



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MODO DE TITULACIÓN: TESIS APLICADA

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO
ADHERENTE A TRATAMIENTOS CONTRA EL VIH/SIDA**

BOLAÑOS CRUZ VICTOR OSCAR

GENERACIÓN: 2010 - 2013

DIRECTORA DE TESIS: MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Aquí doy por terminada mi Tesis de Licenciatura gracias a Krishna.

A mi papás, doy gracias por todo su apoyo en todo, así les parezca correcto o no, siempre han estado ahí dándome ese gran apoyo que hoy se ve reflejado en este trabajo y aun falta un poco más de camino por recorrer y se que siempre podre contar con ustedes, los amo.

A mis dos hermanos, muchas gracias por ser ustedes mi ejemplo para seguir siempre adelante sin importar nada y perseguir sus sueños.

A mis tías y tíos, no tengo mayor agradecimiento más que dejando en sus manos este trabajo que es el fruto de su apoyo y en especial a mi Tía Frank por darme su apoyo en todo momento en muchos aspectos, gracias tía, Peque y Marco, por su confianza y ayuda, Tía María Asunción por creer en mi.

Gracias a Ivonne, mi pareja quien me apoyo y me hizo seguir adelante con tu apoyo y consejos, te lo agradezco mucho.

Quiero agradecerles a Raúl, Isaac, Carolina, Verónica, Mario, Diego, Jaime, Alejandro, Alejandro Morón, Odette, Lizbeth y a Jessica, por ser mis hermanos por elección, les agradezco de forma infinita su gran apoyo que siempre me han brindado y aun nos queda una vida por delante juntos.

A mi asesora de Tesis Cristina Bravo, por apoyarme y ayudarme en el proceso de la tesis, por asesorarme y corregirme para que se entregara un buen trabajo, muchas gracias.

Por último y no menos especial a mi Abuela Salustia, quien ya no se encuentra con nosotros, pero a ella por ser tan grande en mi vida y que todo este trabajo y esfuerzo es dedicado a ella y si he logrado todo esto y todo lo que viene es por su gran amor.

Gracias a todos y cada uno de los participantes que hayan accedido o no, ya que me enseñaron que no importa que uno tenga una enfermedad como lo es el VIH/SIDA, siempre es un buen día para seguir disfrutando de la vida y no perder de vista nuestros objetivos.

Al Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” quiero agradecer por permitirme entrar a sus instalaciones y poder realizar dicho trabajo al igual que al Dr. Antonio Mata por ayudarme mientras asistí al Hospital.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
1. Generalidades del VIH/SIDA	9
1.1 Definición, síntomas y etiología	9
1.2 Factores de riesgo	11
1.3 Prevalencia del VIH/SIDA en México	13
1.4 Estudios diagnósticos	15
1.5 Tratamientos para el VIH/SIDA	16
1.6 Implicaciones psicológicas del VIH/SIDA	18
2. Definición del concepto de Adherencia Terapéutica	23
2.1 Diferencias entre adherencia terapéutica e incumplimiento	26
2.2 Modelo explicativo de la conducta adherente	29
2.3 Conductas y factores que promuevan una adherencia al tratamiento	32
2.3.1 Factores Conductuales que promueven la adherencia terapéutica	33
2.3.1.1 Estilo de vida	33
2.3.1.2 Relación terapeuta – paciente	34
2.3.1.3 Efectos colaterales y aversivos	35
2.3.1.4 Complejidad del programa	36
2.3.1.5 Factores sociológicos	37
2.3.2 Factores cognitivos que influyen en la adherencia terapéutica	38
2.3.2.1 Creencias sobre la enfermedad	38
2.3.2.2 Emocionales	40
2.3.2.3 Motivación	40

2.3.2.4 Normas, valores e historia	41
2.3.3 Factores fisiológicos que influyen en la adherencia terapéutica	42
2.3.3.1 Grado de severidad de los síntomas de la enfermedad	44
2.3.3.2 Duración de los síntomas	44
2.3.3.3 Grado de limitación de los síntomas	45
2.3.3.4 Grado de afección y daño	45
2.4 Papel del Psicólogo en la promoción de la adherencia terapéutica	46
2.5 Entrenamiento en técnicas para favorecer la adherencia terapéutica	50
2.5.1 Autocontrol	51
2.5.2 Técnica de reestructuración cognitiva	53
2.5.3 Técnica de resolución de problemas	55
3. Investigación: Análisis de los factores que influyen en el comportamiento adherente a tratamientos contra VIH/SIDA.	58
Participantes	58
Escenario	58
Materiales	59
Descripción de los instrumentos	59
Procedimiento	60
Resultados	61
Discusión y conclusión	79
Bibliografía	88
Anexos	94

