



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Factores psicológicos que predicen la adherencia terapéutica  
en personas con VIH  
que reciben medicamentos antirretrovirales”.

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**JANIA NAYELLI PÉREZ MARTÍNEZ**

DENIA SILVANA RUEDA MOSQUEDA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.  
REVISORA DE TESIS: DRA. LUCY MARIA REIDL MARTÍNEZ.



MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS

A:

*Mis padres y hermanos*

*Familiares y amigos*

*Colegas y pacientes*

*Facultad de Psicología*

*Universidad Nacional Autónoma de México*

## AGRADECIMIENTOS

A:

*Dios y a la vida misma que hoy me permite estar aquí*

*Mi madre por ser siempre mi fiel compañera de camino*

*Mi padre de quien siempre he aprendido la perseverancia*

*Mis hermanos Elizabeth y Oscar por apoyarme y confiar en mí*

*Mis abuelitas quienes siempre han creído en mí y me han apoyado*

*Mis tíos: Rafael, Fernando, Jesús, Enrique y Ma. Eugenia de quienes siempre aprendí el valor del estudio y a mis otros tíos y primos que aunque lejos siempre están presentes Rocío y Gerardo quienes han sido para mí más que amigos y me han acompañado a caminar por los senderos de la novedad, la fantasía, las ilusiones y los sueños que se vuelven realidad*

*Margarita por estar siempre al pendiente de los avances de este libro, además de ofrecerme tu cariño incondicional, a Gerardo Rodríguez y Eri por su amistad tan honesta y sincera, a Marco por tus palabras tan atinadas y sustanciosas, a Marcos Verdejo por el apoyo que me diste en la parte de captura de datos y procesamiento.*

*Miguel Ángel y su esposa Alejandra a Rosa Ma. que aunque estuvimos juntos solo en un momento de esta vida aprendí mucho de ustedes y los considero personas valiosas, a Noé de quien he aprendido a disfrutar de los detalles más pequeños que el hoy me ofrece y a tomar*

*los riesgos necesarios para seguir adelante a pesar de que a veces no sean los correctos Juan Antonio por impulsarme a iniciar este proyecto, al Dr. Mario Jáuregui quien sin su apoyo moral y económico no hubiera sido posible realizar este trabajo, a Raúl Hernández quien siempre me proporcionó bibliografía actualizada además de sus opiniones.*

*Fabián Martínez y Lourdes Monroy por su apreciable ayuda en facilitarme el acceso a las instalaciones de cómputo y su guía para la realización del análisis estadístico Carlos Durán por alentarme a continuar con el trabajo pese a todos los tropiezos que tuvo y por tu apoyo recibido durante el desarrollo del mismo*

*Mi director de tesis Samuel Jurado por tu paciencia, tus comentarios, por confiar en mí y en el proyecto ahora terminado, por haberme brindado todas las facilidades para el desarrollo de este trabajo en cuanto a instalaciones, material y sobre todo tu presencia en los momentos más difíciles e inciertos de los que tu también fuiste parte*

*Mi terapeuta Damaris García por tu calidez y por el impulso constante que me brindas para no perder de vista mi movimiento y la dirección del mismo, por enseñarme a ser más sensible ante los acontecimientos del aquí y el ahora y a desarrollar mi creatividad*

*Mis amigos Raúl S, Janet e Ivonne por seguir compartiendo su amistad conmigo a pesar de tanto tiempo transcurrido después de haber terminado la preparatoria*

*Raúl por tu disposición, respeto y acompañamiento constante y espontáneo que me has dado*

*Mis compañeros de trabajo que tuve la oportunidad de conocer para crecimiento personal como Camila, Ángel, Lulú, Miguel, Karina y Andrés, de quienes he aprendido el gusto por la vida, la paciencia, la ligereza, la ingenuidad, la gratitud y el buen sentido del humor; a ti*

*Alejandro Castellanos gracias por tus consejos, por tu incomparable apoyo moral y emocional que siempre me ofreciste, por motivarme a terminar este trabajo y a seguir creciendo profesional y personalmente, por tu miedosa ternura que siempre me acompañó y por la dureza de tus palabras que tanto me sacudió.*

*Mis compañeros colegas de Psicoterapia Gestalt: Oscar, Georgina, Fabiola, Edna, Yolanda, Patricia, Gabriela, Marcos, Nayeli, con quienes he compartido la alegría, el dolor, la tristeza, la soledad, el vacío, el miedo, la incertidumbre, la vergüenza el riesgo y la paz*

*Mis pacientes que participaron en esta investigación quienes siempre fueron muy colaboradores y tolerantes aún con sus dolencias, sufrimientos, inquietudes y sinsabores*

*Finalmente quiero agradecer con orgullo a la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a la Facultad de Psicología por permitirme formarme como profesional de excelencia y al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en donde se llevó a cabo esta investigación. A todos ustedes muchas gracias, los quiero mucho han sido y seguirán siendo muy significativos en mi vida.*

**JANIA**

## INDICE

	PÁG
• RESÚMEN	8
• INTRODUCCIÓN	9
Antecedentes	
• CAPÍTULO 1	
<i>SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).</i>	
1. Definición y antecedentes del VIH/SIDA	19
2. Etiología	22
3. Epidemiología	24
3.1 Aspectos epidemiológicos de la infección en México	27
4. Formas de transmisión	29
5. Características clínicas	30
5.1 Acción del VIH sobre el organismo	30
5.2 Curso de la infección y sintomatología	31
6. Sistema inmunológico y marcadores biológicos	34
6.1 Conteo celular	34
6.2 Conteo de carga viral	36
7. Tratamiento antirretroviral	37

• **CAPÍTULO 2**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS**

1. Factores que intervienen en la falla terapéutica	46
2. Conductas relacionadas con la adherencia.	48
3. Estrategias para evaluar la adherencia	49
4. Recomendaciones para fortalecer la adherencia	50
<b>5. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS</b>	<b>52</b>
5.1 Escala de Locus de Control	59
5.2 Inventario de los 16 factores de la personalidad	61
5.3 Inventario de modos de afrontamiento	72
5.4 Cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos	74

• **MÉTODO**

1. Justificación	78
2. Planteamiento del problema	80
3. Objetivos	80
3.1 Objetivos Generales	80
3.2 Objetivos Específicos	81
4. Hipótesis	81

4.1 Hipótesis de Investigación (Hi)	81
4.2 Hipótesis Nula (Ho)	81
5. Variables	82
5.1 Definición Conceptual	82
5.2 Definición Operacional	83
6. Sujetos	84
7. Instrumentos de medición	84
8. Procedimiento	85
• RESULTADOS	
1. Validez y confiabilidad de los instrumentos psicométricos	86
2. Características sociodemográficas de la muestra	87
• CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	99
• Ventajas y desventajas	102
• Limitaciones	103
Propuestas a futuro	106
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

## RESÚMEN

Debido a que en la conducta de adherencia terapéutica intervienen factores tanto, sociales, biológicos, psicológicos y económicos, y dada la amplitud de cada uno de ellos, la presente investigación intenta detectar aquellas variables psicológicas como: los estilos de afrontamiento, el locus de control y los rasgos de personalidad; las variables médicas como: la fecha de diagnóstico, tiempo que lleva en tratamiento, esquema de tratamiento antirretroviral, efectos colaterales del mismo, el conteo de carga viral y células CD4, y variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, y con quién vive actualmente el paciente, que inciden en la adherencia terapéutica con el objetivo de conocer que características comparten los pacientes que se adhieren de forma adecuada a su tratamiento, los que no se adhieren y los que se adhieren de forma irregular.

La investigación se llevó a cabo con 87 pacientes portadores del VIH mayores de edad, sexo indistinto, que sabían leer y escribir, recibían tratamiento antirretroviral de diferente esquema, con una duración de ingesta mínima de un mes y que acudían a la consulta externa de la clínica de VIH/SIDA del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Se les pidió a los pacientes su colaboración para participar en la investigación mediante una carta de consentimiento informado posteriormente se les proporcionó una batería de pruebas psicológicas la cual estaba conformada por: el cuestionario de los 16 factores de la personalidad (16PF), el inventario de modos de afrontamiento, la escala de locus de control y el cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos. Una vez que los pacientes entregaron todas sus pruebas contestadas se les realizó una breve entrevista referente a su tratamiento y después se procedió a revisar sus expedientes con el fin de extraer el promedio de las tres cargas virales y conteo de células CD4 más recientes a la aplicación de la batería psicológica, mismas que se promediaron y se correlacionaron con las respuestas de los cuestionarios y los datos sociodemográficos.

Se evaluó la validez y la confiabilidad de cada uno de los instrumentos psicométricos utilizados, se describieron las características sociodemográficas de la muestra y finalmente todos los datos se sometieron a un análisis de regresión múltiple para determinar el grado de influencia de una variable hacia otra.

## **INTRODUCCIÓN**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha llegado a ser uno de los más grandes problemas de salud en la actualidad. Su estudio y comprensión se ha extendido a muchas áreas del saber humano como el derecho, la economía, medicina, sociología, pedagogía, psicología, etc. Y es precisamente, en el área psicológica en donde el presente trabajo pretende aproximarse para identificar qué papel juegan o cómo impactan en la adherencia terapéutica factores como: la personalidad, el locus de control y los estilos de afrontamiento, mediante la aplicación de una batería psicológica, en personas seropositivas que acuden a la clínica de VIH/SIDA del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Consideramos que el conocimiento de ello influirá de forma importante en los servicios de salud pública, dado que la eficiencia y calidad de éstos generalmente se ve afectada por una deficiente adherencia terapéutica, en el sentido de que la deserción de pacientes, tanto de la consulta como del tratamiento, origina tiempo, recursos económicos, humanos y materiales perdidos. Por lo tanto, al conocer qué factores psicológicos están influyendo en la falta de adherencia a los tratamientos médicos se optimizarán los recursos invertidos y el impacto sobre la calidad de vida de los usuarios podrá ser observable.

## **ANTECEDENTES**

El VIH/SIDA es una enfermedad que se instala en las células y permanece ahí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede contagiar a otras personas sin darse cuenta de ello. Hasta el momento se reconocen tres mecanismos de

transmisión del virus: sexual, sanguíneo y perinatal. La característica principal es la incapacidad del sistema inmunológico para proteger al cuerpo de las infecciones. A causa de esto, desde el momento de contraer la infección se inicia un proceso que conduce inexorablemente a la muerte; además durante el proceso las personas contraen una variedad de infecciones oportunistas que merman su calidad de vida (Díaz-Loving y Torres, 1999).

Por otro lado, el SIDA transmitido sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA provocado por transfusiones o por vía perinatal; aunque están interrelacionadas se trata de epidemias que inclusive tienen periodos de manifestación y momentos diferentes; mientras que al adquirir el virus por transmisión sexual se observa un periodo de manifestación de síntomas de 8 a 10 años, el transmitido por transfusión sanguínea muestra un periodo que puede ser de 2 a 5 años y la transmisión perinatal tiene un promedio de solamente unos meses. Por lo tanto desde el punto de vista de la transmisión son tres epidemias con momentos diferentes (Valdespino, 1995).

La epidemia del SIDA, se detectó en 1981, primero en California y Nueva York, después en otros estados de la Unión Americana. A principios de los 80's se diagnosticaron enfermedades infecciosas y tumorales en individuos jóvenes homosexuales, hasta entonces sanos, teniendo en común una inmunodeficiencia sin causa aparente. Gottlieb fue el primer médico que reportó haber atendido a jóvenes del sexo masculino víctimas de neumonía, que solo afecta a las personas cuyo sistema de defensa está severamente dañado (Díaz-Loving et. al., 1999).

Hasta 1995 se creía que el VIH vivía dentro de las células del organismo de manera latente o de inactividad durante un periodo prolongado, por ello se ha clasificado al VIH como un retrovirus y se ubica dentro de la familia de los lentivirus, porque produce un estado de coexistencia pacífica con la célula generando largos periodos asintomáticos entre la infección y el inicio de la enfermedad propiamente dicha. No obstante, se ha demostrado que en el momento en que el virus penetra en el organismo, infecta a las células sanas; pero el cuerpo infectado tiene fuerza y potencia suficiente para atacar al agente extraño. Se observa que el sistema inmunológico se encuentra en lucha constante durante el tiempo en que se creía que el virus estaba inactivo. Cuando se desarrolla el SIDA, se dice que el sistema inmunológico está en decadencia y ha perdido la batalla (Díaz-Loving et. al., 1999).

El impacto de la infección puede entenderse por su distribución universal, en la pandemia más importante del siglo pasado. Desde su aparición a principios de los 80's, su crecimiento a nivel mundial, ha sido progresivo a pesar de las campañas de prevención y control de la infección (Grupo del consenso AMIM- VIH- 1, 1998).

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), a finales de 1998 había 36 millones de personas viviendo con VIH en todo el mundo. De este total se estima que un 37.4% ya han fallecido de SIDA y se calcula que existen 8.2 millones de huérfanos por esta enfermedad. Asimismo, se estima que se infectan por día un promedio de 16,000 personas de las cuales el 10% corresponde a menores de 15 años y el 42% a mujeres (Magis-Rodríguez, Bravo, Anaya, Uribe, 1998).

En México, desde el inicio de la epidemia y hasta el primero de Octubre de 1998, se habían registrado de manera acumulada 37,381 casos; sin embargo, esta cifra constituye solo una aproximación de la magnitud real de la epidemia, debido a los casos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico (Valdespino, García, Del Río, Loo, Magis-Rodríguez y Salcedo-Álvarez, 1995).

Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que más de veinte millones de seres humanos tienen infección por VIH y en el año dos mil la cifra superará los cuarenta millones. Entre los afectados, más del 50% tiene entre 16 y 24 años de edad y más del 90% habita en países en desarrollo.

En el caso de México se espera que para el año 2000 se hayan presentado entre 77,000 y 88,000 enfermos de SIDA, de los cuales estarán vivos solamente la cuarta parte. Es por ello que resulta de gran importancia tomar las medidas preventivas necesarias para impedir que se siga propagando la infección, o en su defecto actuar sobre la enfermedad, lo que implica llevar a cabo en las instituciones de salud pública esquemas de tratamiento inmediatos para el control del virus, haciendo uso de antivirales y antibióticos específicos contra las infecciones oportunistas; de tal manera que la sobrevivencia de los pacientes con SIDA en México se vea incrementada en forma importante (Valdespino et. al., 1995).

En las naciones ricas, la experiencia que se ha tenido en personas con VIH/SIDA que se encuentran en tratamiento antirretroviral de por vida, es que los pacientes deben de adherirse a sus regímenes de medicamentos y llevar un adecuado manejo de los efectos

colaterales, de tal manera que se puedan desarrollar nuevas perspectivas en cuanto a sobrevida y pronóstico (Gorna, 1999).

Hoy en día es universalmente aceptado el concepto de que la atención temprana del enfermo por VIH produce beneficios importantes al paciente y posiblemente altera en forma benéfica el curso natural de la enfermedad. El objetivo de la atención es mantener al individuo, durante el mayor tiempo posible sin infecciones oportunistas y en condiciones funcionales óptimas. Esto implica la adopción de medidas tempranas que incluyen el uso de medicamentos antirretrovirales, de vacunas para prevenir algunas infecciones y la recomendación de ciertos hábitos, todo esto bajo supervisión médica (Sierra-Madero, 1995).

De hecho, el reto en la actualidad es identificar las estrategias terapéuticas que puedan mantener la supresión de la infección durante largo tiempo. Sin embargo dado que la pandemia se ha convertido en un problema de tecnología comportamental más que de tecnología biomédica, son varias las razones que justifican la importancia de la investigación e intervención psicológica en los pacientes seropositivos y con SIDA.

En primer lugar, desde los trabajos iniciales de Ader, (1981) en el ámbito de la psiconeuroinmunología, la reacción emocional de los pacientes que se enfrentan a una determinada condición médica, tiene una influencia en su respuesta inmunológica (Bayes, 1988 en Pascual y Ballester, 1997), por lo que el recuento de linfocitos además de ser debido a otras causas, puede guardar una relación importante con el estado afectivo del paciente y por lo tanto, es susceptible de ser influido por intervenciones psicológicas. En

segundo lugar, dada la importancia que tiene la prevención de nuevas reinfecciones y por lo tanto de las conductas de riesgo, el componente educativo dirigido a informar y prevenir estas conductas, tiene un valor crucial. Y en tercer lugar, ya que la terapéutica médica es totalmente necesaria un objetivo importante del trabajo del profesional de la psicología es promover la adherencia a los tratamientos médicos, ya sea directamente a través de la acción sobre los pacientes y su concientización sobre la importancia de seguir las prescripciones médicas, ó indirectamente, a través de la formación del personal sanitario para que favorezcan la adherencia del paciente (Pascual et. al., 1997).

Este último punto es uno de los problemas más graves, la falta de adherencia al tratamiento, es decir el no cumplimiento con los horarios, las dosis y en algunos casos las condiciones de las tomas, lo que convierte cualquier esquema de tratamiento en ineficaz. El incumplimiento de las prescripciones realizadas por el médico es frecuente en esta población de enfermos por VIH y las consecuencias de la no adherencia son el incremento de la carga viral, el desarrollo de la resistencia a los fármacos y la posibilidad de transmitir un virus resistente. ("Informe sobre la XII Conferencia Internacional sobre SIDA", 1998).

El término adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamento, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk, 1987).

El uso de la palabra adherencia en lugar de cumplimiento surge de un número de autores que argumentan que el término cumplimiento connota a un paciente pasivo siguiendo fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud. Por otro

lado, el término adherencia implica un plan de tratamiento colaborativo, voluntario y activo, que incorpora las creencias y actitudes del paciente. También se considera como adherencia: "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado" (Latorre, 1994).

Ruiz, (1984) menciona que existen algunos "factores de riesgo" es decir variables cuya presencia afectan la conducta del paciente hacia el esquema terapéutico, y los clasifica en tres categorías:

- A. Factores inherentes al usuario
- B. Factores que derivan del esquema terapéutico y de la relación médico paciente y
- C. Factores que resultan de la organización en los servicios de salud.

Dentro de los primeros factores, los psicológicos juegan un papel muy importante y toman en cuenta las siguientes características:

- La percepción de la condición psicológica,
- El carácter
- Las actitudes
- El nivel de ansiedad
- Los estilo de afrontamiento y
- El control que ejerce sobre su padecimiento.

En la medicina institucional se reconoce que el incumplimiento de los tratamientos es un grave problema, ya que mediante este cumplimiento se evalúa la efectividad y eficacia de los programas terapéuticos (Paz, 1999).

