C.A.T.; de-Carvalho-Leite, J.C.; Drachler, M.L.; Silveira, V.L. (2002). "Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: A cross-sectional study in Southern Brazil". *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35(10), Oct 2002, 1173-1181.

Power, Rachel; Koopman, Cheryl; Volk, Jonathan; Israelski, Dennis M.; Stone, Louisa; Chesney, Margaret A.; Spiegel, David (2003). "Social support, substance use, and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV-infected persons". *AIDS Patient Care and STDs*, 17(5), May 2003, 245-252.

Prado, Guillermo; Feaster, Daniel J.; Schwartz, Seth J.; Pratt, Indira Abraham; Smith, Lila & Szapocznik, José (2004). "Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers". *AIDS & Behavior*, 8(3), Sep 2004, 221-235.

Remor, E. (2002a). "Valoración de la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH (+)". *Psicothema*, 14, N° 002, 262-267.

Remor, E. (2002b). “Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH”. *Atención Primaria*, 30(3), julio-agosto, 143-149.

Villa, I.C.; Vinaccia, S. (2006). “Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA”. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62.

Weiss, L.; French, T.; Finkelstein, R.; Waters, M.; Mukherjee, R. & Agins, B. (2003). “HIV-Related knowledge and adherence to HAART”. *AIDS Care*, 15(5), Oct 2003, 673-679.

*Fecha de recepción: 24/06/10*

*Fecha de aceptación: 20/09/10*