RESUMEN

El VIH/SIDA está considerada como una enfermedad crónico-degenerativa. Un problema que presentan los pacientes con este virus, es el apego al tratamiento antirretroviral y el alto costo que éste implica a las Instituciones de salud en México. Han existido varios modelos que estudian la adherencia terapéutica, pero el modelo de Información – Motivación y Habilidades Conductuales, ha tenido gran éxito en demostrar este fenómeno de incumplimiento terapéutico. El objetivo de esta tesis es el evaluar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica para poder reconocer los que tienen una mayor influencia en el incumplimiento terapéutico en pacientes con VIH/SIDA en primera línea de tratamiento en pacientes del Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández”. En esta investigación participaron 204 pacientes diagnosticados con VIH, los cuales respondieron una batería compuesta por una encuesta sociodemográfica, un autoreporte de adherencia, el cuestionario Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire (LW-IMB-ART), Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) y Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAR-VIH). Se obtuvieron las pruebas de laboratorio de carga viral y CD4. Como resultado se obtuvo que las relaciones de las variables independientes que fueron las sociodemográficas (edad, meses, sexo, estudios, ingresos mensuales, drogas) y los exámenes de laboratorio (CV y CD4+) con cada prueba, además se demostró que tal como dice la teoría, el apartado de habilidades conductuales fue el que mayor relación tuvo con las Sociodemográficas, así como la sintomatología depresiva tuvo gran relación con estas mismas variables. Concluyendo que hay factores como la Información, habilidades conductuales y depresión, que se ven influenciadas por las variables sociodemográficas para poder tener niveles altos de adherencia terapéutica, y así poder enfocar las intervenciones de los grupos de adherencia a estos factores y tener menores niveles de incumplimiento terapéutico.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, factores explicativos, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

Desde los años ochenta del siglo pasado los sectores de salud en México han propuesto modelos para estudiar y determinar cuáles son las variables determinantes para que un paciente tenga buena adherencia a tratamientos contra enfermedades crónicas, como la hipertensión, la diabetes, el cáncer, entre esas variables la que resalta es la ingesta de los medicamentos. En esta misma década comienza a ser noticia a nivel mundial una enfermedad que estaba cobrando vidas de una forma abrupta: el VIH/SIDA.

En la actualidad, la sociedad humana se encuentra expuesta a un sin número de virus, los cuales representan una amenaza a la salud. Siendo así el VIH/SIDA un virus que se ha propagado infectando a muchas personas y dando como resultado una tasa alta e personas infectadas, ya que datos recabados en el 2009 en México existen 220 00 adultas infectadas por el virus del VIH/SIDA (Córdoba, Hernández, Izazola, Rodríguez, García y Hernández, 2009).

Al ser una gran amenaza para la salud, el Estado se ha visto en la necesidad de solventar la demanda de Antirretrovirales para combatir al virus, haciendo una gran inversión económica en los tratamientos. Sin embargo, se ha observado que los pacientes no presentan una adecuada adherencia a sus tratamientos, representando un problema económico, tanto al Estado como dentro de sus círculos familiares, y a las instituciones de salud pública.

El tratamiento Antirretroviral, por sus características intrínsecas, es un método complicado por la cantidad de medicamento usado al día por los efectos secundarios de estos, que hacen propensos a los pacientes a dejar los medicamentos aunque sea por periodos cortos. Cuando se prescribe el tratamiento se les da educación para la salud que incluye el funcionamiento de los fármacos para minimizar los efectos aversivos (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006). Pero hay otros factores que juegan un papel importante en la

adherencia al tratamiento, y que no se pueden descuidar, tales como los factores cognitivos, conductuales y fisiológicos, en donde este trabajo se centrará en identificarlos.

Es entonces, a partir de esta coyuntura que los psicólogos han realizado estudios dirigidos a la conducta adherente y los estudios han demostrado que hay evidencia que los modelos que tratan Información, Motivación y Habilidades Conductuales, el cual ha resultado muy útil para determinar y detectar las variables involucradas en la adherencia terapéutica hacia los medicamentos antirretrovirales (TARV). Este modelo toma en cuenta variables que se han retomado constantemente al estudiar la adherencia terapéutica, tales como son la carga viral, conteo de CD4 en la sangre, el seguimiento de horarios y la toma correcta de la dosis prescritas.

EL trabajo se conforma de tres capítulos, en el primero se describen las generalidades del VIH/SIDA, tocando temas como definición, sintomatología, etiología, su prevalencia del virus en México, estudios diagnósticos, tratamientos e implicaciones psicológicas del virus. En el segundo capítulo se presenta la definición de adherencia terapéutica e incumplimiento, sobre los factores que promueven la adherencia terapéutica y por último en el tercer capítulo se describe el método, los resultados y su análisis, la discusión y conclusión de la investigación.

El objetivo de este trabajo es evaluar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica para poder reconocer los que tienen una mayor influencia en el incumplimiento terapéutico en pacientes con VIH en primera línea de tratamiento, ya que al poder identificarlos se podrá tener un conocimiento de los factores que intervienen en el incumplimiento de los TARV, ya que el abandonar o dejar que los medicamentos caduquen implica un costo tanto personal como económico para el paciente. Al mismo tiempo que al tener una adecuada adherencia terapéutica, el paciente podrá tener mejor calidad de vida y ésta misma

podrá prolongarse por más tiempo. También viene un costo económico para el sector salud del país, ya que dar de forma gratuita a sus usuarios, representa un gasto económico muy alto, como para que estos medicamentos no sean ingeridos y se desperdicien.