Estudios revisados por Sackett y Snow, (1979) indicaban que el rango de adherencia de regímenes preventivos de largo tiempo fue de 33-94% con una media de porcentaje de adherencia de 57%. Trabajos más recientes en pacientes con epilepsia y diálisis renal son consistentes con esos resultados, sólo 32% de pacientes epilépticos fueron considerados adherentes con su tratamiento, y 58% de pacientes de diálisis renal mostraron pobre adherencia. Sin embargo, aún se falla en reconocer qué pacientes pueden adherirse a un aspecto de su tratamiento pero no a otros. La investigación de los determinantes de la pobre adherencia se encamina a ser capaz de predecir aquellos factores de riesgo y de ese modo diseñar intervenciones para su mejoramiento. En otro estudio, factores demográficos como: la edad, sexo, conocimiento de la enfermedad y nivel ocupacional fueron evaluados como posibles predictores de la adherencia terapéutica en el tratamiento de la Fibrosis Quística (Abbott, Dodd, y Webb, 1996).

Otra investigación realizada, evaluó los factores psicológicos que están implicados en la adherencia a la terapia de combinación para el VIH por ejemplo; están asociadas con pobre adherencia la depresión, la ansiedad, las pobres relaciones sociales, actitudes negativas hacia la medicación y tener la enfermedad. En este estudio se buscó identificar los factores asociados con mejor o peor adherencia en un grupo de pacientes quienes completaron una entrevista estructurada y un cuestionario que abarcaba la ubicación del

hogar, apoyo social, uso ilegal de drogas y alcohol, nivel de información, satisfacción y actitudes hacia el uso de medicamentos. Los resultados fueron que todos estos factores influyen sobre la adherencia positiva o negativamente (Campbell, Díaz, Osborne, O'Farrell, Moss, Bacon y Waldron, 1998).

En Nueva York se trabajó con 31 pacientes infectados por el VIH; con variantes demográficas, económicas, de educación, estado de la enfermedad y el tiempo que llevan con el diagnóstico, con el objetivo de desarrollar una breve encuesta de auto informe que evalúe la calidad de los cuidados primarios que ellos reciben. Los resultados fueron que los participantes identificaron que su satisfacción con los cuidados primarios afectaba su adherencia a los regímenes de tratamiento. Los siguientes factores determinaron la satisfacción con los cuidados: 1) la percepción de proveer capacidades, 2) la calidad y claridad en la comunicación, 3) percepción de comprensión por parte del personal de la clínica, 4) disposición de establecer un compromiso con los pacientes en la toma de decisiones con respecto al tratamiento y 5) una adecuada proporción de recomendaciones (Scott-Lennox, Braun, Morrow, Lawson, Tirelli, Dietrich, Hergenroeder, Kreiswirth, Meeking Mullen y Weiz, 1998).

Otro estudio evaluó áreas de la adherencia como el apoyo ambiental, financiero, acceso a cuidados, creencias y actitudes concernientes a los cuidados, apoyo social, incapacidades físicas o psicológicas que impiden el autocuidado y estilos de aprendizaje. Los resultados fueron que los pacientes llegaron a involucrarse cada vez más con sus cuidados, a través de

su colaboración en la intervención de solución de problemas de un equipo multidisciplinario (Wood e Ilaria, 1998).

Por otro lado, se reconoce que se requiere cada vez más la participación activa del paciente, y que constituye un proceso complejo, ya que las recomendaciones que mejoran la salud, aumentan constantemente. Por esto se deben de incrementar las acciones disponibles para que el paciente ejerza un mayor control sobre su salud y sobre el medio ambiente, para que opte por todo lo que le brinde una buena salud, mediante la combinación de experiencias de aprendizaje destinado a facilitar los cambios voluntarios en comportamientos saludables, ya que el desapego a los programas terapéuticos produce grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social.

El éxito de un tratamiento no sólo depende de la efectividad demostrada por el esquema terapéutico elegido, sino del grado en que el paciente cumple con el esquema prescrito, ya que las personas que se apegan a su tratamiento médico están menos propensas a desarrollar síntomas, propios del VIH, experimentar progresión de la infección o perder células CD4. Los tratamientos antirretrovirales actuales reducen, pero no eliminan completamente la replicación del VIH. Debido a esto, cuando se descontinúa un tratamiento antirretroviral, incluso por periodos tan cortos como un día y con mayor razón si se detiene por varios días o semanas, el VIH toma ventaja para invadir el sistema inmunológico. De ahí la insistencia en tomar el tratamiento adecuadamente para lo cual se necesita conocer qué factores psicológicos se encuentran involucrados en esta problemática.

## *CAPITULO 1*

### *SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)*

#### *1. DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA*

Cuando el progreso de la medicina, como ciencia dotada de una sofisticada tecnología y con un arsenal terapéutico extenso, hacía prever la progresiva erradicación de muchas enfermedades infecciosas epidémicas, se extiende con vertiginosa velocidad, tanto en las sociedades más avanzadas como en países subdesarrollados, una nueva enfermedad que, en la gran mayoría de los casos, se transmite por conductas de riesgo fácilmente identificables y que, sin embargo, a pesar de intensas campañas de prevención e información, están resultando de muy difícil erradicación entre los individuos (Ayuso, 1997).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad de transmisión sexual, que está íntimamente relacionada a la sexualidad de los individuos y de las poblaciones. En México, al igual que en el resto de países del mundo, se ha convertido en un problema de salud pública complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, por lo que es clara la necesidad de la participación de diversos sectores de la sociedad y la coordinación entre instituciones, sectores y países para poder combatirla (Magis-Rodriguez, Bravo, Anaya y Uribe, 1998).

Por su complejidad; representa un problema particularmente difícil, recordando que las complicaciones infecciosas y neoplásicas propias de la condición son múltiples, ya que sus manifestaciones son generalmente difíciles de delimitar con claridad en bases clínicas; conforme el paciente se deteriora requiere de múltiples medicamentos que ocasionan efectos colaterales e interacciones medicamentosas; los costos de los estudios de laboratorio y los medicamentos son una fuente más de agobio, ya que se trata de una entidad excluida unilateralmente de los seguros privados en la que, a lo anterior, se suma la presión social, la discriminación y el rechazo. Además de manera sobresaliente se debe agregar que es una nueva área del conocimiento médico, por lo que los médicos han ido aprendiendo sobre la marcha la evolución de la epidemia, descubriendo el espectro clínico de la enfermedad, su fisiopatogenia y las practicas apropiadas para el diagnóstico y tratamiento (Ponce de León-Rosales, Rangel-Frausto, Vázquez de-la-Serna, Huertas y Martínez-Abaroa, 1996).

Es una enfermedad que afecta principalmente a:

- A. Adultos jóvenes, lo cual implica, por una parte, desde un punto de vista humano, cortar de raíz todo el proyecto de vida en sus comienzos y por otra, mermar considerablemente la fuerza productiva de la colectividad sobre la que recae, económicamente, la formación de los niños y el mantenimiento de los ancianos;
- B. A las parejas y a las familias de las personas infectadas, ya que ¿quién tomará a su cargo, por ejemplo, a los millares de niños huérfanos cuyas madres habrán muerto o morirán de SIDA.

C. Al sistema sanitario, dado que, en un futuro muy próximo, el costo de la atención biomédica a los enfermos de SIDA puede hacerse insostenible para la mayoría de los países de la Tierra (Bayés, 1994).

Esta enfermedad es causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede transmitir el virus sin darse cuenta.

La característica principal de este síndrome es la incapacidad del sistema inmunológico para proteger al cuerpo de las infecciones. A causa de esto las personas que tienen SIDA contraen una variedad de infecciones oportunistas que llevarán al individuo a la muerte (Master, Johnson, y Kolodny, 1995 citado en Díaz-Loving y Torres, 1999).

Los pacientes con VIH y SIDA permanecen aparentemente sanos durante períodos prolongados. Se estima que la mediana del tiempo de incubación desde la infección hasta el SIDA es de ocho a nueve años o aún más, y una vez diagnosticados, los pacientes pueden vivir todavía varios años más. Una vez que un paciente desarrolla SIDA, no pasará mucho tiempo antes de que alguna enfermedad aguda exija su ingreso a un hospital. Cuando estas enfermedades empiezan a presentarse, el paciente generalmente se recupera, pero ante cada padecimiento que sobreviene se debilita un poco más. En la actualidad se considera que hasta el 80% de las personas infectadas con VIH desarrollará SIDA, pero ésta proporción ha cambiado desde los primeros días del estudio de la epidemia, y podría continuar modificándose (Adler, 1998).

En un principio el SIDA apareció vinculado al colectivo de homosexuales, llegando a ser nombrado en el mundo anglosajón con las siglas GRID (*Gays Related Immunodeficiency*). Más tarde y conforme se iba incrementando la casuística atendida en los centros sanitarios se pasó a hablar del SIDA como el síndrome de las 3H, haciendo referencia a los tres grandes grupos de afectados por el problema: heroinómanos, homosexuales y haitianos. Con la cuarta H aparecida al conocerse la prevalencia de este problema de salud entre los hemofílicos ya no podía hablarse de grupos marginales, con lo cual se suponía que debía desaparecer la idea del castigo divino y el estigma asociado a la condición de seropositivo. Sin embargo, hizo falta que el SIDA se extendiese peligrosamente entre los heterosexuales no hemofílicos, ni drogodependientes (quinta H) para que la población general tomara conciencia de la verdadera dimensión de este problema y de lo ineficaz que era hablar de "grupos de riesgo" (Pascual y Ballester, 1997).

## **2. ETIOLOGÍA**

En el año 1981 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, en Atlanta, EE.UU. (CDC), comunicaron la aparición de una nueva enfermedad de origen desconocido, caracterizada clínicamente por ciertos síntomas que hasta entonces sólo se habían observado en personas con alguna alteración de su sistema inmunitario (indicado por el decremento de células T4 ó CD4), los síntomas que presentaban era fatiga, pérdida de peso, intolerancia a las enfermedades infecciosas y en algunos casos presencia de Sarcoma de Kaposi.

Esta enfermedad incidía en varones jóvenes, hasta entonces sanos, residentes en San Francisco, Nueva York y los Ángeles, los cuales tenían como característica común su homosexualidad. Esto hizo pensar que era una enfermedad exclusiva de homosexuales. Pero posteriormente se descubrieron nuevos casos en varones heterosexuales y en personas que habían recibido transfusiones de sangre. Al propio tiempo se observó una alta incidencia de la enfermedad en mujeres en edad fértil, las cuales, en muchos casos, la transmitían a sus hijos.

Luc Montagnier (1983), en el Instituto Pasteur de París, descubrió como agente productor un virus, al que llamó VIH 1 (Virus de Inmunodeficiencia Humana), y tres años después el mismo autor descubrió otro al que llamó VIH 2, y que presentaba algunas diferencias con el primero. Hoy se cree que ambos virus tuvieron un ancestro común y que su reservorio natural podría ser el mono verde africano (*Cercopithecus Aethiops*), el cual no padecería la enfermedad. Es probable que el virus sufriera un cambio genético transformándose en un nuevo virus (retrovirus) muy agresivo para el ser humano, capaz de lesionar gravemente su sistema inmunitario, dando lugar al SIDA.

Una vez conocido el origen del virus, faltaba saber como había llegado hasta EE. UU. La explicación la dio Robert Gallo al reconstruir el probable itinerario seguido por el virus.

1. Se supone que el flujo de africanos hacia el Caribe y, sobre todo, a Haití, permitió el paso de la infección a esta región, muy frecuentada por turistas americanos, que se contagiarían, importando y extendiendo la enfermedad entre las comunidades gays de las grandes urbes norteamericanas.

2. Otra vía directa podría ser la comunicación desde África a Europa, principalmente a Francia y Bélgica, países que tuvieron gran influencia en el África Subsahariana. El auge de los viajes en la actualidad permiten una "mundialización" de los gérmenes (Del Rey y Calvo, 1998).

### **3. EPIDEMIOLOGÍA**

Desde que se detectaron los primeros casos de SIDA en 1980, esta enfermedad ha contribuido a modificar el concepto de investigación en salud a todos los niveles, desde la epidemiológica hasta la clínica. Además, en ninguna enfermedad como en ésta, se ha conseguido un progreso tan rápido en los aspectos de tratamiento y de fisiopatología, aunque también es cierto que la infección se ha expandido con la misma rapidez (Guía AMMVIH, 2000).

En 1983 comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en México, mismos que se habían iniciado en 1981, año que se considera como el principio de la epidemia. Empezaron a aparecer reportes de neumonía por *Pneumocystis Carinii* y Sarcoma de Kaposi en hombres jóvenes, de quienes subsecuentemente se determinó que eran homosexuales y que estaban inmunocomprometidos (Adler, 1998).

En la primera etapa (1981-1984) el propósito se redujo a conocer la distribución y frecuencia de los casos de SIDA. La primera definición de caso de SIDA se basó en

criterios clínico-epidemiológicos y se publicó en 1982 con el propósito de vigilancia epidemiológica.

Ese mismo año se diagnosticaron los primeros casos de SIDA en hemofílicos y se reconoció el primer caso de SIDA asociado con transfusión sanguínea.

En junio de 1985 los (CDC) de Atlanta publicaron una nueva definición de casos de SIDA, incluyendo criterios de diagnóstico de laboratorio y aspectos clínicos; y es a partir de éste año que se inician las encuestas serológicas, que se transformaron en encuestas centinelas para determinar seroprevalencias, factores de riesgo e incidencia en grupos poblacionales.

En 1987 basados en mejores conocimientos sobre la fisiopatología y manifestaciones clínicas, se propuso una nueva definición, incluyendo algunas otras enfermedades oportunistas como, "el Síndrome de Desgaste y la Encefalopatía por VIH" y hubo necesidad de formular predicciones del número de casos e infectados para un futuro cercano.

Para 1988 se realizaban estudios serológicos transversales para VIH en ocho ciudades del país y en cinco grupos poblacionales (homosexuales, prostitutas, prisioneros, hemofílicos y embarazadas).

Desde 1993 y reemplazando al sistema de clasificación de 1987, se establece médicamente una serie de fases en las que puede encontrarse el enfermo, a partir de dos criterios: el número de linfocitos que le quedan y el número y tipo de enfermedades secundarias derivadas de la inmunodeficiencia (Pascual et al., 1997.)

Cuadro 1

**Sistema de Clasificación para la Infección por VIH/SIDA  
(Revisada en 1993 y Recomendado Internacionalmente)**

**Categoría Clínica**

<b>Grupos de Células CD4</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
>500/ml	A1	B1	C1
200-499/ml	A2	B2	C2
<200/ml	A3	B3	C3

"Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran casos de SIDA (ver tabla 2 de las Categorías Clínicas")

Fuente: Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, 2000.

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), a finales de 1998 había 36 millones de personas en todo el mundo viviendo con el VIH. De este total se estima que un 37.4% ya han fallecido de SIDA. Durante 1998 se reportaron 5.8 millones de nuevos casos de infección por el VIH; es decir, un promedio de 16,000 nuevos casos por día.

De esta forma se calcula que aproximadamente 11 personas se infectan cada minuto en el mundo, aunque deben considerarse las diferencias geográficas y sociales de cada lugar. Un hecho alarmante es que, acorde a la tendencia actual, un 10% de los casos corresponde a menores de 15 años de edad y 42% de los nuevos casos registrados corresponde a personas del sexo femenino (Guía AMMVIIH, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que habría 40 millones de personas infectadas en el año 2000 en todo el mundo (Del Rey et. al., 1998).

Sin embargo en la XIII Conferencia Internacional sobre SIDA llevada a cabo en la Ciudad de Durban, Sudáfrica, del 9 al 14 de julio del año 2000 se dio a conocer la cifra mundial actual de casos acumulados de SIDA, misma que superó las expectativas que se tenían antes de dicha conferencia, actualmente se encuentran 44.5 millones de personas infectadas; de las cuales el 70% de los afectados se encuentran en Sudáfrica (24 millones) infectados uno de cada cinco adultos, con 16 millones de infantes huérfanos y la cuenta sigue su curso inexorablemente (Letra S, agosto 3, 2000).

### ***3.1 Aspectos epidemiológicos de la infección en México.***

México ocupa el 13° lugar en cuanto al número total de casos notificados mundialmente y el tercer lugar en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 69° respecto a la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, el 29° lugar en Latinoamérica y el Caribe, y el 11° lugar para toda América, por lo cual está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja (Magis-Rodríguez et al., 1998).

El total de casos acumulados al primero de enero de 1999, según estimaciones de CONASIDA, es de 38,390; de estos, 32,446 casos (86%) son hombres y 5,323 casos (14%) son mujeres, lo cual establece una relación hombre-mujer de 6:1 para la República Mexicana.

Sin embargo, el número de casos podría ser mayor si se considera el retraso en la notificación, que se ha estimado en un 33%, el subdiagnóstico, que se ubica en un 18.5%, y el

hecho de que, por cada persona con infección por el VIH pueden existir de 1 a 10 sujetos infectados. Tomando en cuenta estos factores, el número real de casos de infección por el VIH/SIDA podría ser entre 59,000 a 150,000 casos acumulados en nuestro país.

Del total de pacientes expresado, el grupo etario más afectado en la República Mexicana es el de los 25 a los 44 años; en éste, un 78% de los casos corresponde al sexo masculino y 22% al sexo femenino.

El contagio por vía sexual sigue siendo el mecanismo predominante de infección en nuestro país. Con respecto a la infección parenteral, la adquisición de la infección por transfusión ha disminuido en forma importante, mientras que la drogadicción intravenosa es un mecanismo poco frecuente en México.

Por otra parte, los casos pediátricos representan el 2.5% del total de casos de VIH/SIDA, siendo un 50% de éstos adquiridos por vía perinatal (Guía AMMVIH, 2000).

Para el año 2000 se calcula la cifra de 77 000 a 88 000 casos acumulados de SIDA de los cuales estarán vivos sólo una cuarta parte. Ya que habrán ocurrido entre 58,000 y 66,000 muertes por ésta razón, la mayoría en varones de 25 a 44 años de edad (Valdespino, García, Del Río, Loo, Magis-Rodríguez y Salcedo-Álvarez, 1995).

Finalmente la repercusión de la enfermedad en nuestro país tiene consecuencias no sólo sociales sino también económicas, si se toma en cuenta el grupo de edad más afectado y que el SIDA es actualmente la tercera causa de mortalidad en personas del sexo masculino y la sexta en mujeres.

Por lo que se recomienda el fomento y fortalecimiento de programas masivos de prevención, incluyendo la educación sexual temprana y el uso del preservativo, aún entre parejas que viven con el VIH (Guía AMMVIH, 2000).

#### **4. FORMAS DE TRANSMISIÓN**

Gallo (1986) dio a conocer las diversas formas de transmisión:

- ✓ Por exposición a sangre contaminada, mediante la transfusión o uso de agujas contaminadas,
- ✓ perinatal a través de la placenta, el parto o la lactancia,
- ✓ mediante el trasplante de órganos o injertos pertenecientes a personas infectadas  
y
- ✓ a través del contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales como: sangre, fluidos vaginales y cervicales, semen y leche materna (Stanislawski, 1989 citado en Díaz-Loving et al., 1999).

No se han confirmado otras vías de transmisión, tales como el contacto interpersonal, picaduras de insectos, o el contacto con animales domésticos. La transmisión a través de la saliva, lágrimas u otros líquidos corporales es prácticamente nula (Del Rey et. al., 1998).

Estas vías de transmisión se utilizan para definir los tipos de conductas de riesgo que presenta un paciente o el grupo de riesgo al que pertenece. Se considera conducta de riesgo a la exposición a cualquiera de estas vías de transmisión de VIH (Ayuso, 1997).

## **5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

### **5.1 Acción del VIH sobre el organismo**

El VIH pertenece a una familia de virus conocida como retrovirus, los cuales contienen material genético o cromosomas en una forma conocida como ARN (Ácido Ribonucleico). En cambio, los seres humanos, animales, bacterias y la mayoría de los virus tienen cromosomas ADN (Ácido Desoxirribonucleico).

Se había encontrado anteriormente que varios miembros de esta familia de retrovirus causan enfermedades no sólo en el hombre, sino también en monos, pájaros y reptiles.

Estructuralmente, el VIH es un virus simple que se compone de una especie de azúcar y proteína, y un núcleo proteico que rodea a un cromosoma de ARN de ocho genes. La estructura de la superficie del virus le permite unirse a ciertas células humanas, por lo que el virus infecta específicamente las células del sistema inmunitario del hombre; de estas células, las más importantes son los linfocitos T4 ó (CD4), que intervienen en la coordinación de las respuestas del organismo a la infección.

Una vez que el virus penetra en una célula humana, convierte su cromosoma de ARN en ADN mediante una enzima particular llamada "transcriptasa inversa". Dando lugar a la formación de un ADN de dos filamentos, el virus puede unirse o integrarse a un cromosoma humano.

Entonces, el virus queda integrado en el cromosoma de la célula humana durante todo el ciclo de vida de dicha célula. Esta se conoce como célula huésped, pues "aloja" al virus integrado.

Inicialmente la sustancia viral está "activa" y provoca que la célula produzca muchas nuevas partículas de VIH; sin embargo más adelante las partículas de VIH permanecen inactivas indefinidamente o bien, tienen periodos de activación desencadenados por algunas actividades que tienen lugar dentro de la célula huésped. Al ser activado, se copia el cromosoma viral y se producen nuevos virus inmaduros utilizando el mismo mecanismo que utiliza la célula huésped humana para su propio crecimiento y reproducción.

Estas formas inmaduras del virus se liberan a través de la membrana de la célula humana, después de lo cual maduran rápidamente gracias a las enzimas virales. Entonces, el virus está listo para infectar otra célula humana.

Las respuestas inmunes a la presencia del VIH limitan el efecto dañino del virus sobre el sistema inmune, a veces por muchos años. Desafortunadamente el VIH ha desarrollado mecanismos mediante los cuales puede "escapar" a la respuesta inmunitaria del organismo humano; con el tiempo, conforme el mayor número de células CD4 se infectan o mueren, se debilita la respuesta inmunitaria. Una vez que el sistema inmune ha sido debilitado por el VIH, el individuo infectado se vuelve propenso a las infecciones o tumores que aprovechan la oportunidad de atacar al organismo debido a su menor capacidad de defensa (Main, Moyle, Peters y Coker, 1997).

### ***5.2 Curso de la infección y sintomatología***

En las semanas que siguen a la infección, un 20-30% de las personas presentan signos catarrales, fiebre, cefalea, dolores musculares, faringitis, erupción cutánea, diarrea,

abultamiento de ganglios linfáticos, o meningoencefalitis. Estas personas empiezan a fabricar anticuerpos contra el virus del SIDA, que pueden ser detectados entre 3 semanas y 6 meses después de la infección. El paciente se ha hecho seropositivo. Durante el tiempo que tarda en hacerse seropositivo, el sujeto es muy contagioso.

En una segunda fase de la enfermedad, comprendida entre los 6 meses y los 9 años, empiezan a aparecer en 1/3 de los enfermos seropositivos manifestaciones clínicas crónicas, persistentes e inexplicables consistentes en: adenopatías, diarrea, pérdida de peso de 7Kg o más; o bien, más del 10% del peso corporal habitual, malestar y/o fatiga, sudores nocturnos, formas graves de herpes y fiebre de más de 38° C o más de forma intermitente o continua.

Del Rey (1998) afirma que estos signos no son específicos del SIDA, pudiendo presentarse en otras enfermedades benignas. Lo que hace pensar en la enfermedad es su carácter persistente e inexplicable en un paciente seropositivo.

Otra tercera parte de pacientes cuyo sistema inmunitario está fuertemente dañado presentará la forma grave de la enfermedad, caracterizada por la aparición de infecciones oportunistas y ciertos cánceres (Linfomas y Sarcoma de Kaposi). Las infecciones oportunistas son producidas por gérmenes que en condiciones normales son rechazados por el sistema inmunitario de nuestro organismo, pero que cuando esta inmunidad es deficiente tienen la oportunidad de invadir el organismo, provocando infecciones muy graves que con frecuencia producen la muerte del paciente. Algunos de estos gérmenes son: *Pneumocystis Carinii* que produce neumonía; *Giardias*, *Shigella*, *Amebas*, *Cryptosporidium*, *Cándida*

*Albicans* que producen diarrea crónica intratable; *Toxoplasma*, *Herpes*, *Criptococo* que producen parálisis, trastornos psíquicos, meningitis, y herpes cutáneo (Del Rey, 1998).

En los estadios más avanzados de la enfermedad se desarrolla una inmunodeficiencia más pronunciada, en la que es posible la infección por citomegalovirus y otros microorganismos, así como la aparición de linfomas, y de cuadros neurológicos, entre los que se encuentran la demencia asociada a la infección por VIH (Ayuso, 1997).

Cuadro 2

***Criterios Clínicos de Clasificación de la infección por el VIH***

<p><b>Categoría Clínica A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por VIH asintomática.</li> <li>• Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)</li> <li>• Infección aguda sintomática (síndrome retroviral agudo)</li> </ul>
<p><b>Categoría Clínica B</b></p>	<p>Condiciones sintomáticas, no incluidas en los criterios A ni en C          Puede incluir enfermedades comunes de duración prolongada o presentación grave          Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiomatosis bacilar.</li> <li>• Candidiasis vulvovaginal persistente (&gt;1 mes), con pobre respuesta al tratamiento.</li> <li>• Candidiasis orofaríngea.</li> <li>• Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i>.</li> <li>• Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5) o diarrea &gt; 1 mes.</li> <li>• Endocarditis bacteriana</li> <li>• Neumonía bacteriana persistente</li> </ul> <p>Tuberculosis Pulmonar</p>

<b>Categoría Clínica C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial.</li> <li>• Coccidiomicosis extrapulmonar.</li> <li>• Carcinoma cervical invasor.</li> <li>• Criptococosis extrapulmonar.</li> <li>• Criptosporidiasis intestinal crónica (&gt;1 mes).</li> <li>• Retinitis por CMV que no sea en hígado, bazo ni ganglios linfáticos.</li> <li>• Encefalopatía por VIH</li> <li>• Ulceras por herpes simplex mucocutáneo &gt; 1 mes, o localización pulmonar</li> <li>• Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada</li> <li>• Isosporidiasis crónica de &gt; 1 mes.</li> <li>• Sarkoma de Kaposi.</li> <li>• Linfoma Burkitt; linfoma inmunoblástico, o linfoma primario del sistema nervioso central</li> <li>• M. avium o M. Kansasi extrapulmonar.</li> <li>• M. tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.</li> <li>• Micobacterias, otras especies, diseminadas o extrapulmonares.</li> <li>• Neumonía por Pneumocystis Carinii.</li> <li>• Neumonía recurrente bacteriana (&gt; 2 episodios en 1 año).</li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva.</li> <li>• Bacteremia por salmonela recurrente.</li> <li>• Toxoplasmosis cerebral.</li> <li>• Síndrome de desgaste secundario a VIH.</li> </ul>
----------------------------	---

Fuente: Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales en pacientes con infección por el VIH/SIDA, 2000.

## **6. SISTEMA INMUNOLÓGICO Y MARCADORES BIOLÓGICOS**

### **6.1 Conteo Celular**

La cuenta de linfocitos CD4 son los marcadores indirectos más utilizados en el seguimiento clínico de personas con infección por VIH, debido a que son útiles tanto en el seguimiento

del tratamiento con antirretrovirales, como en la indicación de profilaxis de infecciones oportunistas (SIDA Hoy, 2000).

El número de CD4 oscila, en las personas sanas, entre 500 y 1600 células/mm en los adultos. Con la aparición de enfermedades que son diagnosticadas como SIDA decrecientan notablemente por debajo de 200 células/mm (Ayuso, 1997).

Como efecto del tratamiento antirretroviral, se observa un incremento en la cuenta de linfocitos CD4; sin embargo, existe una disminución de estos cuando se está en riesgo de presentar alguna enfermedad oportunista. Los pacientes con menos de 500 células tienen un mayor riesgo de presentar enfermedades como Sarcoma de Kaposi, linfoma maligno, herpes zoster, tuberculosis pulmonar y neumonías bacterianas, con menos de 200 células se incrementa el riesgo por *Pneumocystis carinii*, a menos de 100 aumenta el riesgo de presentar toxoplasmosis de Sistema Nervioso Central (SNC) y a partir de 50 células aumenta el riesgo de presentar infección por citomegalovirus, linfoma de SNC y Complejo *Mycobacterium avium intracellulare* (MAC).

El riesgo de adquirir una enfermedad oportunista no depende únicamente del número de linfocitos CD4 sino de otros factores como la susceptibilidad del huésped y ciertas condiciones ambientales. Por ello es que es importante iniciar la terapia antirretroviral antes de que ocurra daño inmunológico o antes de que este sea irreversible (Grupo del consenso AMIM-VIH-1, 1998).

## ***6.2 Conteo de Carga Viral***

La Carga Viral (CV) en plasma es la medida de la cantidad de Virus de Inmunodeficiencia Humana circulante. Generalmente se expresa como número de copias de ARN (material genético del virus) por mililitro (ml.) de plasma, sin embargo es común que las variaciones de la carga viral se expresen en forma logarítmica (Grupo del consenso AMIM-VIH-1, 1998).

La prueba de CV es otro marcador usado para los pacientes con VIH/SIDA. Aunque no es una prueba diagnóstica, se considera el mejor parámetro disponible para evaluar tanto la necesidad del inicio de tratamiento antirretroviral como la respuesta o falla del mismo, la posibilidad de progresión y el riesgo de transmisión de VIH de la madre al feto (SIDA Hoy, 2000).

Existen 4 métodos comerciales para la determinación de CV, 3 de ellos utilizados ampliamente a nivel mundial (bDNA, NASBA y RT/PCR) y el otro básicamente utilizado en nuestro país (Hybrid). Estos métodos tienen una capacidad mínima de detección de alrededor de 500 copias por ml. y por la metodología que utilizan tienen una gran variabilidad técnica por lo que se recomienda que en un determinado paciente siempre se utilice la misma técnica. A nivel internacional las recomendaciones tanto pronósticas como terapéuticas se basan únicamente en valores para bDNA y RT/PCR por lo que los valores para las otras técnicas son inferidos únicamente (Grupo del consenso AMIM-VIH-1, 1998).

A pesar de que no hay un marcador único de actividad del VIH que represente un sustituto perfecto; el uso combinado de CD4 y medición de Carga Viral durante el tratamiento y fuera de éste proporciona un indicador predictivo de calidad ya que la carga

viral es un predictor poderoso tanto de la progresión futura de la enfermedad y de la muerte como de la no progresión y por otra parte las células CD4 representan un excelente marcador para clasificar en etapas la enfermedad por VIH, e informa si un paciente está en riesgo inmediato de una infección oportunista o de muerte (Moyle y Gazzard, 1997).

Cuadro 3

*Porcentaje de Progresión de SIDA a los 6 años de infección de acuerdo con la carga viral y el conteo de células CD4 en el periodo estable inicial*

<b>Carga Viral &lt; 500 copias/ml.</b>	
CD4 > 750	1.7 %
CD4 < 750	9.6 %
<b>Carga Viral 3,000 - 10,000 copias/ml.</b>	
CD4 > 750	14.2 %
CD4 < 750	37.2 %
<b>Carga Viral 10,001 - 30,000 copias/ml.</b>	
CD4 > 750	36.7 %
CD4 < 350	72.9 %
<b>Carga Viral &gt; 30,000 copias/ml.</b>	
CD4 > 500	66.8 %
CD4 < 200	97.9 %

Fuente: Consenso 1998 para la atención de pacientes adultos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

## **7. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

El tratamiento de la infección por VIH puede dividirse de modo general en:

- ✓ medidas que tratan o evitan (profilaxis) sus complicaciones es decir, infecciones oportunistas y tumores,
- ✓ uso de agentes antivirales específicos que inhiben la replicación viral (Adler, 1998).

Desde la introducción del primer antirretroviral conocido, la zidovudina (AZT), en 1985, los cambios en el tratamiento del VIH han sido vertiginosos. La primera etapa de la era de las combinaciones se inició con dos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos (ITRAN), incorporándose en 1996 los Inhibidores de la Proteasa (IP) y desde finales de 1997 los Inhibidores de la Transcriptasa Reversa no Análogos de Nucleósidos (ITRnAN) (Guardiola y Soriano, 1999).

Cuando se utiliza una combinación potente denominada Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) ó Terapia Antirretroviral Potente (TARP) que generalmente incluye 2 Análogos de Nucleósidos y 1 Inhibidor de Proteasa se ha logrado mejorar la calidad y cantidad de vida, así como disminuir la frecuencia de algunas infecciones oportunistas y el número de hospitalizaciones, con el consecuente ahorro de costos de atención. Con este tipo de terapia, los objetivos ideales son mantener la CV en niveles no detectables (< 500copias/ml) con incremento progresivo de las cuentas de linfocitos CD4, por el mayor tiempo posible (Uribe-Zuñiga y Ponce de León, 2000).

Existen en la actualidad diversos esquemas de Antirretrovirales (ARV) que pueden emplearse de inicio; las diferencias estriban básicamente en el blanco enzimático del VIH al que se dirigen; sus principales características son:

Cuadro 4

*Características de los Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos (ITRAN)*

Nombre Químico	AZT, ó ZDV	ddI	ddC	d4T	LMV	ABC
Nombre Genérico	Zidovudina	Didanosina	Zalcitabina	Stavudina	Lamivudina	Abacavir
Nombre Comercial	Retrovir	Videx	Hivid	Zerit	3TC	Ziagenavir
Presentación	Cápsulas de 100 y 250 mg.	Tabletas de 100 mg.	Tabletas de 0.75 mg.	Cápsulas de 15 y 40 mg.	Tabletas de 150 mg.	Tabletas de 300 mg.
Dosis	200 mg. 3 veces/día ó 250 mg. 2 veces/día	>60kg- 200 mg. 2 veces/día <60kg-125 mg. 2 veces/día	0.75 mg. 3 veces/día	>60kg-40 mg. 2 veces/día <60kg-30mg. 2 veces/día	150 mg. 2 veces/día	300 mg. 2 veces/día
Comentarios y efectos secundarios comunes	Náusea inicial, supresión de médula ósea, anemia, intolerancia gastrointestinal, cefalea, fatiga, insomnio, neuropatía	Pancreatitis (evitar alcohol), neuropatía periférica, náusea, diarrea	Neuropatía periférica, úlceras orales	Neuropatía periférica más en casos con CD4 < 50, rash,	Mínima toxicidad	Náusea, vómito, fiebre, cefalea, cansancio, dolor abdominal, rash

Fuente: Consenso 1998 para la atención de pacientes adultos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de la Asociación de Medicina Interna de México (AMIM-VIH-1) y la Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales en pacientes con infección por el VIH/SIDA de la Asociación Médica Mexicana de VIH/SIDA (AMMVIH), 2000.

Cuadro 5

*Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Análogos de Nucleósidos (ITRnAN)*

Nombre Químico	NVP	DLV	EFV
Nombre Genérico	Nevirapina	Delavirdina	Efavienz
Nombre Comercial	Viramune	Rescriptor	Stocrin
Presentación	Tabletas de 200 mg.	Tabletas de 100mg.	Tabletas de 200 mg.
Dosis	200 mg. Una vez al día por 14 días, después 200mg. dos veces al día	400 mg. 3 veces al día	600 mg. una vez al día antes de dormir
Comentarios y Efectos Secundarios comunes	Rash, hepatitis, elevación de transaminasas	Rash, cefalea	vértigo inicial, insomnio, rash, síntomas neurológicos, elevación de transaminasas

Fuente: Consenso 1998 para la atención de pacientes adultos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de la Asociación de Medicina Interna de México (AMIM-VIH-1) y la Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales en pacientes con infección por el VIH/SIDA de la Asociación Médica Mexicana de VIH/SIDA (AMMVIH), 2000.