1. GENERALIDADES DEL VIH/SIDA

1.1 Definición, síntomas y etiología

El término de VIH/SIDA se entiende con las siguientes siglas: V – Virus.- Un virus solo puede reproducirse a sí mismo al hacerse cargo de una célula en el cuerpo de su huésped. I – Inmunodeficiencia.- el VIH debilita el sistema inmunológico mediante la destrucción de células importantes que combaten enfermedades e infecciones. El “deficiente” sistema inmunológico no puede proteger a la persona de otras infecciones y/o enfermedades como el cáncer. H – Humana.- este virus en particular solo puede infectar a los seres humanos.

Mientras que la palabra SIDA proviene de las iniciales de *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones, tumores y otros procesos (What is HIV/AIDS?, 2012).

En general SIDA, se define como presencia de enfermedad clínica consistente en infección oportunistas (como neumonía Por *Pneumocystis Carnii* “NPC”) neoplasias o ambos padecimientos; relacionados con inmunodeficiencias y ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana (Abbas, Lichtman y Pober, 2002).

En la etiología, Paslow, Stites, Terr e Imbodem en el 2001 mencionan que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se identificó en el año de 1981. Entre 1983 y 1984 se descubrió que el VIH es el agente causal de este síndrome. En 1985 se desarrollaron pruebas diagnósticas, para la detección de anticuerpos contra el VIH, por lo que se distinguen las características del virus, de las células que infecta y las múltiples consecuencias de la infección en el organismo. Por lo

que en 1987 en EUA se autoriza el uso de zidovudina como el primer medicamento antirretroviral para el tratamiento de la infección por VIH.

Se encontró que el VIH es de la familia de los retrovirus y del grupo de los lentivirus, los cuales no tienen transformación con un periodo de latencia prolongado desde la infección hasta el inicio de las manifestaciones clínicas. También se encuentra relacionado con el virus de inmunodeficiencias en simios (VIS). Hay dos tipos de VIH que a continuación se detallan:

- VIH – 1: es el más frecuente en África Central, EUA, Europa y Australia
- VIH – 2: Este se encuentra en la región occidental de África, en algunas partes de Europa y es menos común en otras partes (Paslow et al, 2001).

El VIH – 1 es la causa mas frecuente de SIDA, pero el VIH -2 que se diferencia en su estructura genómica y en su antigenicidad causa un síndrome similar.

Los síntomas encontrados en el VIH -1, el cual es mas común y muchos de estos síntomas se presentan en el VIH – 2, son agrupados en dos categorías (Abbas et al, 2002):

- Signos mayores:
 - Pérdida de peso – 10% del peso corporal.
 - Diarrea crónica – 1 mes.
 - Fiebre – 1 mes (intermitente o continua).

- Signos Menores:
 - Tos persistente – 1 mes.
 - Dermatitis pruriginosa generalizada.
 - Herpes zoster recurrente.
 - Candidiasis orofaríngea.
 - Infecciones por herpes simple crónica progresiva y diseminadas.
 - Linfadenopatía generalizada.

1.2 Factores de riesgo.

La epidemia del VIH/SIDA no deja de extenderse por todo el mundo como un verdadero y grave problema de salud pública. Los últimos datos de Joint United Nations Programme on HIV / AIDS (2006) muestran que son ya más de 40 millones de afectados en el planeta, de los cuales 13% son menores de 15 años. Mas de 3 millones de personas murieron el año pasado como consecuencia de esta enfermedad y el 16% de los fallecidos tenían menos de 15 años (Vinaccia, Quinceno, Milena, Soto, Gil y Ballester, 2007).

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220 000 personas adultas infectadas por el VIH (2009). La epidemia de SIDA en México se concentra en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia media del 15%. A continuación se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1%). Los clientes de las trabajadoras sexuales (0.6%), así como los hombres (0.5%) y mujeres (0.2%) heterosexuales registran cifras significativamente más bajas (Córdoba et al, 2009).

Esto denota que la transmisión por vía sexual es el principal factor de riesgo por el cual las personas contraen el virus de VIH. Sin embargo, existen otros factores de riesgo, ya que el VIH se encuentra en determinados fluidos del cuerpo humano. El VIH vive y se reproduce en la sangre y otros fluidos corporales. Sabemos que los siguientes fluidos corporales pueden contener y contagiar de VIH: sangre, semen, fluido pre-seminal, la leche materna, fluidos vaginales, fluido mucoso proveniente del recto y/o ano, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo (¿Cuáles fluidos corporales pueden transmitir el VIH?, 2013).

Así, es fácil identificar por medio de qué fluidos, es donde existe mayor riesgo de contraer el virus, en una considerable cantidad de Instituciones (Asociación Alemana de lucha contra el SIDA, Entidad Argentina de Lucha contra el SIDA, Entidad colombiana de lucha contra el SIDA, Asociación Costarricense por el acceso a los tratamientos contra el SIDA, Asociación Francesa de lucha contra el SIDA, Red Mundial de personas que viven con VIH/SIDA, Entidad Europea de personas cero positivas) en diferentes países del orbe se da cuenta de un hecho a todas luces preocupante: adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas, se trate de parejas estables u ocasionales y no usar efectiva o conscientemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración (Pina, 2004, como se cita en Vinaccia et al, 2007).

La transmisión del VIH/SIDA por vía sanguínea ha cesado. Sin embargo, el número de casos de personas que viven con VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables ha aumentado, principalmente en la región norte del país (Córdoba et al, 2009).

Aparte del riesgo del VIH asociado al uso compartido de agujas, se sabe que el alcohol y otras drogas pueden influir también en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga una infección por el VIH u otra Enfermedad de Transmisión Sexual. El consumo excesivo de alcohol reduce las inhibiciones, aumenta la agresión, reduce la capacidad de uso de la información importante aprendida acerca de la prevención del SIDA, y deteriora la capacidad de tomar decisiones respecto a la protección (Navarro y Vargas, 2003).

1.3 Prevalencia del VIH/SIDA en México.

La magnitud de la crisis del SIDA supera las peores previsiones realizadas hace una década. A finales del 2007, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 31.2 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones menores de 15 años. Cada día 7 400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, 2.7 millones de personas contrajeron la infección en 2009.

En México la respuesta ante el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ha sido firme. Los resultados de las continuas asociaciones que se han desarrollado desde 1983, año que se diagnosticó el primer caso en México; han permitido el control en México. La epidemia del VIH/SIDA se ha mantenido estable, con un bajo crecimiento durante la última década (Córdoba et al, 2009).

Para 1986 se creó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, estableciendo las normas para su diagnóstico, control y la prevención. Más tarde se creó el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA ahora considerado como CONASIDA. Organismo que entre algunas de sus funciones es llevar en registro epidemiológico de la enfermedad (Valdespino, Garcia, Del Rio, Cruz, Loo y López, 1995).

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que aun no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zona urbanas es inferior al 1%.

Para la transmisión perinatal se obtuvo el 2.2% de total de casos; y la categoría combinada de hombres que tienen sexo con otros hombres y que usan drogas inyectables es el 0.3%. en uno de cada tres casos (37.8%) se desconoce el factor de riesgo asociado.

En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, es decir que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH/SIDA en México. El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENESIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, han hecho estimaciones en la población mexicana y mencionan que existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH.

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades, de clase social debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores, tal es el caso de México.

Las diferencias de género son otra expresión de las desigualdades asociadas con la epidemia, puesto que son un componente central en las posibilidades de lograr posiciones socioeconómicas de mayor o menor privilegio. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que hombres transmitan el VIH a sus parejas sexuales mujeres y en mayor medida en contextos de pobreza.

En México se reportaron 23 802 casos de SIDA de marzo de 1983 al 1 de octubre de 1997, con una razón hombre/mujer de 6 a 1. Para ese mismo periodo, Jalisco, cuya capital es el estado de Guadalajara, era la tercera entidad federativa con más casos con un total del 11.5% de los casos (Monterrey ocupa el segundo lugar con un 18.2% y la Ciudad de México el primer puesto con un registro de 38.4% del total de casos en el país), con una tasa de incidencia de 65.4 por 100 000 habitantes. Del total de casos del país, 1.6% se ubicaron en el grupo de

adolescentes de 15 a 19 años de edad, grupo en el cual predominaba la vía de transmisión sexual (Caballero y Villaseñor, 2002)

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre del 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135 003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 5 a 1.

1.4 Estudios Diagnósticos

Para detectar el virus del VIH se realiza un estudio llamado ELISA (*Enzyme – Lynked Immuno Sorbent Assay*, Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Ezinmas), que es una técnica para detectar el antígeno p24 en suero o plasma, mediante estudios de inmunoabsorbencia ligado a enzimas, implica una técnica de disociación de ácido para separar el antígeno del complejo del anticuerpo – antígeno. El ELISA es muy sensible (99%) y específico (99% en población de riesgo elevado). Sin embargo cuando hay estudios positivos repetidos de ELISA se deben confirmar con pruebas de inmunotransferencia o menos frecuentemene con estudios de unmunodeficiencia. La prueba de Western Blot detecta los anticuerpos específicos dirigidos contra varias proteínas del VIH y es de inminotransferencia (Paslow et al, 2001).

Otra de las pruebas más utilizadas es la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH. Los anticuerpos son un tipo de proteína producida por el cuerpo en respuesta a la infección por el VIH. Esta prueba determina la existencia de anticuerpos contra este virus en la sangre, la orina o las secreciones de la boca de una persona. Por lo general, se necesitan 3 meses desde el momento de la infección para producir suficientes anticuerpos a tal punto que puedan detectarse con esta prueba (InfoSIDA, 2012).