Cuadro 6

*Características de los Inhibidores de Proteasa (IP)*

Nombre Químico	IDV	RTV	SQV-CGD	SQV-CGB	NFV	APV
Nombre Genérico	Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir
Nombre Comercial	Crixivan	Norvir	Invirase	Fortovase	Viracept	Agenerase
Presentación	Cápsulas de 400 mg.	Cápsulas de 100 mg. solución 80 mg./ml.	Cápsulas de 200 mg.	Cápsulas de 200 mg.	Tabletas de 250 mg. Polvo de 50 mg./g.	Cápsulas de 150 mg.
	800 mg. c/8 hrs. tomar 1	600 mg. c/12 hrs.	Sólo en uso en combinación	1200 mg. 3 veces/día	750 mg. 3 veces/día	1200 mg 2 veces/día

Dosis	ó 2 hrs. después de los alimentos	tomar con alimentos	con Ritonavir o Nelfinavir 400 mg. 2 veces/día tomar con alimentos abundantes	tomar con alimentos abundantes	tomar con alimentos	
Comentarios y efectos secundarios comunes	Nefrolitiasis (esencial una buena hidratación) intolerancia gastrointestinal, elevación de bilirrubina indirecta, cefalea, mareo, hiperglucemia	Intolerancia gastrointestinal, diarrea, labios adormecidos, hepatitis ocasional, alteración del gusto, hiperglucemia	Intolerancia gastrointestinal, cefalea, elevación de transaminasas hiperglucemia	Intolerancia Gastrointestinal, dolor abdominal, cefalea, elevación de transaminasas e hiperglucemia	Diarrea, Hiperglucemia náusea ocasional	Náusea, diarrea, rash, parestesias bucales, cefalea, fatiga, vómito

Fuente: Consenso 1998 para la atención de pacientes adultos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de la Asociación de Medicina Interna de México (AMIM-VIH-1) y la Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales en pacientes con infección por el VIH/SIDA de la Asociación Médica Mexicana de VIH/SIDA (AMMVIH), 2000.

El éxito de todo esquema antirretroviral, requiere de la elaboración de una estrategia a largo plazo; debe balancearse la potencia de los fármacos, tolerancia, complejidad de los regímenes de tratamiento, eventos adversos, riesgo de resistencia y costos.

Para obtener óptimos resultados en el tratamiento antirretroviral supresivo, el médico debe estructurar un esquema efectivo desde el punto de vista antirretroviral, pero también compatible con el patrón de vida de los pacientes, con su condición social e inclusive con sus posibilidades económicas (Uribe-Zúñiga et al., 2000).

Por otra parte el paciente tiene que llevar a cabo algunas recomendaciones generales que han demostrado con claridad ser importantes para evitar la progresión de la enfermedad por ejemplo: no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, evitar el contacto con mascotas transmisoras de algunas infecciones oportunistas que afectan a estos pacientes, no consumir alimentos potencialmente contaminados con gérmenes entéricos como los mariscos crudos y en general mantener un estrado nutricional adecuado (Sierra-Madero, 1995).

Sin embargo a pesar de todas estas recomendaciones en la VI Conferencia Europea sobre Aspectos Clínicos y Tratamientos de la Infección por VIH se describió que una de las mayores dificultades de la terapia triple (TARP) es la gran cantidad de pastillas que deben tomar diariamente los enfermos con el objeto de acatar todos los lineamientos de dicha terapia.

Se señaló que, por regla general, es preciso tomar más de 20 pastillas diarias (con algunos productos, mucho más), lo cual constituye una debilidad en el tratamiento, ya que la experiencia ha demostrado que el apego al tratamiento en el largo plazo se deteriora en la misma medida en que se incrementa la complejidad. Esta falta de apego al tratamiento tiene como consecuencia el desarrollo de cepas resistentes del virus, que en el corto plazo puede sencillamente representar un problema terapéutico grave para el propio paciente, pero que, en una perspectiva más larga, puede encerrar en un riesgo epidemiológico de consecuencias difíciles de medir.

Se habló de cambios inminentes en las formulaciones de algunos productos que podrían contribuir a paliar el problema, pero dejando en claro que hace falta mayor desarrollo en este campo (Rojo, 1997).

Cabe aclarar; que a diferencia de otros medicamentos que usualmente son surtidos por las instituciones de salud, los antirretrovirales tienen al menos seis características que los hacen particularmente delicados: una de interpretación de los derechos humanos 1) el derecho a sobrevivir y a una esperanza de vida. Tres criterios médicos: 1) son medicamentos que pueden transformar un diagnóstico de muerte en una oportunidad de manejo crónico de la enfermedad, 2) se deben tomar de por vida, y 3) su interrupción puede provocar resistencia. Un criterio económico: 1) son medicamentos sumamente costosos y crear resistencias podría significar gastar recursos públicos sin producir beneficio alguno, y finalmente un criterio político: 1) el desabasto de estos medicamentos es de las principales razones para que se organicen protestas contra los funcionarios de salud, las cuales suelen ser ampliamente reseñadas por los medios de comunicación (Izazola, Astarloa, de Mattos y Saavedra, 2000).

El uso de estos medicamentos es con frecuencia mayor entre clases socioeconómicas altas y menor entre aquellas que carecen de seguridad social o recursos económicos, lo que aumenta la desigualdad social que es, ha sido y será el motor de la epidemia (Del Rio-Chiriboga, 1996).

Para que un medicamento pueda ser proporcionado por una institución de seguridad social (IMSS o ISSSTE) debe encontrarse oficialmente listado en el Cuadro Básico de

Medicamentos del Sector Salud. En el caso de los antirretrovirales, hasta abril de 1997 únicamente el AZT se encontraba listado en este cuadro; afortunadamente en la actualidad se encuentra autorizada una gran mayoría de estos medicamentos.

Las personas seropositivas no aseguradas suelen ser referidas para su manejo a unidades de segundo o tercer nivel de la SSA a centros de atención de CONASIDA o COESIDAS, a médicos particulares o a unidades de atención médica creadas por Organismos No Gubernamentales (ONG's); sin embargo salvo aquellos que entran a protocolos de investigación, los pacientes normalmente no reciben medicamentos antirretrovirales de parte de la institución y, en caso de que les sean prescritos, deben adquirirlos de su bolsillo, lo que significa que para adquirir mensualmente tres antirretrovirales en farmacia minorista por ejemplo AZT, 3TC y Fortovase tendría un costo de \$732.50 USD en 1999, por lo que la persona requiere de 213 días de salario mínimo de acuerdo con el salario vigente oficial al 1° de enero de 1997. Esto sin contar con medicamentos profilácticos, estudios de Carga Viral y conteo de células CD4, biometrías hemáticas, pruebas de funcionamiento hepático y consultas médicas especializadas (Izazola et al., 2000).

Finalmente, es un hecho que la prescripción de tratamientos a largo plazo en la vida de los pacientes seropositivos para el VIH es algo fundamental. Sus implicaciones prácticas, sociales y simbólicas no deben de ser ignoradas. La persona, enferma o no, queda sometida, en su vida cotidiana, a un ritmo nuevo que dependerá de las posologías, el número de dosis del fármaco y de sus eventuales efectos secundarios.

Estas prescripciones que transforman la vida son, para algunos, fuente de tensiones y de angustias, y para otros de esperanzas y confianza renovada, y el impacto que genera no debería ser despreciado en el momento de evaluar tanto la tolerancia como la eficacia de los protocolos terapéuticos. Es difícil pretender establecer hoy en día la eficacia de un tratamiento en cuanto a duración de la vida sin considerar el conjunto de hechos que modifican la calidad de ella.

Leploge (1994), comenta que "sólo la consideración de la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH permitirá identificar y tomar las decisiones que satisfagan mejor los intereses de los pacientes".

La importancia de los medicamentos antirretrovirales en la estrategia del tratamiento de la enfermedad del VIH no requiere seguir siendo demostrado, sin embargo; es pertinente integrar a lo rutinario de la atención del paciente los factores que influyen sobre la calidad de vida, los problemas nutricionales, los aspectos emocionales y sociales.

Al momento de establecer las primeras estrategias antirretrovirales y profilácticas, esta dimensión debe ser imperativamente privilegiada y considerada como una urgencia terapéutica (González-Canali, 1994).

## *CAPITULO 2*

### *ADHERENCIA TERAPÉUTICA E INSTRUMENTOS PSICOMETRICOS.*

Uno de los problemas más comunes con los que se encuentran los profesionales de la salud en su práctica clínica es la falta de adherencia a las prescripciones médicas por parte de los pacientes; esta se ha definido como "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado" (Latorre, 1992).

A pesar de que aún no se ha encontrado la cura para la infección por VIH/SIDA, con las nuevas combinaciones de fármacos que han surgido se ha logrado prolongar por mucho más tiempo la vida de los pacientes. Se han reducido los índices de hospitalización y de mortalidad; sin embargo el aprovechamiento de todo el potencial de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) lleva aparejado no sólo las propiedades antivirales beneficiosas de los regímenes existentes sino también ocuparse de los problemas complicados que surgen relacionados con el acceso a las terapias y con las cuestiones de conducta y psicosociales que tienen que ver con el cumplimiento (Gerald, Friedland y Williams, 1997)

#### 1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FALLA TERAPEUTICA.

Actualmente el manejo clínico de las personas con VIH tiene como uno de sus objetivos primordiales: disminuir la carga viral a niveles indetectables; cuando se fracasa en lograr esta disminución se puede pensar en varias razones:

- 1) "Factores del huésped" que interfiere con la acción de los medicamentos, comúnmente estos factores son características individuales que afectan la farmacocinética de las drogas; por ejemplo, algunos pacientes seropositivos, tienen ciertas condiciones gastrointestinales u otras situaciones adversas encontradas en su avanzada enfermedad que interfieren en la absorción de los fármacos,
- 2) Una combinación de medicamentos o de dosis subóptimas prescritas por el médico,
- 3) El paciente pudo haber desarrollado resistencia a uno o más fármacos y
- 4) El paciente no se apego a su esquema de tratamiento (Chesney, Ickovics, Hecht, Sikipa y Rabkin, 1999).

Esta falta de apego al tratamiento tiene como consecuencias el desarrollo de cepas resistentes del virus, que en el corto plazo puede sencillamente representar un problema terapéutico grave para el propio paciente, pero que, en una perspectiva más larga, puede encerrar en un riesgo epidemiológico de consecuencias difíciles de medir (Rojo, 1997), además de la exacerbación de la infección, progresión de la enfermedad, los costos del desperdicio de fármacos, el incremento de las visitas y admisión de los pacientes al hospital y conclusiones erróneas acerca de la eficacia del tratamiento (Abbott, Dodd, y Webb, 1996).

En gran medida esta falta de adherencia esta relacionada con una de las mayores dificultades con las que cuenta la (TARAA), que es la gran cantidad de pastillas que deben

tomar diariamente los enfermos con el objeto de acatar todos los lineamientos de dicha terapia. Por regla general, es preciso tomar más de 20 píldoras, cápsulas o tabletas diarias, lo cual constituye una debilidad en el tratamiento; ya que la experiencia ha demostrado que el apego al tratamiento en el largo plazo se deteriora en la misma medida en que se incrementa la complejidad (Rojo, 1997).

Además de que la (TARAA) es frecuentemente asociada con efectos secundarios bastante desagradables, que incluyen reacciones pasajeras tales como diarrea, fatiga, náusea y vómito, y otras más duraderas como la neuropatía periférica; por último y quizás la dificultad de mayor importancia es que el régimen propuesto interfiere con la vida diaria de los pacientes (Chesney, et al, 1999).

Otros de los factores que determinan el grado de adherencia son: el tiempo en que se mantiene al paciente en espera para ser visto por el médico, la comunicación de la información, la que entre otras cosas los pacientes reportan que se realiza en un lenguaje que va más allá de su comprensión (Aburto y Gamundi, 1997); debido a sus creencias culturales algunos pacientes piensan que la medicina moderna es inefectiva, que la modificación de su conducta no puede beneficiar su salud, cuentan con un escaso apoyo social, y son atendidos por un médico hostil, o autoritario lo que provoca una deficiente comunicación entre ellos (Brannon y Feist, 1997).

## 2. CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA

Latorre, (1995) menciona que para poder considerar que un paciente se adhiere a su tratamiento se deben cubrir una amplia gama de conductas relacionadas con:

- ✓ Iniciar y continuar un tratamiento
- ✓ Tomar correctamente la medicación prescrita (dosis, horarios, alimentos e indicaciones del fabricante)
- ✓ Incorporar y mantener en el estilo de vida los cambios que han sido recomendados
- ✓ Evitar comportamientos de riesgo para la salud: fumar, ingerir bebidas alcohólicas, etc.
- ✓ Acudir a las citas de los distintos especialistas
- ✓ Realizar correctamente el régimen terapéutico en el domicilio

Algunas de las razones que dan los pacientes cuando no se apegan a su tratamiento son: que están confundidos con respecto a cuánto y cuándo tomar el medicamento, los efectos colaterales de los fármacos son muy desagradables lo que reduce su calidad de vida, creen que el medicamento no les ayuda y que por el contrario les perjudica (Sarafino, 1998).

### 3. ESTRATEGIAS PARA EVALUAR LA ADHERENCIA

Entre las estrategias con las que se podría auxiliar el médico para evaluar la adherencia se encuentran:

- a) Entrevista directa con el paciente
- b) Estimación del médico en función de los resultados obtenidos
- c) Informe de terceras personas próximas al paciente
- d) Autorregistro
- e) Recuento de tabletas o supervisión de envases prescritos
- f) Evaluación bioquímica

Cabe aclarar que la utilización de estos métodos de forma individual es poco fiable por lo que es recomendable combinar diferentes estrategias de tal forma que se complemente una con otra para que pueda ser más certera la evaluación de la adherencia (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

#### 4. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

Latorre, (1995) menciona algunas de las recomendaciones para mejorar o facilitar el seguimiento de las prescripciones médicas, estas son:

##### 4.1 Organización de los servicios de salud

- \* Reducir los tiempos de espera
- \* Incrementar la frecuencia de visitas
- \* Visitas domiciliarias
- \* Recordar la cita telefónicamente

##### 4.2 Prescripción

- \* Simplificación. Tomar los distintos fármacos a la misma hora
- \* Presentar las píldoras en envases con calendario y horarios
- \* Proporcionar útiles de medida para medicación líquida
- \* Adaptar las tomas a las rutinas diarias del paciente y a su estilo de vida

### 4.3 Educativas

- \* Información necesaria y suficiente por medio escrito u oral en un lenguaje comprensible para el paciente entre los que se incluyen el propósito que se persigue con el uso del medicamento, duración probable de la acción del medicamento, reacciones secundarias y efectos adversos a corto mediano y largo plazo, interacciones con otros medicamentos y actividades, condiciones o aptitudes de los pacientes que puedan ser afectadas por los medicamentos (Luengas, y Rivas, 1997).
- \* Dibujos aclarativos
- \* Demostraciones

### 4.4 Conductuales

- \* Ensayos de conducta (con dulces o lunetas)
- \* Reforzamiento
- \* Claves por medio de avisos directos e indirectos
- \* Evaluar las creencias, actitudes y expectativas que tiene el enfermo hacia su propia enfermedad y el tratamiento (Rodríguez, 1999).

A medida que se incrementa la duración del tratamiento se torna más problemático el mantenimiento de la adherencia, sobre todo por el efecto de la saciedad y cansancio como consecuencia de realizar, durante largo tiempo, las poco gratificantes respuestas de adherencia. Para mantener el cumplimiento de las prescripciones, es necesario el

autocontrol del paciente, bien por la evitación de las consecuencias aversivas que a largo plazo supondría el no apearse al tratamiento como: el agravamiento de la enfermedad, procedimientos más intrusivos, etc., o por las consecuencias positivas (reforzantes) que conllevaría, también a largo plazo el seguimiento de las prescripciones (Latorre, 1995).

Finalmente, es un hecho que la prescripción de tratamientos a largo plazo en la vida de los pacientes seropositivos es algo fundamental. Sus implicaciones prácticas, sociales y simbólicas no deben de ser ignoradas. La persona, enferma o no, queda sometida, en su vida cotidiana, a un ritmo nuevo que dependerá de las posologías, el número de dosis del fármaco y de sus eventuales efectos secundarios (González-Canali, 1994).

##### ***5. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS.***

La consideración de que tanto los conceptos de salud como de enfermedad deben ser comprendidos en una contextualización ecológica en la que aparezcan debidamente reconocidos, junto a las circunstancias biológicas y naturales, las de carácter económico y social, ha hecho que llegue a expresarse que la salud como tal no existe, o que es inalcanzable, al menos para la mayoría de las personas, además de que su expresión puede cambiar dinámicamente en dependencia de las peculiaridades de la interacción del individuo con su ambiente, mientras que por su parte, la enfermedad que también está sujeta a semejante dinamismo, se expresa generalmente de manera más objetiva o, por lo menos, más estructurada y reconocible para el propio sujeto, para los que lo rodean y para los

portadores del conocimiento especializado que pueden referir tal estado de una taxonomía de diagnóstico y terapéutica.

Por otra parte, una contextualización ecológica facilita la idea de que existe un continuo desde la salud a la enfermedad en el que pueden reconocerse muchos puntos intermedios en la medida en que podamos tener la capacidad de identificar la situación del sujeto en el marco de sus relaciones.

Esto, como es lógico, puede favorecer notablemente la prevención de las enfermedades. En lo que hace a la psicología y a las posibilidades de su aporte en el campo de la salud, esta noción resulta de gran utilidad, para entender cuál es el papel de la subjetividad y el comportamiento tanto en el mantenimiento de un determinado estado de salud como en el surgimiento de las enfermedades y en su evolución.

Se considera que la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales-Calatayud, 1999).

Es por ello que los factores psicológicos con influencia sobre la salud que han sido mayormente investigados, son:

- a) El conocimiento y las creencias que los individuos tienen acerca de la salud y sobre lo que pueden hacer en beneficio de la misma. Estos factores han sido estudiados, en relación a las conductas de salud, desde la perspectiva de desarrollo y psicosocial.
- b) El valor de la salud o valor que las personas conceden a la salud en sí misma, y su motivación para mantenerla y salvaguardarla.
- c) Las actitudes e intenciones que se tienen con respecto a diversos comportamientos positivos y negativos para la salud, como fumar, beber alcohol, usar el cinturón de seguridad, etc., y que puedan condicionar las propias conductas.
- d) El locus de control de salud; es decir, el grado con el que el individuo se siente responsable de su propia salud y es capaz de controlarla (locus de control interno), o bien, el grado con que el individuo cree que la salud depende del azar (locus de control externo).
- e) La autoestima y el autoconcepto, por cuanto al ser ambos elevados o positivos favorecen la ocurrencia de conductas positivas de salud.
- f) Rasgos depresivos y estrés, que pueden incidir sobre el propio estado de salud, determinando las prácticas de salud de la gente (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

La adherencia terapéutica es uno de los problemas con los que se ha enfrentado la psicología de la salud y para evaluarla desde el punto de vista psicológico se han desarrollado diversas investigaciones en este campo:

Abbott, Dodd y Webb (1996), examinaron la relación entre la percepción de los pacientes de su Fibrosis Quística (F.Q.), el Locus de Control (LC) y la adherencia a fisioterapia, y tratamiento farmacológico. Lo evaluaron por medio de la Escala de Percepción de Salud, la Escala de Locus de Control (HLC) de Salud y el Cuestionario sobre Cumplimiento para adultos con F. Q. de Manchester. Los resultados fueron que el reporte de adherencia no fue influenciada por la percepción de los pacientes por su pasada y/o futura severidad de la enfermedad o por su percepción de susceptibilidad a infecciones recurrentes. Los de gran nivel de preocupación con respecto a su enfermedad fueron los que se apegaron más a su régimen de tratamiento. Los pacientes que creían que tenían el control de su enfermedad (LC interno) en comparación con aquellos que creían que su enfermedad era controlada por otros (LC externo, como la familia o los profesionales de la salud) reportaron grandes niveles de adherencia.