La prueba de ARN plasmático del VIH (también llamada prueba de carga viral) permite detectar el VIH en la sangre de una persona al cabo de 9 días de la infección, antes de que el cuerpo produzca anticuerpos detectables contra el virus.

1.5 Tratamientos para el VIH/SIDA

La OMS (1998), ha presentado una atención considerable a las posibilidades del tratamiento supresivo con dosis más bajas en los pacientes seropositivos con síntomas o asintomáticos. Se han hecho grandes progresos en el desarrollo de medicamentos antirretrovirales que pueden interferir en la replicación del VIH, inhibiendo la transcriptasa inversa. Impiden la propagación del virus a las células no infectadas, pero no la replicación del VIH ya integrado en el genoma del huésped. En la actualidad, la zidovudina, la didanosina y la zalcitabina están prescritas como fármacos de primera línea en numerosos países desarrollados, pero su alto costo lo hace prohibitivos en los países en desarrollo.

La experiencia adquirida con la zidovudina indica que, aunque prolonga la vida del enfermo y puede incluso mejorar su calidad de vida, entre los pacientes tratados en el promedio de supervivencia a partir del diagnóstico de SIDA es inferior a 3 años.

En Jeang (2000), se hace mención que se ha llegado ya a un consenso firme en el sentido de que el tratamiento antiretroviral con zidovudina, administrado conjuntamente con el tratamiento específico de las infecciones oportunistas y de otro tipo, suele retrasar la evolución de la enfermedad – a menudo a un año o más – en los pacientes sintomáticos. Este efecto clínico va acompañado de una rápida disminución del título del virus en la sangre.

Se ha demostrado que el tratamiento con 500 – 600 mg diarios de zidovudina por vía oral administrados en varias dosis a intervalos de 4 horas a lo largo del día prolonga hasta 2 años la supervivencia de los pacientes que tienen el complejo

relacionado con el SIDA o que han sufrido al menos un episodio de neumonía por *Pneumocystis carinii*. Los pacientes que reciben el tratamiento se sienten mejor, aumentan de peso, tienen menos infecciones oportunistas, y en algunos casos se observa una mejoría de la demencia y otras alteraciones neurológicas relacionadas con el SIDA (OMS, 1998).

La didanosina, un análogo de los nucleósidos con efectos benéficos semejantes a los de la zidovudina, se administra a los pacientes con intolerancia o resistencia a la zidovudina. Puede administrarse en caso de enfermedad avanzada cuando el efecto de la zidovudina empieza a disminuir.

La zalcitabina tiene una alta tasa de efectos secundarios, a pesar de que su efecto es bastante positivo en el momento de luchar y retrasar el avance del virus de VIH/SIDA, suele tener mejores efectos positivos si se suministra con la zidovudina, creando una rápida resistencia ante el virus (Soto, Gutiérrez, Maguiña, 2005).

En México se utiliza la zidovudina como un fármaco de primera mano para combatir el VIH/SIDA, pero su alto costo lo hace un poco restringido a su acceso y no siempre se encuentra en el sector público. Es por eso que un nuevo tratamiento antirretroviral fue lanzado al mercado con un costo más bajo y de mayor accesibilidad, llamado Maraviroc, que es un tratamiento antirretroviral aprobado para ser utilizados en pacientes con carga seropositiva, y este medicamento se puede utilizar en combinación de otros tales como ser ingerida junto con la zidovudina, didanosina y/o la zalcitabina, para obtener mejores resultados (IMSS, 2009).

Con esta innovadora alternativa, farmacológica, es posible detener el virus en la superficie externa de las células antes de que las invada, a diferencia de los actuales tratamientos que actúan directamente sobre el virus en el interior de la

célula infectada trayendo consigo muchas veces el desgaste de estas o su destrucción.

El medicamento Maraviroc, en dosis grandes o por periodos continuos sin dejar de ingerirlo al menos un mes al año, puede traer consigo efectos secundarios, los cuales pueden ser mortales, como lo son trastornos al hígado, reacciones lérgicas y cutáneas, amarillamiento de la parte blanca de los ojos, orina de color oscuro, vómito, dolor abdominal. Este medicamento viene en tabletas de dos dosis en el horario recetado, las cuales deben ser ingeridas con suma responsabilidad, ya que un exceso podría causar todos los síntomas antes mencionados, es decir, debe haber una modificación de la conducta y estilo de vida del paciente para poder tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, estos efectos secundarios también son un factor al cual hay que prestarle atención, ya que pueden desfavorecer a la adherencia, al ser aversivos en el paciente (IMSS, 2009).

1.6 Implicaciones psicológicas del VIH/SIDA

De acuerdo a *“Mental Health”* (2012), la buena salud mental es esencial para el éxito del tratamiento contra el virus de inmunodeficiencia humana, pero también para vivir una vida feliz y saludable. La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes asociados con el VIH. La depresión puede variar de leve a grave, y los síntomas pueden incluir muchos de los síntomas que a continuación se mencionan: experimentar ataques de pánico, no encontrar placer en actividades que normalmente lo hacían feliz, retirarse de la interacción social, cambio en el funcionamiento de la memoria, dormir demasiado o no poder dormir, sensación de estar “triste o vacío” gran parte del tiempo, sentirse culpable por la situación, sentirse cansado todo el tiempo, dejar de realizar actividades, pudiendo caer en conductas adictivas creyendo que estas podrían ayudar como el alcoholismo, tabaquismo, o creyendo que con ello olvidaran lo sucedido, pérdida de motivación, llegar a tener pensamientos de suicidio, etcétera.

El término depresión tiene muchos significados ya que puede manifestarse como un síndrome o una entidad nosológica. Las causas de la depresión son múltiples por lo que se ha llegado a un acuerdo unánime que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno hasta un severo acceso de melancolía. Robert y Lamontage (1977) consideran que la depresión es... “un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia de disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica”. Mientras para el Instituto Nacional de la Salud Mental (2006), menciona que cuando una persona presenta un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. Describen a la depresión en donde se presenta un cuadro de sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío; sentimientos de desesperanza y/o pesimismo; sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia; irritabilidad, inquietud; pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba; fatiga y falta de energía; comer excesivamente o pérdida del apetito.

Por otra parte, Matu, Carballerira, López, Marrero e Ibañes (2002) postulan que la falta de habilidades sociales es lo que provoca una tasa de refuerzo positivo bajo, es decir, que cuando hay una tasa de respuesta baja en el refuerzo positivo contingente a la respuesta provoca un bajo nivel de conducta adaptativa, por lo que se presentan sentimientos negativos sobre sí mismo y su medio ambiente, lo que provoca que el individuo se sienta deprimido, es decir, que el apoyo social es importante en la salud mental.

Al presentar depresión los pacientes infectados por el VIH/SIDA tienen mayores probabilidades de no cumplir con pautas del tratamiento con antirretrovirales y de no llevar a cabo las indicaciones médicas al pie de la letra (Gordillo, Del Amo, Soriano y González-Lahoz, 1999; Piña, et al, 2008).

Posiblemente el trastorno psicológico más estudiado en el paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana haya sido la depresión. Del gran número VIH positivos que sufren períodos de depresión, muchos de ellos puedan requerir un tratamiento farmacológico específico. Por otra parte, la depresión ha sido objeto de estudio por cuanto afecta a la mortalidad, a las consecuencias fisiológicas y a la adherencia al tratamiento (Gordillo y Cruz, 2003).

En 1963 Beck menciona que la forma en que el individuo estructura su mundo tiene gran influencia sobre su conducta, por lo que se postula un modelo cognoscitivo con tres aspectos primordiales para explicar la depresión en los sujetos. El primer aspecto es la triada cognoscitiva: la visión de si mismo, su futuro y el mundo que lo rodea. El segundo aspecto son los esquemas cognoscitivos, donde se observa la organización estructural del pensamiento y finalmente los errores cognoscitivos que son las creencias falsas que aparecen para predisponer la distorsión del pensamiento o la realidad (Robbins-Cortan, Kunner y Collins, 2000).

También se encuentra presente la ansiedad, provocada por la enfermedad en el paciente al ver que ésta es degenerativa y va avanzando, así el paciente se ve afectado de forma psicológica. Si los estresores están presentes durante periodos extensos, aparecen alteraciones en los sistemas neuroendocrino e inmunológico, produce una pérdida de equilibrio en dichas interacciones conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades (Pavón, Hernández, Loria y Sandoval, 2004).

Mercado en 1992, refiere el estrés como una relación entre el individuo y su medio. Por lo que el organismo trata de adaptarse a las agresiones de su medioambiente en este punto es donde surgen los problemas de salud leves o graves, transitorios o crónicos. A este proceso se le denomina Síndrome General de Adaptación. Mientras que para Comín, de la Fuente, y García (2003), mencionan al estrés como un fenómeno muy frecuente en crisis causadas por enfermedades, en este caso por el VIH/SIDA, lo ponen como la respuesta

fisiológica, psicológica y del comportamiento del paciente, para intentar adaptarse a los estímulos que le rodean.

Lazarus (1966), postula que el estrés tiene tres procesos:

- La evaluación primaria; se refiere a percibir una situación como amenaza, en 1987 con Folkman le dan dos perspectivas: la cognición, que incluye la evaluación de riesgos cuando el individuo sufre un enfrentamiento; y la emoción, que es como se evalúa la situación ya sea como daño o beneficio.
- La evaluación secundaria; es la elaboración de un plan o estrategia para responder a la amenaza.
- El afrontamiento; es el llevar a cabo el plan, es decir, ejecutar la conducta.