Christensen, Wibe, Benotsch y Lawton (1996), también examinaron mediante la escala de Locus de Control de Salud (HLC) en sus subescalas de internalidad como otros poderosos, la relación entre una medición recientemente desarrollada llamada "percepción de competencia de salud" y adherencia al régimen médico de 81 pacientes de diálisis renal. El grado de percepción de competencia de salud fue más asociado con una adecuada adherencia, sólo en aquellos pacientes que puntuaron bajo en internalidad y otros poderosos.

Poll y Kaplan (1980), encontraron que mientras más pronunciado es el Locus de Control interno, significativamente se predecirá una más favorable conducta de adherencia a las

restricciones de dieta en pacientes con hemodiálisis crónica, lo mismo para pacientes hipertensos. También sugieren que las personas que niegan la severidad de su enfermedad frecuentemente no cumplen con su tratamiento.

Brown y Fitzpatrick, (1988) afirman que ninguna de las variables demográficas tales como: el sexo, la clase social y el estado civil fueron relacionadas con el cumplimiento a excepción de la edad que se relacionó con la prescripción de la dieta. Los pacientes que aceptan su enfermedad y tienen cierto control sobre su salud, influyen en su apego al tratamiento.

Por otra parte investigaciones en enfermedades crónicas han demostrado la asociación entre la adherencia y los constructos tales como el grado de cooperación, alta tolerancia a la frustración la orientación futura, bajo autoritarismo y menor exigencia. Se ha estudiado la utilidad de utilizar un inventario de personalidad como predictor de la adherencia.

En un estudio de adherencia a medicamentos en 88 pacientes asmáticos, la sobremedicación fue asociada con altos puntajes en la escala del MMPI, reflejando alienación interpersonal, introversión social, ansiedad, dependencia y desamparo. La submedicación fue asociada con puntajes altos en la escala de socialmente agradable.

Otro estudio evaluó en pacientes cardiacos por medio del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (1975), que una pobre adherencia a las indicaciones médicas estaba asociado con puntajes altos en la dimensión de Psicoticismo que se describe como impersonal, fastidioso, hostil, irresponsable y antiautoritario.

Wiebe y Christensen (1996), aplicaron el Inventario de los cinco factores de personalidad de Costa y McCrae (1992), a la investigación sobre adherencia terapéutica. La evidencia sugiere que la influencia de los factores ambientales en la expresión de la conducta y los rasgos de personalidad puede contribuir a la predicción de la conducta de adherencia.

Una examinación conceptual de la taxonomía de los cinco factores sugiere que la subescala Conciencia (C) puede ser el rasgo descriptivo más preciso de aquellas cualidades de pensamiento del individuo que son importantes en términos de la conducta de adherencia. Este factor ha sido descrito como el reflejo de altos propósitos, autodisciplina, alto autocontrol y obligación. Correspondientemente, teorías previas han caracterizado la no adherencia como un problema de autocontrol, mencionando la baja tolerancia a la frustración, inhabilidad para agradar como unas de las mayores causas del problema.

Sin embargo no solamente el locus de control y los factores de la personalidad pueden darnos un estimado de la adherencia ya que los pacientes crónicamente enfermos deben tener la suficiente fuerza para perder su independencia, la amenaza de la progresión de la enfermedad y en la mayoría de los casos el cambio o modificación de sus conductas al conocer las demandas de su régimen de tratamiento prescrito. Los pacientes que se adhieren a su régimen deben adaptarse a una variedad de tareas incluyendo cambio de dieta, toma de medicamentos y cambios en las actividades físicas. Estas tareas reflejan una importante respuesta de afrontamiento de parte de los pacientes y frecuentemente tienen substanciales implicaciones para el éxito del tratamiento y la progresión de la enfermedad.

Por ello un estudio examinó un modelo interactivo que involucra el afrontamiento, el locus de control y la adherencia en una muestra de 60 pacientes renales en fase terminal del centro de hemodiálisis. A los participantes se les pidió que completaran dos formas del Cuestionario de Modos de Afrontamiento de (Lazarus y Folkman, 1985). Para la primera forma se les pidió que describieran su experiencia más reciente de las dificultades con los padecimientos de la diálisis y para la segunda forma se les pidió que recordaran su última experiencia con las dificultades del consumo de líquidos o quimioterapia. Consistentemente con las predicciones los pacientes fueron capaces de adherirse cada vez más a sus restricciones de ingesta de líquidos (aspecto central en el régimen de tratamiento de la hemodiálisis) cuando empleaban la planeación en la solución de problemas para enfrentar potencialmente los estresores.

Es potencialmente beneficioso para entender y adaptarse a los resultados o consecuencias de una enfermedad crónica los diferentes estilos de afrontamiento. Característicamente algunos pacientes se mantienen pasivos en el papel que juegan con respecto a su salud, mientras que otros prefieren mayor colaboración activa involucrándose con quienes les proveen los cuidados de salud. El resultado de la adaptación del paciente a su enfermedad está relacionado con las características de los estilos de afrontamiento y consistentemente esto va a determinar el contexto futuro de la enfermedad y el tratamiento (Wiebe y Christensen, 1996).

Finalmente la investigación de los determinantes de la pobre adherencia a tratamientos específicos es alentada con la esperanza de ser capaz de predecir a aquellos en riesgo y de

ese modo diseñar intervenciones para el mejoramiento de la adherencia (Abbott et al., 1996).

Debido a las investigaciones previas, en la presente investigación se evaluará por medio de una batería de pruebas psicométricas la relación que existe entre el locus de control, las características de personalidad y los estilos de afrontamiento en la adherencia terapéutica.

### 5.1 ESCALA DE LOCUS DE CONTROL.

La Rosa (1986), con base en el análisis de la aplicación de las escalas de Rotter (1966) y Levenson (1974) elaboró una escala multidimensional para medir locus de control, esto excluye una tipología del tipo interno o externo. Todos los reactivos están en primera persona del singular de modo que, lo que se solicita al individuo es su punto de vista y no la creencia de la sociedad en general. El formato es de tipo Likert lo que permite la independencia estadística de las subescalas, por lo que las respuestas a los reactivos se dan en un continuo de 5 puntos, variando de completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (5).

Los índices de consistencia interna de la subescala de locus de control son los siguientes:

<i>Subescalas</i>	<i>Alpha</i>
Fatalismo/suerte	0.89
Poderosos del macro cosmos	0.87
Afectividad	0.83
Internalidad instrumental	0.82
Poderosos del micro cosmos	0.78

- a) Factor 1: Fatalismo/suerte. La dimensión se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino, por ejemplo: "Un buen empleo es cuestión de suerte".
- b) Factor 2: Poderosos del macro cosmos. Esta dimensión se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero su acción repercute en su vida. Se podrían nombrar entre otros, los diputados, políticos, gobernantes de las naciones poderosas, jefes del ejecutivo a diversos niveles (ciudad, estado, país). En cierto sentido mide la enajenación socio - política, o sea, la experiencia que uno hace de marginalización ante las grandes decisiones que se toman respecto al destino de la comunidad, el país y el mundo. Y por supuesto, estas decisiones afectan la vida de los individuos. Ejemplo: "El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo haga no cambia nada".
- c) Factor 3: Afectividad. La subescala describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con quienes le rodean. Ejemplo: "Si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo".
- d) Factor 4: Internalidad instrumental. La subescala se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y/o capacidades. Ejemplo: "Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades".
- e) Factor 5: Poderosos del micro cosmos: La dimensión se refiere a las personas que tienen el poder, están más cercanas del individuo y controlan los refuerzos que le interesan. Entre tales personas se encuentran el jefe, el patrón, el dueño de la empresa, el padre y

otras. La diferencia entre los poderosos del micro y macro cosmos radica en la mayor proximidad o mayor distancia que se encuentra la persona con poder del individuo. Uno hace parte del micro sistema social del individuo mientras que el otro se ubica en el macro sistema

La escala permite que se haga un perfil del individuo. Así, un individuo podría obtener puntajes altos en internalidad instrumental y también altos en la escala de poderosos del macro cosmos, medianos en la escala de afectividad y bajos en las escalas de fatalismo y los poderosos del micro cosmos. Los perfiles posibles derivados de las combinaciones son innumerables y permiten una mejor comprensión del individuo porque lo configura a partir de diversos parámetros y no simplemente a partir de una limitada polaridad interno - externo.

El individuo puede abrigar simultáneamente creencias en un mundo no ordenado (fatalismo) y ordenado (controlado por los poderosos) y al mismo tiempo percibir que puede controlar diversas situaciones debido a sus habilidades en relaciones humanas. Un perfil del individuo es lo que se propone y no una clasificación simplista (La Rosa, 1986).

## **5.2 CUESTIONARIO DE LOS 16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD DE CATTELL (16 PF).**

Publicado originalmente en 1949, el 16 PF fue diseñado para usarse con individuos mayores de 16 años, que sepan leer y escribir con nivel educativo equivalente a secundaria, consta de 187 reactivos y requiere generalmente de 45 a 60 minutos para su aplicación (Anastasi y Urbina, 1998).

Se hicieron varios cientos de ítems que cubrían las 171 variables de la esfera de la personalidad, de estos se usaron 80 reactivos que se aplicaron a 370 hombres y mujeres de 20 años promedio, se factorializaron los resultados y se obtuvieron 19 factores con una estructura simple significativa más allá del nivel 0.001. Se consideró que 4 de los 19 factores tenían varianzas demasiado pequeñas como para definirlos, pero los 15 restantes que se sabía estaban cargados del factor junto con un decimosexto factor (inteligencia) formaron el 16PF.

Se considera que la validez de la prueba misma es un concepto o construcción de validez. Es decir, las preguntas del cuestionario se escogieron como medidas válidas de los factores, tal y como se presentaron en el análisis de investigación. La validez de concepto puede evaluarse determinando qué tan bien concuerdan las correlaciones de las escalas de la prueba con una muestra representativa de diversas variables psicológicas con aquéllas que se espera que tengan el criterio conceptual.

Un desarrollo valioso ha sido la comprobación de la universalidad de la estructura del factor, como evidencia de una estructura básica similar del rasgo original entre las culturas. Existen estandarizaciones en por lo menos 15 países diferentes. Por otro lado, se considera que las estandarizaciones en poblaciones adultas son generalmente más difíciles de obtener, por esta razón se han hecho esfuerzos para obtener muestras representativas estratificadas de diversos niveles educativos, diferentes áreas geográficas, diversos rangos de edad y niveles ocupacionales.

Cada reactivo se encarga de investigar solo un factor, es decir; no hay interdependencia entre los reactivos. Se proporcionan de 10 a 13 reactivos para cada escala; existen tres respuestas diferentes para cada una de las preguntas, cada respuesta tiene una puntuación de 0, 1, a 2, excepto el factor B (inteligencia) respuesta que se califica con 0 (incorrectas) ó 1 (correctas).

Los estenos 5 y 6 se consideran como el promedio; 4 y 7, desviaciones ligeras (respectivamente hacia abajo y hacia arriba de la distribución). Los estenos 2, 3, 8 y 9, son desviaciones significativas y los extremos 1 y 10 fuertemente desviados.

Los cuadros de puntajes cubren la población general de adultos. Existen varios cuadros de normas de puntuación y es necesario estar de acuerdo para seleccionar, con mucho cuidado, lo apropiado, en base a la definición lógica y psicológica del objetivo para el cual la evaluación se planea.

Otra característica es que las normas elaboradas para la población adulta generalmente están concentradas y corregidas en torno a los 30 años de edad; las normas para población de preparatoria, sobre los 17 años y para la población universitaria, sobre los 20 años de edad.

A partir de la combinación de los primeros 16 factores, es posible obtener a través del análisis factorial otros cuatro importantes aspectos de la personalidad, que son: introversión-extroversión, ansiedad estado, susceptibilidad-tenacidad y dependencia-independencia (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980).

En cuanto a la utilización clínica, ha proporcionado criterios y constantes de diagnóstico para la orientación afectiva, el diagnóstico y la terapia. Además, aún cuando sus perfiles distinguen estadísticamente y con significado psicológico entre normales por una parte, y neuróticos y psicóticos por otra, la predicción total es mucho mejor para neuróticos que para psicóticos. Por último, constituye la forma más rápida de medir los factores primarios de la personalidad y ha demostrado comprensibilidad y buena capacidad predictiva en relación con el criterio de la vida diaria en psicología aplicada.

### INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES ALTAS Y BAJAS DE LOS 16 FACTORES DE PERSONALIDAD DE CATTELL.

#### FACTORES PRIMARIOS.

- **FACTOR A: *Expresividad emocional.***

PUNTUACIÓN BAJA: Sociabilidad Limitada.

Discreto, desprendido, crítico, alejado, inflexible, mantiene sus propias ideas, indiferente, preciso, objetivo, desconfiado, escéptico, rígido, frío, propenso al malhumor.

PUNTUACIÓN ALTA: Sociabilidad.

Cariñoso, le gusta salir, complaciente, participante, de buen carácter, dispuesto a cooperar, atento con la gente, sentimental, inesperado, fortuito, confiado, adaptable, descuidado, "sigue la corriente", afectuoso, ríe con facilidad.

- **FACTOR B: *Inteligencia.***

INTELIGENCIA BAJA:

Torpe, baja capacidad mental, incapacidad de resolver problemas abstractos, poco organizado, juicio pobre (débil), de moral baja, se da por vencido fácilmente.

INTELIGENCIA ALTA:

Brillante, alta capacidad mental general, perspicaz, aprende rápido, intelectualmente adaptable, inclinación a tener más intereses de orden intelectual, muestra buen juicio, de moral alta, y perseverante.

- **FACTOR C: Fuerza del yo.**

PUNTUACIÓN BAJA: Inestabilidad Emocional o Debilidad del Yo.

Afectado por sentimientos, menos estable emocionalmente, fácilmente perturbable, alterable, se torna emocional cuando es frustrado, inconsistente en actitudes e intereses, evade responsabilidades, tendencia a desistir, preocupado, conflictivo.

PUNTUACIÓN ALTA: Fuerza Superior del Yo.

Emocionalmente estable, maduro, se enfrenta a la realidad, calmado, constante en sus intereses, no permite que sus necesidades emocionales interfieran las realidades de cierta situación, se ajusta a los hechos, sereno, tranquilo, se reprime para evitar dificultades.

- **FACTOR E: Dominancia.**

PUNTAUACIÓN BAJA: Sumisión.

Obediente, indulgente, moldeable, dócil, servicial, sumiso, dependiente, diplomático, sencillo, convencional, ajustado, fácilmente perturbable por la autoridad, humilde.

PUNTUACIÓN ALTA: Ascendencia.

Afirmativo, agresivo, competitivo, terco, de mente independiente, austero, severo, solemne, poco convencional, rebelde, testarudo, exige admiración.

- **FACTOR F: Impulsividad.**

PUNTUACIÓN BAJA: Retraimiento.

Sobrio, taciturno, serio, silencioso, introspectivo, lleno de preocupaciones, reflexivo, comunicativo, apegado a valores internos, lento, cauto.

PUNTUACIÓN ALTA: Impetuosidad.

Entusiasta, precipitado, despreocupado, conversador, alegre, franco, expresivo, es reflejo del grupo, rápido, alerta.

- **FACTOR G: Lealtad Grupal.**

PUNTUACIÓN BAJA: Superego Débil.

Falta de aceptación de las normas morales de grupo, desacata las reglas, activo, desobligado, inconstante, frívolo, autoindulgente, perezoso, desidioso, no confiable, omite sus obligaciones sociales.

PUNTUACIÓN ALTA: Superego Fuerte.

Carácter fuerte, escrupuloso, perseverante, moralista, juicioso, determinado, responsable, emocionalmente disciplinado, consistentemente ordenado, consciente, dominado por el sentido de obligación, preocupado por estándares morales y reglas.

- **FACTOR H: Aptitud Situacional.**

PUNTUACIÓN BAJA: Timidez.

Recatado, tímido, reprimido, susceptible a las amenazas, vergonzoso, retraído, emocionalmente cauteloso, sujeto a las normas, intereses limitados, cuidadoso, considerado, visualiza los peligros con rapidez.

PUNTUACIÓN ALTA: Audacia.

Aventurado, insensible a la amenaza, vigoroso socialmente, gusta de conocer gente, activo, sensible, simpático, cordial, amigable, impulsivo, emotivo y con intereses artísticos, despreocupado, no advierte las señales de peligro.

- **FACTOR I: Emotividad.**

PUNTUACIONES BAJAS: Severidad.

Calculador, rechaza las ilusiones, no sentimental, espera poco, confiado en sí mismo, toma la responsabilidad, severo (al punto del cinismo), pocas respuestas artísticas (pero no falta de gusto), inafectable por fantasías, actúa por evidencia lógica y práctica, centrado en la realidad, no piensa en incapacidades físicas.

PUNTUACIONES ALTAS: Sensibilidad Emocional.

Afectuoso, sensitivo, dependiente, sobreprotegido, inquieto, espera atenciones y afecto, inseguro, busca ayuda y simpatía, amable, gentil, indulgente consigo mismo y hacia otros, artísticamente exigente, exagerado, imaginativo en su vida interior y en su conversación, actúa por intuición sensitiva, descuidado, despistado, hipocondríaco, ansioso acerca de sí mismo.

- **FACTOR L: Credibilidad.**

PUNTUACIONES BAJAS: Confianza.

Confiado, acepta condiciones, admite poca importancia personal, flexible a cambios, sin sospecha de hostilidad, dispuesto a olvidar dificultades, comprensivo, permisivo, tolerante, elástico para corregir a la gente, conciliador.

PUNTUACIONES ALTAS: Desconfianza.

Suspicaz, celoso, cauteloso, dogmático, hace hincapié en sus frustraciones, tiránico, exige que la gente acepte las responsabilidades de sus errores, irritable.

- **FACTOR M: Actitud Cognitiva.**

PUNTUACIÓN BAJA: Objetividad.

Práctico tiene preocupaciones reales, convencional, alerta a las necesidades prácticas, preocupado por intereses y asuntos inmediatos, prosaico, evita lo fantástico, es guiado por realidades objetivas, confía en su buen juicio, honrado, preocupado pero constante.

PUNTUACIÓN ALTA: Subjetividad.

Imaginativo, bohemio, distraído, no convencional, absorto en ideas, interesado en arte, teoría y creencias básicas, cautivado imaginativamente por creaciones internas, caprichoso y fácilmente alejable del buen juicio, generalmente entusiasta pero con ocasionales rachas de "darse por vencido".

- **FACTOR N: Sutileza.**

PUNTUACIÓN BAJA: Ingenuidad.

Ingenuo, modesto, sincero pero socialmente torpe, tiene mentalidad vaga e imprudente, muy sociable, se involucra afectuosa y emocionalmente con facilidad, espontáneo, natural, de gustos simples, carece de autocomprensión, conformista, confiado en la naturaleza humana.

PUNTUACIÓN ALTA: Astucia.

Astuto, mundano, socialmente consciente, tiene mentalidad calculadora precisa, emocionalmente despegado y disciplinado, estéticamente delicado, comprensión respecto de sí mismo, perspicaz respecto de otros, ambicioso, quizás inseguro, inteligente.

- **FACTOR O: Conciencia.**

PUNTUACIÓN BAJA: Adecuación Serena.

Seguro de sí, apacible, complaciente, confía en sí mismo, jovial, elástico, persistente, oportuno, insensible a la aprobación o desaprobación de los demás, descuidado, vigorosamente brusco, sin temores, dado a las acciones simples.

PUNTUACIÓN ALTA: Propensión a la Culpabilidad.

Aprehensivo, autorecriminante, inseguro, preocupado, atormentado, ansioso, deprimido, llora fácilmente, se conmueve fácilmente, vencido por caprichos, fuerte sentido de la obligación, sensible a la aprobación o desaprobación de la gente, escrupuloso, delicado, hipocondriaco, inadecuado, síntomas de fobias, solitario, pensador.

- **FACTOR Q1: Posición Social.**

PUNTUACIÓN BAJA: Conservadurismo.

Conservador, respeta ideas establecidas, tolerante ante las dificultades tradicionales.

PUNTUACIÓN ALTA: Radicalismo.

Le gusta experimentar, liberal, analítico, de pensamiento libre.

- **FACTOR Q2: Certeza Individual.**

PUNTUACIÓN BAJA: Dependencia Grupal.

Socialmente dependiente del grupo, convencional, se adhiere y es seguidor ejemplar.

PUNTUACIÓN ALTA: Autosuficiencia.

Autosuficiente, rico en recursos, prefiere sus propias decisiones.

- **FACTOR Q3: Autoestima.**

PUNTUACIÓN BAJA: Indiferencia.

Incontrolado, flojo, sigue sus propios impulsos, indiferente a las reglas sociales.

PUNTUACIÓN ALTA: Control.

Controlado, firme fuerza de voluntad, socialmente escrupuloso, estricto en su proceder, se guía por su propia imagen.

- **FACTOR Q4: Estado de Ansiedad (Rasgo).**

PUNTUACIÓN BAJA: Tranquilidad.

Relajado, tranquilo, aletargado, sereno, no frustrado.

PUNTUACIÓN ALTA: Tensión.

Tenso, frustrado, impulsivo, malhumorado.

#### FACTORES SECUNDARIOS.

- **FACTOR QS1:**

PUNTUACIÓN BAJA: Introversión.

Tímido, autosuficiente, inhibido en los contactos interpersonales.

PUNTUACIÓN ALTA: Extroversión.

Sobresale socialmente, desinhibido, bueno para establecer y mantener contactos interpersonales.

- **FACTOR QS2: Ansiedad Estado.**

PUNTUACIÓN BAJA: Poca Ansiedad.

Tiende a ser alguien cuya vida es generalmente satisfactoria, capaz de lograr aquellas cosas que le parecen importantes. Sin embargo una puntuación excesivamente baja puede significar falta de motivación para las tareas difíciles.

PUNTUACIÓN ALTA: Mucha Ansiedad.

Alto grado de ansiedad (ésta puede ser situacional), generalmente produce perturbaciones físicas.

- **FACTOR QS3:**

PUNTUACIÓN BAJA: Susceptibilidad.

Es probable que se vea preocupado por una penetrante emotividad, y puede ser del tipo frustrado y desanimado, es sensible a las sutilezas de la vida, probablemente sea artístico y gentil, reflexiona y considera antes de emprender la acción.

PUNTUACIÓN ALTA: Tenacidad.

Emprendedor, decisivo, con personalidad animada, rápido en acciones, no considera ni reflexiona tanto.

- **FACTOR QS4:**

PUNTUACIÓN BAJA: Dependencia.

Dependiente del grupo, personalidad pasiva, es probable que desee y necesite apoyo de otras personas y que oriente su conducta hacia las personas que le brindan mucho apoyo.

PUNTUACIÓN ALTA: Independencia.

Agresivo, independiente, emprendedor, incisivo, con iniciativa.

### 5.3 CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

El Cuestionario Modos de Afrontamiento (Ways of Coping), elaborado por la Dra. Susan Folkman y Richard Lazarus en 1980, y revisado por ellos mismos en 1985, se construyó para medir los estilos de afrontamiento al estrés. Estaba constituido por 66 reactivos y ocho escalas, las cuales son:

1. Afrontamiento dirigido al problema: Son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente el problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.
2. Pensamiento mágico: Se refiere a las fantasías voluntarias y concientes que realiza el sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa.
3. Distanciamiento: El sujeto evade todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca.
4. Búsqueda de apoyo social: Describe esfuerzos para buscar apoyo informativo; búsqueda de una red de apoyo social que provea de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.
5. Dirigirse a lo positivo: Describe los esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva de su propio valor, una vista positiva hacia los demás y en general, una sensación de optimismo.

6. Autocrítica: El sujeto reacciona con una conducta de autocastigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultado un sentimiento de culpa.
7. Reducción de la tensión: Es el grado en que los sujetos usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico; o bien, pueden optar por la creación de paraísos artificiales para mitigar la realidad poco placentera.
8. Introyección: Describe esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y acciones. Guardan para sí mismos los afectos y sentimientos causados por el problema.

El análisis factorial reveló que dos de las ocho subescalas originales tenían un Alfa muy baja, por lo que se descartaron de la versión final del cuestionario (Autocastigo Alfa de 0.42 e Introyección Alpha de 0.48).

Debido a que la distribución de los reactivos fue diferente, se reagruparon y se les dio nuevo nombre, de tal manera que la nueva subescala describe el tipo de afrontamiento que estos reactivos miden; de esta forma, el instrumento final consta de las siguientes seis subescalas:

<i>Subescalas</i>	<i>Alpha</i>
Flexibilidad de afrontamiento	0.90
Afrontamiento dirigido a lo positivo	0.84
Pensamiento mágico	0.73
Distanciamiento	0.59
Afrontamiento dirigido al problema	0.63
Revaloración positiva	0.57
<b>Escala Total</b>	<b>0.90</b>

En el afrontamiento activo se encuentran las subescalas de flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva; en el afrontamiento pasivo se encuentran las subescalas afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento. (Sotelo y Maupomé, 2000).

#### **5.4 CUESTIONARIO SOBRE CUMPLIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS.**

Este es un cuestionario de opinión, construido para una población de pacientes y familiares de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con 37 años de edad en promedio. Se encuentra conformado por 64 reactivos que evalúan 5 factores que son:

- 1.-Adherencia Terapéutica
- 2.-Resistencia al Cambio
- 3.- Educación para la Salud
- 4.- Relación médico-paciente
- 5.- Representaciones mentales de enfermedad

Para la construcción de este cuestionario se siguieron los pasos que a continuación se describen:

- 1) Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de los temas de adherencia; basándose en esto se procedió a redactar preguntas que tenían la finalidad de medir 5 áreas que tienen que ver con el comportamiento y los pensamientos que las personas tienen cuando se enferman o acuden a consulta, el primer borrador constaba de 60 preguntas, se examinó su redacción mediante una revisión entre personas con conocimiento del tema

(Psicólogos y Médicos), a los que se les pidió que lo contestaran y marcaran lo que no entendían o les parecía confuso, anotando sus sugerencias de redacción, las cuales se tomaron en cuenta para el mejoramiento del cuestionario.

2) El cuestionario fue proporcionado a un grupo de 15 personas con algún padecimiento, con la finalidad de tener una idea de la forma en que respondían. Se dio el instrumento a 10 personas con conocimiento del tema, para que se le realizara una valoración por jueces y posteriormente se eliminaron frases repetitivas, mal planteadas o confusas, cambiando la redacción de frases que se consideraban relevantes para la investigación. Se reorganizó nuevamente dando como resultado un cuestionario de 64 reactivos.

3) Se realizó una prueba de consistencia interna, obteniendo una puntuación alpha de 0.73 para toda la escala.

El instrumento consta de 49 preguntas que discriminaron en los diferentes análisis efectuados, cabe mencionar que se crearon preguntas de control en el instrumento para tener mayor veracidad en las respuestas que los pacientes podrían dar.

El cuestionario puede ser autoaplicado o administrado por entrevistadores sin capacitación previa, ya que son reactivos simples, directos y sin riesgo de confusión y el tiempo promedio de aplicación es de 25 minutos.

A cada reactivo se le otorgan valores numéricos del 1 al 3, donde los valores más altos son distribuidos hacia el sentido positivo del reactivo y los más bajos hacia el sentido negativo (Paz, 1999).

La descripción de los factores es la siguiente:

1. Adherencia terapéutica: Una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un caso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.
2. Resistencia al cambio: Es una conducta relacionada con la salud que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y se pone en marcha en forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto. Estas se desarrollan inicialmente en tanto se refuerzan con consecuencias positivas, y con el tiempo se independizan de los reforzamientos y los mantienen factores con los que habitualmente se asocian.
3. Educación para la salud: Es un complejo proceso que implica motivación, cambios de actitudes y cambios de conducta. Las experiencias influyen en el aprendizaje así como las creencias y costumbres.
4. Relación médico-paciente: Es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro, es una alianza terapéutica, es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza. Se ha definido esta relación como "un encuentro entre dos personas determinado por la intención tanto consciente como inconsciente de ambos.
5. Representaciones mentales de enfermedad (creencias, hábitos, mitos, valores, cultura, e información errónea): Son modelos de enfermedad elaborados por el

sentido común basados en concepciones culturales e información errónea o equivocada.

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

El saberse afectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana representa cambios significativos a nivel social, familiar, laboral, económico y personal, lo que conduce al sujeto a tomar decisiones sobre su comportamiento generando cambios en su estilo de vida.

Uno de los cambios por el que transita el individuo es la asistencia a consultas médicas regulares, y dado que tal vez nunca ha acudido al médico por alguna enfermedad que requiera tratamiento prolongado le es muy difícil adaptarse al nuevo manejo. Cuando la persona pasa de una condición de salud a una de enfermedad permanente tal como el VIH, le implica comenzar con un tratamiento farmacológico que en muchas ocasiones es difícil de aceptar y cuanto más de seguir. La cantidad de medicamentos que este tipo de pacientes tiene que ingerir varía entre 16 y 25 pastillas por día, además, sus hábitos alimenticios se ven modificados dado que hay alimentos que no pueden ser consumidos con cierta clase de medicamentos. Por otro lado, la toma del medicamento implica situaciones sociales tales como el ingerirlos en lugares concurridos, en presencia de amigos, compañeros de trabajo, pareja y/o familiares, los que tal vez no conozcan la situación del paciente quién evitará tomarlos en su presencia, lo que hace más complicado los cambios conductuales en cuanto a seguir el tratamiento prescrito. La incapacidad de los pacientes a adherirse a un régimen de tratamiento es un problema que se ha generalizado a todas las especialidades médicas

## ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

en donde se atienden pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la infección por el VIH y ello se debe a que sus tratamientos son largos, complicados y costosos.

Esto no es únicamente un problema a nivel local, más bien es un problema universal que afecta a diversas instituciones de salud pública por ejemplo; en lo observado en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, el gasto que se realiza por paciente oscila entre los 15 a 18 mil pesos bimestrales lo que representa una gran pérdida en tiempo y dinero cuando el paciente no hace uso adecuado de sus medicamentos.

En este lugar, la mayoría de los fracasos reportados son debidos a la falta de adherencia a los regímenes médicos, lo cual afecta de forma directa los protocolos de investigación que se realizan en conjunto con las empresas farmacéuticas que producen el medicamento para probar la eficacia y seguridad de uno o varios esquemas de tratamiento.

Finalmente, la dificultad más grande que se presenta en los pacientes que no cumplen con su tratamiento, es que presentan en un tiempo relativamente corto, resistencia a los fármacos que generalmente pertenecen al mismo grupo (por ej. los Inhibidores de Proteasa) lo que dificulta su manejo posterior, puesto que se van reduciendo las posibilidades de utilizar nuevos esquemas acelerando así, el proceso de enfermedad.

Por todo ello, resulta de gran importancia el desarrollo de una investigación en la cual, se puedan detectar aquellos factores de tipo psicológico que están incidiendo en la falta de apego a los tratamientos y una vez detectados elaborar programas de intervención a futuro para impedir que esto siga sucediendo o al menos se reduzca su incidencia con lo que se lograría disminuir el gasto de salud pública.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como en toda enfermedad crónico-degenerativa, el VIH produce cambios en el estilo de vida de los pacientes, entre ellos el tener que acudir de forma constante y permanente a sus citas médicas, el llevar un monitoreo rutinario del estado inmunológico en el que se encuentran y apearse a un riguroso esquema farmacológico que en muchas ocasiones no se lleva a cabo o peor aún, que se lleva en forma inadecuada; en ello intervienen factores sociales, psicológicos, económicos y personales, y dada la amplitud de cada uno de ellos; en la presente investigación se pretende detectar aquellos factores de tipo psicológico que están incidiendo en la falta de apego a los tratamientos médico-farmacológicos con el fin de conocer qué características comparten los pacientes que se adhieren de forma adecuada a su tratamiento y de tal manera se puedan crear en un futuro, estrategias para que sea más exitosa la prescripción hecha por el médico y de ésta forma se pueda reducir en alguna medida el gasto público por parte de los servicios de salud.

## OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar cómo determinan las variables psicológicas tales como: la personalidad, los estilos de afrontamiento y el locus de control, la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes seropositivos.
- Conocer las relaciones que existen entre las variables médicas como: el conteo de carga viral y de células CD4, esquema de tratamiento antirretroviral, sintomatología asociada al tratamiento, tiempo que lleva con el padecimiento y el tiempo que lleva acudiendo a consulta hacia la adherencia al tratamiento.

- Evaluar la influencia de algunas variables sociodemográficas tales como: la edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil y con quien vive actualmente el paciente en la adherencia al tratamiento.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Correlacionar las variables psicológicas, médicas y sociodemográficas de la población en estudio.
- Determinar cuáles de las variables estudiadas, son las que mejor predicen la adherencia al tratamiento.
- Obtener perfiles psicológicos de los pacientes que se adhieren a su tratamiento, los que se adhieren de forma irregular y los que no se adhieren.
- Predecir en función de los perfiles obtenidos, qué personas cuentan con mejores recursos y habilidades para iniciar y mantener un tratamiento adecuado.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN (Hi): Existen diferencias estadísticamente significativas en la influencia ejercida por las variables psicológicas, médicas y sociodemográficas en la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

HIPOTESIS NULA (Ho): No existen diferencias estadísticamente significativas en la influencia ejercida por las variables psicológicas, médicas y sociodemográficas en la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

VARIABLE DEPENDIENTE: Adherencia terapéutica a tratamientos farmacológicos.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

(Psicológicas)

Rasgos de personalidad  
Estilos de afrontamiento  
Locus de control

(Médicas)

Tratamiento antirretroviral  
Tiempo de diagnosticado  
Tiempo que lleva en consulta

**VARIABLES INDEPENDIENTES ATRIBUTIVAS:**

Edad	Ocupación
Sexo	Estado Civil
Escolaridad	Con quién vive actualmente el paciente

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

V. D. Adherencia Terapéutica.- Una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Latorre, 1994).

V. I. Personalidad.- Aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980).

V. I. Estilos de Afrontamiento.- Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas

externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

V. I. Locus de Control.- Es la creencia que uno tiene respecto a quién o qué factores controlan su vida (La Rosa, 1986).

V. I. Tiempo de diagnosticado.- Tiempo que ha transcurrido desde la identificación de la enfermedad a través de sus signos y síntomas clínicos, su desarrollo y del resultado de los análisis de laboratorio (SIDA Hoy, 2000).

V. I. Tratamiento antirretroviral.- Administración conjunta de 2 o más medicamentos, con el objetivo de mantener la carga viral por debajo de los límites de detección y conseguir una restauración del sistema inmunológico (SIDA Hoy, 2000).

V. I. Tiempo que lleva en consulta.- Tiempo que ha transcurrido desde la primera vez que el paciente acudió a revisión médica hasta el momento en que se recolectaron los datos para esta investigación.

#### DEFINICION OPERACIONAL

V. D. Adherencia Terapéutica.- Son las respuestas de los sujetos al cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos.

V. I. Personalidad.- Son las respuestas de los sujetos al inventario de los 16 factores de la personalidad de Cattell (16PF).

V. I. Estilos de Afrontamiento.- Son las respuestas de los sujetos al inventario de modos de afrontamiento (revisado de Lazarus y Folkman).

V. I. Locus de Control.- Son las respuestas de los sujetos a la escala de locus de control.

V. I. Tiempo de diagnosticado.- Es el tiempo que ha transcurrido desde la fecha en que los sujetos se supieron portadores del VIH al momento de la entrevista de la presente investigación.

V. I. Tratamiento antirretroviral.- Son los medicamentos que están tomando los pacientes al momento de aplicarle los instrumentos psicométricos.

V. I. Tiempo que lleva en consulta.- Tiempo que ha transcurrido desde la primera vez que el sujeto acudió a revisión médica al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos hasta el momento en que se recolectaron los datos para esta investigación.

## SUJETOS

150 pacientes adultos, portadores del VIH, de sexo indistinto que se encontraban bajo tratamiento antirretroviral de diferente esquema, de por lo menos un mes de haberlo iniciado, sabían leer y escribir y acudieron a la Clínica de VIH/SIDA del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

## INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizaron los siguientes instrumentos psicométricos (descritos en el Capítulo 2) con la finalidad de obtener un perfil psicológico,

1. Escala de locus de control
2. El inventario de los 16 factores de la personalidad (16PF)
3. Inventario de modos de afrontamiento
4. Cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos.