El estrés produce un efecto en nuestro comportamiento, el cual se ve reflejado con base en la intensidad y duración del estrés. Generalmente la respuesta es de miedo o ansiedad, cuando se presenta un estímulo de miedo se adopta una respuesta de vigilancia, es decir, el cuerpo se pone en alerta de cualquier estímulo externo que pudiera afectar al paciente. La ansiedad se generaliza mucho más en muchas situaciones y es una emoción de mayor durabilidad que el miedo, y ésta se anticipa al estímulo de miedo, dando una conducta de precaución y en muchas ocasiones esta conducta puede ser disfuncional si se presenta en todo tipo de situaciones o relaciones con otras personas. por ejemplo, el paciente al encontrarse ansioso podrá responder protegiéndose al saber que asistirá a un lugar en el cual se le ha informado que es de riesgo, antes de estar ahí y presenciarlo por si mismo y afirmar esta declaración. En algunos casos la respuesta instrumental es disfuncional, la adaptación al estrés se puede dar por miedo a la habituación (Velluciy Parrot, 1995).

Se ha observado que la ansiedad en los pacientes que viven con VIH/SIDA varía en función del estadio de la infección. A su vez, a mayor percepción de control de la salud por parte del paciente supone un descenso en los niveles de

ansiedad. Por lo tanto si la persona cree que puede influir sobre ella y se siente capaz de afrontarla se produce un descenso en los niveles de ansiedad (Remor, Carrobles, Arranz, Martínez y Ullas, 2001).

Así, tanto la depresión, estrés, y ansiedad pueden influir en la conducta del paciente a tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. Siendo la adherencia terapéutica un método el cual nos ayudará a mejorar la salud del paciente.

En este capítulo se ha visto cómo el virus del VIH/SIDA ha evolucionado a través del tiempo y de su gran impacto en la población tanto mundial como en la Mexicana. Los tratamientos y pruebas que se han desarrollado para detectar y combatir al virus, tales como los tratamientos antirretrovirales y la prueba ELISA, la más conocida y utilizada hasta la actualidad para detectarlo. Se hizo mención sobre los factores de riesgo a los cuales se puede estar expuesto para contraer el virus o los sectores de la sociedad que se encuentran más vulnerables. Así como el gran impacto a nivel psicológico que se presenta en el paciente al infectarse del virus del VIH/SIDA, ya que esto cambia muchas conductas en el paciente, las cuales tendrán que ser tratadas por el psicólogo a través de técnicas que le ayudaran para promocionar una adecuada adherencia terapéutica, y conocer los factores que influyen en ésta.

2. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

De acuerdo a Puente (1984), cuando se habla de adherencia terapéutica, se alude al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas.

Mientras que para Varela, Salazar y Correa (2008), la adherencia consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. Históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, entre otros. Definiendo a la adherencia terapéutica como... “un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”(p. 13). Siendo esta última una definición más completa a la presentada por Puente (1984).

El término “adherence” se define como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola, 1982, en Martín y Grau 2004), y representa un significativo avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido. Los vocablos “alianza”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afecta a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar

acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica (Martín y Grau, 2004).

Esta última definición concuerda bastante con la realizada por Varela, Salazar y Correa (2008). Así Martín y Grau (2004), complementan ésta, señalando que la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar, 2003, como se cita en Martín y Grau 2004).

Mientras que Margulies, Barber y Recoder (2006) definen a la adherencia terapéutica: como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos, tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.

Por otro lado, encontramos que Martín (2004) define este concepto desde la práctica médica, en la cual, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de medicamentos, por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénicos – sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento o programadas como parte del propio tratamiento.

Para Margulies, Barber y Recoder (2006) la adherencia es pensada habitualmente en términos de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones biomédicas. Implícito en esta definición de la adherencia está que el comportamiento de un

paciente se evalúa en términos del punto de vista médico. Así se ha planteado que las recomendaciones médicas se basan en teorías acerca de los comportamientos adecuados de los pacientes frente a la acción del virus del VIH/SIDA. El problema de la promoción de cuidados de sí y de otros se reduce, entonces, a encontrar las maneras de educar y motivar a las personas a adoptar el curso más adecuado de acción. Desde una perspectiva intelectualista e individualista, se pondera un individuo racional y prevalece una visión del paciente como alguien que es receptor de los consejos, prescripciones y cuidados; que evalúa síntomas, recursos disponibles y toma decisiones voluntarias como un individuo racional y autónomo que juzga y maximiza beneficios. Y se equivoca o no.

Demarbre (1994) da una descripción muy breve pero que incluye la conducta del paciente para poder cumplir con la adherencia al tratamiento terapéutico de la siguiente manera: “la adherencia terapéutica se refiere al grado de coincidencia entre la conducta indicada por el terapeuta (por ejemplo: tomar fármacos, seguir una dieta, realizar ejercicios físicos, dejar de fumar, etc.) y la conducta del paciente cuando ejecuta las prescripciones terapéuticas” (p. 73).

Una última descripción del término de adherencia se encuentra cuando se hace referencia a una conducta establecida o a un cambio de conducta que se ajusta a una recomendación de salud y/o recomendación terapéutica proporcionada por el profesional de la salud, existen factores psicológicos que afectan o regulan.