## PROCEDIMIENTO

En la primera fase se les pidió a los sujetos su colaboración para participar en la investigación y se les explicó en que consistiría ésta. Aquellas personas que aceptaron participar se les solicitó que firmaran una carta de consentimiento informado, posteriormente se les citó en un horario convenido por ambas partes para la aplicación de los cuatro instrumentos psicométricos; ésta se llevaría a cabo en 2 sesiones de tipo grupal con duración de una hora cada una y tendrían lugar en el consultorio de la Clínica de VIH de la institución.

En la segunda fase, a las personas que entregaban su batería completa se les realizó una entrevista breve referente a su tratamiento; las preguntas fueron, si sabían el nombre de los fármacos que les habían sido prescritos, como y con qué los tomaban, en que horario y la sintomatología asociada a la toma de ellos. Posteriormente se llevó a cabo la revisión de expedientes médicos de cada uno de los participantes, de donde se obtuvo el promedio de los últimos tres resultados de la cuantificación de células CD4 y carga viral en sangre.

En la tercera fase se elaboró una base de datos que fue diseñada para analizar todas y cada una de las variables que intervinieron en la investigación y después se procesaron estadísticamente.

## RESULTADOS

### Validez y confiabilidad de los instrumentos psicométricos.

Debido a que los instrumentos psicométricos empleados en la presente investigación habían sido utilizados y validados para otro tipo de población, y con apego al rigor psicométrico se procedió a realizar el análisis de confiabilidad de cada uno de ellos para la presente muestra.

- a) La escala de locus de control elaborada por La Rosa (1986) para población de jóvenes universitarios de la UNAM con 61 reactivos y aplicado a una muestra de 87 sujetos obtuvo un alpha de  $r = 0.93$
- b) El inventario de modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (1985), estandarizado para una población de adolescentes mexicanos por Sotelo y Maupomé (2000), con 66 reactivos y aplicado a una muestra de 87 sujetos obtuvo un alpha de  $r = 0.90$
- c) El cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos elaborado por Paz (1999) para una población de pacientes neurológicos con 64 reactivos y aplicado también una muestra de 87 sujetos obtuvo un alpha de  $r = 0.76$  y finalmente
- d) El inventario de los 16 factores de la personalidad (16PF) de Cattell con 187 reactivos y aplicado a una muestra de 87 sujetos obtuvo un valor alpha de  $r = 0.48$ . Debido a que el

valor obtenido no es psicométricamente adecuado para garantizar la confiabilidad del 16 PF, se eliminó de todos los análisis estadísticos.

### Características demográficas de la muestra

De un total de 87 sujetos, la media de edad fue de 38 años 6 meses con una desviación estándar de 8.81.

Las tablas 1 a 8 muestran las características demográficas de la muestra

<i>Tabla 1</i>		
<i>Sexo</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Mujer	10	11.5
Hombre	77	88.5
Total	87	100.0

<i>Tabla 2</i>		
<i>Escolaridad</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Primaria	2	2.3
Secundaria	6	6.9
Técnico	7	8.0
Normalista	12	13.8
Bachillerato	12	13.8
Licenciatura	40	46.0
Postgrado	8	9.2
Total	87	100.0

<b>Tabla 3</b>		
<b>Estado Civil</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	65	74.8
Casado	12	13.8
Unión Libre	2	2.3
Separado	1	1.1
Viudo	4	4.6
Divorciado	3	3.4
Total	87	100.0

<b>Tabla 4</b>		
<b>Ocupación</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ama de casa	4	4.6
Comercio	1	1.1
Empleado	28	32.5
Estudiante	2	2.3
Profesionista	12	13.8
Técnico	2	2.3
Profesor	17	19.5
Enfermero	1	1.1
Bailarín	2	2.3
Académico	6	6.9
Policía	2	2.3
Jubilado	5	5.7
Secretaria	1	1.1
Actor	1	1.1
Investigador	1	1.1
Pensionado	2	2.3
Total	87	100.0

<b>Tabla 5</b>		
<b>Vive con</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia (esposo e hijos)	9	10.3
Amigo	3	3.4
Familia nuclear (padres/hnos.)	26	29.9
Pareja	11	12.6
Solo	27	31.3
Hermano	2	2.3
Hijos	1	1.1
Madre	6	6.9
Compañero	1	1.1
Padres	1	1.1
Total	87	100.0

Además de las variables anteriores, también se obtuvieron datos para las siguientes categorías:

La duración de la enfermedad o el tiempo que los pacientes llevan siendo portadores de VIH la media fue de 4 años con una desviación estándar de 3.9229.

El tiempo de asistir a consulta tuvo una media de 1 año 9 meses y una desviación estándar de 1.310.

En cuanto a los medicamentos no se realizó un análisis por número de casos y esquema antirretroviral, sin embargo fueron agrupados por categorías:

<b>Tabla 6</b>		
<b>Medicamentos</b>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ITRAN+ITRAN+IP	73	83.7
ITRAN+ITRAN+IP+IP	10	11.9
ITRAN+ITRAN+ ITRnAN	2	2.2
ITRAN	1	1.1
ITRAN+ ITRAN	1	1.1
Total	87	100.0

ITRAN= Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos  
 ITRnAN= Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Análogos de Nucleósidos  
 IP= Inhibidores de Proteasa

<b>Tabla 7</b>		
<b>Síntomas asociados al medicamento</b>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Asintomático	32	36.7
Dolor hepático	1	1.1
Molestias		
Gastrointestinales	37	43.1
Neuropatía	3	3.4
Resequedad en la piel	1	1.1
Cansancio	3	3.4
Mareo	1	1.1
Sangrado	1	1.1
Dolor renal	3	3.4
Pigmentación de la piel	1	1.1
Poco control de esfínteres	1	1.1
Dolor de cabeza	2	2.3
Ronchas, comezón	1	1.1
Total	87	100.0

<i>Tabla 8</i>		
<b>Cumplimiento con el tratamiento antirretroviral</b>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	7	8.0
Sí	80	92.0
Total	87	100.0

Con el fin de probar cual de las variables predice la adherencia se realizó el análisis de regresión múltiple obteniendo los resultados que se muestran en las siguientes tablas:

**Tabla 9**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Adherencia Total vs Afro 1 (Flexibilidad de afrontamiento), Afro 2 (Afrontamiento dirigido a lo positivo), Afro 3 (Pensamiento mágico), Afro 4 (Distanciamiento), Afro 5 (Afrontamiento dirigido al problema), Afro 6 (Revaloración positiva) y Afro Total.

Variables	Media	Desviación estándar	Adh. Total	Afro 1	Afro 2	Afro 3	Afro 4	Afro 5	Afro 6	Afro Total
Adh.Total	156,3678	10,8757	1,000	-,047	,205	,046	-,252	,109	-,031	,056
Afro 1	33,4253	5,5607		1,000	,649	,425	,276	,469	,452	,811
Afro 2	35,2759	6,4550			1,000	,370	,130	,532	,391	,803
Afro 3	20,4598	4,8292				1,000	,327	,441	,506	,707
Afro 4	12,4368	2,5229					1,000	,299	,191	,428
Afro 5	22,4828	5,1124						1,000	,415	,763
Afro 6	7,6552	2,8564							1,000	,649
Afro Total	131,74	19,94								1,000

P < .05

**Tabla 10**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Adherencia Total vs Loc 1 (Fatalismo/suerte), Loc 2 (Poderosos del macro cosmos), Loc 3 (Afectividad), Loc 4 (Internalidad Instrumental), Loc 5 (Poderosos del micro cosmos), y Loc total

Variables	Media	Desviación estándar	Adh. Total	Loc 1	Loc 2	Loc 3	Loc 4	Loc 5	Loc Total
Adh.Total	156,3678	10,8757	1,000	-,303	-,092	-,054	-,224	-,267	-,161
Loc 1	30,0345	8,0845		1,000	,462	,539	-,065	,653	,791
Loc 2	31,9310	9,9133			1,000	,186	,065	,625	,766
Loc 3	23,5287	6,2372				1,000	,178	,445	,653
Loc 4	42,0805	5,8652					1,000	,036	,295
Loc 5	21,7241	5,9975						1,000	,827
Loc Total	149,2989	24,7439							1,000

P < .05

**Tabla 11**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Adherencia Total vs Variables Sociodemográficas

Variables	Media	Desviación estándar
1. Adherencia Total	156,3678	10,8757
2. Edad	38,60	8,81
3. Sexo	,89	,32
4. Escolaridad	5,05	1,52
5. Estado civil	1,57	1,27
6. Ocupación	7,09	3,81
7. Vive con	3,83	2,14
8. Duración de la enfermedad	4,0123	3,9229
9. Tiempo de asistir a consulta	1,911	1,310
10. Medicamentos	5,44	4,52
11. Síntomas asociados a los fármacos	4,59	3,85
12. Tratamiento antirretroviral	,92	,27
13. Carga Viral	6003893,63	5086099,2
14. CD4	326,47	284,44

Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	,276	-,094	,086	,133	,190	-,045	-,082	,021	-,160	-,002	,229	,152	,113
2		1,000	-,095	-,073	,263	,525	,047	,163	,170	,005	-,248	,121	,177	-,038
3			1,000	,441	-,463	,009	,106	,147	,061	-,125	-,020	-,107	,043	-,267
4				1,000	-,110	-,103	,089	,062	,019	-,022	-,088	,317	,155	-,007
5					1,000	-,064	,178	,001	-,065	,184	-,150	,068	-,054	,043
6						1,000	-,015	,175	,352	,035	-,191	-,205	,142	-,043
7							1,000	,004	-,108	-,017	-,061	,016	,060	-,074
8								1,000	,518	-,066	-,012	-,195	,155	-,068
9									1,000	,013	-,061	-,108	-,084	,089
10										1,000	,135	-,150	-,086	-,176
11											1,000	,067	,056	-,062
12												1,000	,035	,110
13													1,000	,053
14														1,000

P < .05

Con el fin de determinar si cada uno de los factores de adherencia (Adh. del 1 al 5) podrían relacionarse de manera predictora con las variables sociodemográficas, se realizaron los análisis correspondientes, encontrándose los siguientes resultados:

**Tabla 12**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Adherencia Terapéutica vs Variables Sociodemográficas

Variables	Media	Desviación estándar
1. Adherencia Terapéutica	28,9885	2,9353
2. Edad	38,60	8,81
3. Sexo	,89	,32
4. Escolaridad	5,05	1,52
5. Estado civil	1,57	1,27
6. Ocupación	7,09	3,81
7. Vive con	3,83	2,14
8. Duración de la enfermedad	4,0123	3,9229
9. Tiempo de asistir a consulta	1,911	1,310
10. Medicamentos	5,44	4,52
11. Síntomas asociados a los fármacos	4,59	3,85
12. Tratamiento antirretroviral	,92	,27
13. Carga Viral	603893,63	5086099,2
14. CD4	326,47	284,44

Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	,237	-,125	-,149	,070	,223	-,117	-,232	,095	-,099	-,005	,173	-,056	,049
2		1,000	-,095	-,073	,263	,525	,047	,163	,170	,005	-,248	,121	,177	-,038
3			1,000	,441	-,463	,009	,106	,147	,061	-,125	-,020	-,107	,043	-,267
4				1,000	-,110	-,103	,089	,062	,019	-,022	-,088	,317	,155	-,007
5					1,000	-,064	,178	,001	-,065	,184	-,150	,068	-,054	,043
6						1,000	-,015	,175	,352	,035	-,191	-,205	,142	-,043
7							1,000	,004	-,108	-,017	-,061	,016	,060	-,074
8								1,000	,518	-,066	-,012	-,195	,155	-,068
9									1,000	,013	-,061	-,108	-,084	,089
10										1,000	,135	-,150	-,086	-,176
11											1,000	,067	,056	-,062
12												1,000	,035	,110
13													1,000	,053
14														1,000

P < ,05

**Tabla 13**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Resistencia al cambio vs Variables Sociodemográficas

Variables	Media	Desviación estándar
1. Resistencia al cambio	25,3908	2,7760
2. Edad	38,60	8,81
3. Sexo	,89	,32
4. Escolaridad	5,05	1,52
5. Estado civil	1,57	1,27
6. Ocupación	7,09	3,81
7. Vive con	3,83	2,14
8. Duración de la enfermedad	4,0123	3,9229
9. Tiempo de asistir a consulta	1,911	1,310
10. Medicamentos	5,44	4,52
11. Síntomas asociados a los fármacos	4,59	3,85
12. Tratamiento antirretroviral	,92	,27
13. Carga Viral	603893,63	5086099,2
14. CD4	326,47	284,44

Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	,107	-,053	,311	,021	,149	-,053	-,096	,066	,022	,099	,363	,165	,074
2		1,000	-,095	-,073	,263	,525	,047	,163	,170	,005	-,248	,121	,177	-,038
3			1,000	,441	-,463	,009	,106	,147	,061	-,125	-,020	-,107	,043	-,267
4				1,000	-,110	-,103	,089	,062	,019	-,022	-,088	,317	,155	-,007
5					1,000	-,064	,178	,001	-,065	,184	-,150	,068	-,054	,043
6						1,000	-,015	,175	,352	,035	-,191	-,205	,142	-,043
7							1,000	,004	-,108	-,017	-,061	,016	,060	-,074
8								1,000	,518	-,066	-,012	-,195	,155	-,068
9									1,000	,013	-,061	-,108	-,084	,089
10										1,000	,135	-,150	-,086	-,176
11											1,000	,067	,056	-,062
12												1,000	,035	,110
13													1,000	,053
14														1,000

P < .05

**Tabla 14**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Prevención primaria ó educación para la salud vs Variables Sociodemográficas

Variables	Media	Desviación estándar
1. Prevención primaria ó educ. p/salud	27,8391	2,1774
2. Edad	38,60	8,81
3. Sexo	,89	,32
4. Escolaridad	5,05	1,52
5. Estado civil	1,57	1,27
6. Ocupación	7,09	3,81
7. Vive con	3,83	2,14
8. Duración de la enfermedad	4,0123	3,9229
9. Tiempo de asistir a consulta	1,911	1,310
10. Medicamentos	5,44	4,52
11. Síntomas asociados a los fármacos	4,59	3,85
12. Tratamiento antirretroviral	,92	,27
13. Carga Viral	603893,63	5086099,2
14. CD4	326,47	284,44

Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	,209	-,127	-,110	,046	,048	,019	-,046	,043	-,214	,036	,115	,074	-,076
2		1,000	-,095	-,073	,263	,525	,047	,163	,170	,005	-,248	,121	,177	-,038
3			1,000	,441	-,463	,009	,106	,147	,061	-,125	-,020	-,107	,043	-,267
4				1,000	-,110	-,103	,089	,062	,019	-,022	-,088	,317	,155	-,007
5					1,000	-,064	,178	,001	-,065	,184	-,150	,068	-,054	,043
6						1,000	-,015	,175	,352	,035	-,191	-,205	,142	-,043
7							1,000	,004	-,108	-,017	-,061	,016	,060	-,074
8								1,000	,518	-,066	-,012	-,195	,155	-,068
9									1,000	,013	-,061	-,108	-,084	,089
10										1,000	,135	-,150	-,086	-,176
11											1,000	,067	,056	-,062
12												1,000	,035	,110
13													1,000	,053
14														1,000

P < .05

**Tabla 15**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Relación médico-paciente vs Variables Sociodemográficas

Variables	Media	Desviación estándar
1. Relación médico-paciente	40,5517	5,2402
2. Edad	38,60	8,81
3. Sexo	,89	,32
4. Escolaridad	5,05	1,52
5. Estado civil	1,57	1,27
6. Ocupación	7,09	3,81
7. Vive con	3,83	2,14
8. Duración de la enfermedad	4,0123	3,9229
9. Tiempo de asistir a consulta	1,911	1,310
10. Medicamentos	5,44	4,52
11. Síntomas asociados a los fármacos	4,59	3,85
12. Tratamiento antirretroviral	,92	,27
13. Carga Viral	603893,63	5086099,2
14. CD4	326,47	284,44

Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	,156	-,100	-,095	,084	,086	-,072	-,042	-,056	-,218	-,001	,096	,079	-,052
2		1,000	-,095	-,073	,263	,525	,047	,163	,170	,005	-,248	,121	,177	-,038
3			1,000	,441	-,463	,009	,106	,147	,061	-,125	-,020	-,107	,043	-,267
4				1,000	-,110	-,103	,089	,062	,019	-,022	-,088	,317	,155	-,007
5					1,000	-,064	,178	,001	-,065	,184	-,150	,068	-,054	,043
6						1,000	-,015	,175	,352	,035	-,191	-,205	,142	-,043
7							1,000	,004	-,108	-,017	-,061	,016	,060	-,074
8								1,000	,518	-,066	-,012	-,195	,155	-,068
9									1,000	,013	-,061	-,108	-,084	,089
10										1,000	,135	-,150	-,086	-,176
11											1,000	,067	,056	-,062
12												1,000	,035	,110
13													1,000	,053
14														1,000

P < .05

**Tabla 16**

Media, Desviación estándar e intercorrelaciones entre Representaciones mentales de enfermedad vs Variables Sociodemográficas

Variables	Media	Desviación estándar
1. Represent. mentales de enfermedad	40,5517	5,2402
2. Edad	38,60	8,81
3. Sexo	,89	,32
4. Escolaridad	5,05	1,52
5. Estado civil	1,57	1,27
6. Ocupación	7,09	3,81
7. Vive con	3,83	2,14
8. Duración de la enfermedad	4,0123	3,9229
9. Tiempo de asistir a consulta	1,911	1,310
10. Medicamentos	5,44	4,52
11. Síntomas asociados a los fármacos	4,59	3,85
12. Tratamiento antirretroviral	,92	,27
13. Carga Viral	603893,63	5086099,2
14. CD4	326,47	284,44

Var.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	,129	,067	,287	,147	,101	,078	,088	-,009	,023	-,082	,051	,180	,179
2		1,000	-,095	-,073	,263	,525	,047	,163	,170	,005	-,248	,121	,177	-,038
3			1,000	,441	-,463	,009	,106	,147	,061	-,125	-,020	-,107	,043	-,267
4				1,000	-,110	-,103	,089	,062	,019	-,022	-,088	,317	,155	-,007
5					1,000	-,064	,178	,001	-,065	,184	-,150	,068	-,054	,043
6						1,000	-,015	,175	,352	,035	-,191	-,205	,142	-,043
7							1,000	,004	-,108	-,017	-,061	,016	,060	-,074
8								1,000	,518	-,066	-,012	-,195	,155	-,068
9									1,000	,013	-,061	-,108	-,084	,089
10										1,000	,135	-,150	-,086	-,176
11											1,000	,067	,056	-,062
12												1,000	,035	,110
13													1,000	,053
14														1,000

P < .05

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

Tal como se aprecia en los resultados en el caso de la validez y confiabilidad de los instrumentos psicométricos se encontró que las escalas obtuvieron niveles adecuados de confiabilidad, por lo que los resultados del presente estudio son válidos, aún cuando las características de la muestra fueron diferentes a las empleadas originalmente.

Únicamente el Inventario del (16 PF) obtuvo un nivel alfa bajo, pero ello se explica por el reducido número de sujetos para la cantidad de reactivos que comprende el instrumento.

Los resultados que se obtuvieron para cada escala también fueron satisfactorios ya que nos dan un panorama de las características más sobresalientes de la población en estudio.

La mayoría de los pacientes evaluados fueron hombres jóvenes, en edad productiva ya que la mayoría fueron empleados, el nivel de escolaridad que prevaleció fue de licenciatura, su estado civil solteros que viven con su familia nuclear o solos, con un tiempo promedio de vivir con la enfermedad de 4 años y de asistir a consultas de 1 año 9 meses, el 92% de los casos refirió cumplir con su esquema antirretroviral del cual el más comúnmente usado fue el que incluía dos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos (ITRAN) más un Inhibidor de la Proteasa (IP), los síntomas más comunes provocados por la utilización de este esquema medicamentoso fueron las molestias gastrointestinales.

Debido a que el Inventario del (16 PF) se tuvo que eliminar de los análisis estadísticos no se logró cumplir con el objetivo de indicar cuáles variables de personalidad determinan la adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo sí se logró identificar las variables

psicológicas en cuanto a afrontamiento y locus de control, tales como el Distanciamiento y Fatalismo/suerte como altamente relacionadas con la adherencia terapéutica, es decir que mientras los sujetos más evaden todo contacto con su enfermedad y la manera que implica vivir con ella, logran reducir la angustia que la misma enfermedad les genera pero aumentan el descuido de la misma y con ello la evolución de la enfermedad; a la vez mientras más creen en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores tales como la suerte o el destino menos lograrán tomar el control de la enfermedad ni de asumir la responsabilidad de llevar a cabo un adecuado cuidado de su enfermedad.

En cuanto a las variables médicas, las relacionadas con el uso de los medicamentos y el esquema antirretroviral en el cual se encontraban fueron los que tuvieron mayor relación con la adherencia terapéutica; es decir que los sujetos se apegan a su tratamiento siempre y cuando este no tenga modificaciones ó más complicaciones y mientras menos apoyo informativo ó de red social (quien les provea de solidaridad, consejo, atención, información, asistencia y protección) tengan, más difícil les será tener la actitud de compromiso ante el complejo tratamiento antirretroviral que tendrán que seguir, porque como se mencionó en la parte teórica el cumplimiento con el tratamiento nó sólo implica el tomar el medicamento en el día y hora adecuada sino también implica una serie de comportamientos encaminados a mejorar la calidad de vida en cuanto a modificación de hábitos dañinos, estilos de vida no productivos, etc.

Finalmente dentro de las variables sociodemográficas las que tuvieron mayor impacto fueron la edad y la escolaridad, es decir que mientras más jóvenes sean los sujetos habrá

una mayor colaboración activa y voluntaria reflejada en motivación, cambios de actitudes y de conducta con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado y mientras mayor sea el grado académico de los pacientes menos creencias, mitos, e información errónea les estorbarán para acercarse a su enfermedad, conocerla y vivir con ella de la mejor manera posible.

Desafortunadamente no se logró realizar un perfil psicológico tal como se había propuesto en los objetivos de la investigación, ya que no se pudo contar con los recursos de tipo estadístico para llevarlo a cabo sin embargo los resultados que se han presentado han sido estadísticamente significativos por lo que se acepta la hipótesis de investigación ya que se logró identificar la influencia ejercida por las variables psicológicas, médicas y sociodemográficas en la adherencia en los tratamientos farmacológicos.

En realidad muchos de los resultados encontrados en la presente investigación ya habían sido detectados en otros estudios sobre adherencia, lo que indica que no importa el padecimiento que sea ya que en el último de los casos lo que determina el grado de adherencia a los regímenes médicos dependerán de los estilos de afrontamiento de cada sujeto, el grado de apoyo social, el nivel de conocimiento y comprensión de la enfermedad y de lo que ella implica, el grado de comunicación y entendimiento que haya entre el paciente y el médico, la eliminación de mitos, creencias falsas en relación a los tratamientos, la posibilidad de tener un tratamiento sencillo y de que esté enterado de lo que puede llegarle a suceder etc.

### Ventajas y Desventajas:

Dentro de las ventajas que hubo para la realización de esta investigación se tienen las siguientes:

1. Desde antes de iniciarla se tenía a la muestra disponible y con voluntad de participar
2. El espacio para la realización de la misma fue adecuado y fueron mínimas las dificultades para poder trabajar
3. Los instrumentos psicométricos se obtuvieron con relativa facilidad

Dentro de las desventajas las que predominaron fueron:

1. El inventario de los (16PF) incluía demasiadas preguntas lo que impidió que varios pacientes lo completaran y entregaran la batería completa
2. Este mismo inventario no contaba con las normas adecuadas para la población mexicana lo que hizo más difícil trabajar con este instrumento y lo que influyó en que se descartara de la investigación
3. Se incluyeron demasiadas variables independientes lo que hizo complicada la evaluación y la interpretación de los resultados

### Limitaciones:

En un inicio se había establecido completar una muestra de 150 pacientes adultos, portadores del VIH, de ambos sexos que se encontraran en tratamiento antirretroviral indistinto de por lo menos un mes de haberlo iniciado, que supieran leer y escribir y que acudieran a la Clínica de VIH/SIDA del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE; sin embargo en el transcurso de la investigación sólo se lograron incluir 115 sujetos debido a que algunos pacientes no cubrían los criterios de inclusión y otros se negaron a participar argumentando que ya habían contestado muchos cuestionarios para diferentes personas y que ya estaban cansados de tantas pruebas tan largas complicadas y tediosas de las cuales nunca les habían dado algún resultado.

De estos 115 sujetos únicamente 87 completaron toda la batería psicológica, de los 28 restantes que ya no se incluyeron en la investigación 4 personas entregaron sólo una prueba y les faltó completar tres, 1 entregó dos, 5 entregaron tres, y 18 personas no entregaron ninguna.

Dentro de las dificultades que se encontraron para que los pacientes no entregaran completa su batería fueron:

1. Que eran varias pruebas demasiado largas y que no les había dado tiempo de terminarlas, por lo que en ocasiones entregaban una o dos pruebas comprometiéndose a que en su próxima cita llevarían las restantes.

2. En la siguiente cita las habían olvidado en su trabajo o en su casa y comentaban que no podrían llevarlas en los siguientes días porque algunos eran pacientes foráneos (Chilpancingo, Cuautla, Chiapas, Veracruz, etc.) o porque no tendrían tiempo.

3. A diez de estos pacientes se les proporcionó la dirección del hospital con el fin de que enviarán sus pruebas resueltas por medio de correo de las cuales sólo llegó una.

4. Otros pacientes decidieron no entregarlas porque afirmaban no tener ningún problema con la adherencia hacia los fármacos y por lo tanto lo que ellos contestaran no serviría de nada. Muchos de ellos temían ser evaluados por medio de pruebas psicológicas y aunque se les aclaró que se obtendrían los resultados por medio de análisis estadísticos globales se negaron a responderlas.

5. Se extraviaron cuatro baterías completas ya que fueron entregadas a personas ajenas a la Clínica.

De acuerdo al procedimiento inicial se había planeado que la aplicación de los instrumentos se llevaría a cabo en 2 sesiones de tipo grupal por las mañanas y por las tardes con duración de una hora cada una y tendrían lugar en el consultorio de la clínica, sin embargo no se pudo continuar con este procedimiento debido a que por las mañanas el consultorio estaba ocupado y por las tardes solamente un paciente acudió a la cita, por lo que se optó por aplicarles los instrumentos los días que acudían a consulta antes de pasar a ella, en la sala de espera del hospital.

Al comienzo de la investigación se había convenido dividir a los 150 pacientes (tamaño inicial de la muestra) en tres órdenes diferentes de aplicación de los instrumentos, con el fin de contrabalancear los efectos del cansancio de las pruebas, pero esto no pudo llevarse a cabo debido a que cuando los pacientes regresaban los instrumentos, éstos no estaban en el orden en el que se les había entregado y al preguntarles cuál de todas las pruebas había sido la que contestaron primero, algunos referían que las habían leído antes y decidieron contestarlas por la que a ellos les parecía la más fácil, otros por la que les parecía más interesante y otros por la que vieron primero sin fijarse en el orden, pocos fueron los pacientes que siguieron el orden propuesto en un inicio. Por este motivo no fue posible tener un control en cuanto al orden de las pruebas y no se pudo conocer el efecto del cansancio que ejercieron éstas en los pacientes.

Por otra parte, otra limitación que se presentó en la realización de la investigación fue que los instrumentos psicométricos utilizados fueron varios y estos constaban de muchos reactivos particularmente el cuestionario de los 16 factores de la personalidad; motivo por el cual los pacientes se rehusaban a participar o también a que fuera la causa de que no devolvieran la batería completa.

### Propuestas a futuro.

Sería conveniente realizar este estudio en otro tipo de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos para evaluar que factores se mantienen, cuales son los que se modifican y por qué ocurre esto.

Con respecto a los resultados obtenidos es de gran importancia implementar algún tipo de intervención que se encamine en primer lugar a informar a los pacientes acerca de su padecimiento, crearles una conciencia de lo que es y lo que implica su tratamiento, eliminar dudas, mitos y temores que pudieran tener de su estado de salud actual

En segundo lugar ayudar a los pacientes a fortalecer su autoestima a recuperar la confianza en sí mismos, disminuir su nivel de ansiedad e inseguridad que tienen debido a su padecimiento, mismos que han adquirido a lo largo de su vida y que el VIH vino a reforzar y

Tercero, reforzar los logros que han alcanzado para mejorar su calidad de vida y fomentar que los pacientes emocionalmente estables sigan manteniendo esa condición de vida para beneficio no sólo de su salud física sino también mental.

Este tipo de intervención podría llevarse a cabo ya sea individual o grupalmente y sería bueno que pudieran participar también los familiares o aquellas personas en quienes los pacientes depositen su confianza.

## REFERENCIAS

American Psychological Association. (1998). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. México: Autor.

Abbott, J., Dodd, M. y Webb, K. (1996). Health perceptions and treatment adherence in adults with cystic fibrosis. Thorax, 51, p.p. 1233-1238.

Aburto, G. C. y Gamundi, P. G. (1997). La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. Psicología y Salud, 10, p.p. 37-44.

Adler, M. (1998). ABC del SIDA. México: BMJ Latinoamérica.

Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Test Psicológicos. México: Prentice Hall.

Ayuso, M. (1997). Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA. México: McGraw-Hill Interamericana.

Bayés, R. (1994). SIDA y Psicología: Realidad y perspectivas. Revista de Psicología General y Aplicada, 47 (2), p.p.125-127.

Brannon, L y Feist, J. (1997) Health Psychology an introduction to behavior and health. (Third Edition). New York. ITP

Brown, J. y Fitzpatrick, R. (1988). Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients. Journal of psychosomatic research, 32, (2), pp 191-196.

Buela-Casal, G., Caballo, V. E. y Sierra, J.C. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. México-España: Siglo XXI.

Campbell, P., Díaz, L., Osborne, N., O'Farrell, V., Moss, A., Kibble, P., Bacon, S. y Waldron. (1998) Psychological factors and adherence to combination therapies. A pilot study. Trabajo presentado en la 12 th World AIDS Conference. Geneva, June 28 - July 3. Abstracts International, 24282.

Cattell, R.B., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1980). Cuestionario de los 16 factores de la personalidad. (5ª ed.). México: El Manual Moderno.

XIII Conferencia Internacional sobre SIDA, la ciencia a debate. (2000, 3 de Agosto). La Jornada Letra S, 49. (suppl.) p.p. 4.

Consenso 1998 para la atención de pacientes adultos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (1998). [Folleto]. Grupo del Consenso AMIM-VIH-1, México: Autor.

Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (1994). Teorías de la personalidad (3ª ed.). México: Trillas.

Chesney, M. A., Ickovics, J., Hecht, F. M., Sikipa, G. y Rabkin, J. (1999). Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. AIDS, 13 (Suppl. A), p.p. S271 - S278.

Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G. y Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. Cognitive Therapy and Research, 20, (4), p.p. 411- 421.

Del Rey, C. y Calvo, F. (1998). Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción. México: Harcourt Brace.

Del Rio-Chiriboga, C. (1996). Tratamientos para el SIDA y padecimientos asociados: costo y efectividad. Gaceta médica de México, 132 (1), p.p.77-82.

Díaz-Loving, R. y Torres, M. (1999). Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: Facultad de Psicología, UNAM, Miguel Angel Porrúa.

Gerald, H., Friedland, M. y Williams, R. (1997). El cumplimiento: Talón de Aquiles de una terapia antirretroviral altamente activa. Actualizaciones en SIDA 5, (18). Pp.262-276.

González-Canali, G. (1994). Prescripciones que transforman la vida. Transcriptase, 26, p.p. 1, 14 -17.

Gorna, R (1999) Envolving treatment paradigms: impacts on AIDS- affected communities. Trabajo presentado en el 4o congreso AIDS Impact. Biopsychosocial Aspects of HIV Infection. Ottawa Canadá July 15 - July 18.

Guardiola, J. y Soriano, V. (1999). Tratamiento de la infección por VIH/SIDA fármacos y combinaciones. Barcelona: Publicaciones Permanyer.

Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales en pacientes con infección por el VIH/SIDA. (2000). [Folleto]. AMMVIIH, A.C., México: Autor.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.

Izazola, L., Astarloa, L., de Mattos, D. y Saavedra, J. (2000). El acceso a medicamentos antirretrovirales en países de ingreso mediano de América Latina. México: Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC y ONUSIDA.

La Rosa, J. (1986). Construcción y validación de la escala de autoconcepto y locus de control. Tesis Doctoral en Psicología Social. México: UNAM.

La Rosa, J. (1988). Locus de Control: Una escala multidimensional. Revista de Psicología Social y Personalidad, 4, (2), p.p. 43-64.

Latorre, P. J. M. (1995). Ciencias psicosociales aplicadas I. México: Síntesis.

Latorre P, J. M. (1995). Ciencias Psicosociales aplicadas II. México: Síntesis.

Latorre, P. J.M. (1992). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Lumen.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Luengas, A.Y. y Rivas, V. J. (1997). Consentimiento informado y prescripción de medicamentos. Psicología y Salud, 10, p.p. 93-99.

Magis, R. C., Bravo, G. E. Anaya, L. L. y Uribe, Z. P. (1998, noviembre-diciembre). La situación del SIDA en México a finales de 1998.[27 párrafos]. Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas. [Serie en red], 18 (6). Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/arts/eim/sida98.htm>

Main, J., Moyle, G., Peters, B. y Coker, R. (1997). Lo que todos debemos saber sobre el VIH y el SIDA. [Folleto]. México: Mediscript Ltd.

Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Morales-Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. México: Paidós.

Moyle, G., y Gazzard, B. (1997). Los marcadores subrogados les proporcionan ahora a los médicos los mejores medios para manejar la terapia antirretroviral: El argumento a favor. British Medical Journal, 5, p.p. 40-42.

Pascual, O. y Ballester, A. (1997). La práctica de psicología de la salud. Programas de intervención. Valencia: Promolibro.

Paz, R. F. (1999). La adherencia terapéutica a tratamientos médicos mediante una encuesta de opinión. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM: México.

Ponce de León-Rosales, S., Rangel-Frausto, S., Vázquez-de la Serna, A., Huertas, M. y Martínez-Abaroa, C. (1996). La calidad de la atención médica en pacientes con SIDA. Gaceta Médica de México, 132 (1), p.p. 57-61.

Rodríguez, O. G. (1999). Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica. México: Facultad de Psicología, UNAM y Miguel Ángel Porrúa

Rodríguez, P. M. y Montiel, A. M. (1986). El autoregistro como factor determinante en el incremento de la adherencia terapéutica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM: México.

Royo, A. (1997). Congreso sobre SIDA en Hamburgo actualidad terapéutica. British Medical Journal, 5, p.p. 13.

Sarafino, E. P. (1998). Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. (Third Edition). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Scott-Lennox, J.F., Braun, J.E., Morrow, K., Lawson, R., Tirelli, D., Dietrich, P., Hergenroeder, S., Kreiswirth, A. McMeeking, M., Mullen, K. y Weiz. (1998) Development of the HIV Treatment Satisfaction Survey (HTSS) to improve adherence and quality of outpatient care. Trabajo presentado en la 12th. World AIDS Conference. Ginebra, June 28 - July 3. Abstracts International 12445.

SIDA Hoy. (2000). México: Amigos contra el SIDA A.C.

Sierra-Madero, J. (1995). Atención de la persona infectada por VIH. Salud pública de México, 37, p.p. 520-524.

Sotelo, A. C. y Maupomé S. V. (2000). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.

Valdespino, G. J., García, G. M., Del Rio, Z. A., Loo, M. E., Magis-Rodríguez, C. y Salcedo-Alvarez, R. A. (1995, noviembre-diciembre). Epidemiología del SIDA/VIH en México.[200 párrafos]. Salud Pública de México. [Serie en red], 37 (6). Disponible en : <http://www.ssa.gob.mx/conasida/arts/spm/valdesp1.htm>

Visauta, V. B. (1997). Análisis estadístico con SPSS para windows. Estadística básica. México: McGrawHill.

Visauta, V. B. (1998). Análisis estadístico con SPSS para windows. Volumen II, estadística multivariable. México: McGrawHill.

Uribe, Z. y Ponce de León, R. (2000). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. (4a. ed.) México: CONASIDA.

Weiner, I. B. (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa, Noriega.

Wiebe, J. S. y Christensen, A. J. (1996). Patient adherence in chronic illness: Personality and coping in context. Journal of personality, 64, (4), p.p.815- 835.

Wood, B. e Ilaria. (1998) Ensuring adherence: a patient-team model. Trabajo presentado en la 12<sup>th</sup> World AIDS Conference. Ginebra, June 28 - July 3 1998. Abstracts international 24286.