La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en la salud. Una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgo que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción (Acosta, Debs, Noval y Dueñas, 2005).

Así, se puede decir que la adherencia terapéutica, es el cumplimiento y seguimiento de las indicaciones del médico para tomar el medicamento recetado, tomando en cuenta la cantidad y horarios que se establecieron, llevando a cabo las recomendaciones dadas como el cambio de estilo de vida, ejercicio y alimentación adecuada. Incluyendo la educación para la salud y el entrenamiento en habilidades y técnicas para tener un seguimiento de la ingesta de los antirretrovirales. También se debe tener en cuenta que es el incumplimiento terapéutico para no caer dentro de él.

2.1 Diferencias entre adherencia terapéutica e incumplimiento.

Para no perder de vista qué es la adherencia terapéutica y poder contrastarlo con el incumplimiento a continuación se menciona una breve descripción de la adherencia terapéutica.

Para Peralta y Carbajal (2008) la adherencia a tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.

La OMS considera a la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.

Los factores que operan sobre la adhesión al tratamiento son el conocimiento sobre la enfermedad; las habilidades, creencias, motivaciones e instrumentación de conductas en el paciente (Meinchenbaum y Turk, 1987).

Cuando se habla de falta de adhesión, se refiere al abandono, separación, terminación de forma inadecuada o temprana por parte del paciente para llevar a

cabo las instrucciones terapéuticas. Por lo que el éxito de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente, por lo que deben asumir la responsabilidad para manejar su enfermedad (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sancheéz-Sosa y Willey, 2003).

Puente (1984) señala que la falta de adherencia terapéutica describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

En trabajos de Granados, Roales, Moreno e Ybarra (2007), relacionados con la adherencia terapéutica, se han encontrado resultados en tratamientos contra la hipertensión que podrían apoyar la adherencia en tratamientos contra el VIH/SIDA, en este caso al conocer factores que desfavorecen a la adherencia, entre los múltiples factores o variables que se han relacionado con el incumplimiento del tratamiento en hipertensión se han estudiado las características de la prescripción terapéutica y de la enfermedad, las características contextuales, la interacción profesional – paciente, así como ciertas características personales (por ejemplo, la motivación y colaboración del paciente, sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el tratamiento, el grado de amenaza que la enfermedad representa, variables de personalidad, etcétera).

Para Sánchez (2006), el régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de un adecuada adherencia terapéutica, en caso de no tenerla es obvio que desfavorecería a ésta. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia se encuentran: los olvidos simples en la toma de medicación, la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. La falta de adherencia se refiere a la terminación (abandono, separación, distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas.

El incumplimiento terapéutico puede estar influido por diversos factores, varios de estos no son propios del paciente, si no del medico o encargado en el tratamiento. Existen factores personales, del sistema o equipo de asistencia sanitaria y de la enfermedad y del tratamiento. Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etcétera (Ortiz y Ortiz, 2006).

Retomando a Peralta y Carbajal (2008) ellos clasifica al incumplimiento terapéutico de acuerdo al seguimiento que se le da:

- Incumplimiento parcial: en está, el paciente se adhiere al cumplimiento solo en algunos momentos.

- Incumplimiento esporádico: si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos aversivos.

- Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en el que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.

- Incumplimiento completo: cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida: esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.

- Cumplimiento de bata blanca: solo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la vista médica.

Otras formas de clasificar la no adherencia o incumplimiento terapéutico son:

- Primaria: cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia.

- Secundaria: cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico.

A la terminación, distanciamiento, abandono del tratamiento de forma anticipada por parte del paciente, así como una aplicación incompleta o defectuosa de las instrucciones se le denomina falta de adhesión. Por lo que el éxito del tratamiento lo determina la participación del paciente para el cumplimiento de todos los aspectos del programa, lo cual se complica cuando el paciente es externo del servicio y tiene que asumir toda la responsabilidad para manejar su enfermedad.

Por todas las complicaciones para llevar a cabo las prescripciones como son la toma de medicamento, llevar a cabo un régimen alimentario, realizar ejercicio físico, el paciente se debe hacer responsable del tratamiento para que haya un éxito definitivo. Dependiendo de los síntomas que tenga el individuo va a reaccionar al respecto. Pero algunas enfermedades son asintomáticas, por lo que el paciente no se apega al tratamiento al no ver resultados inmediatos, los individuos hacen una interpretación de la información que han escuchado sobre su enfermedad y desarrollan creencias, las cuales influyen en las acciones específicas para recuperar la salud.

2.2 Modelo Explicativo de la conducta adherente.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas médicas o de naturaleza psicológica –conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea.

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud, para su explicación se ha partido de los modelos de comportamiento de la salud.

Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento de la medicación por que tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costo beneficios y las claves para la acción (Ginarte, 2001).

Aquí la adhesión al tratamiento es un problema conductual, ya que el paciente tiene que aprender conductas y habilidades nuevas, que altere su rutina y aumentar su tolerancia. Esta información es importante para evidenciar estrategias efectivas para el cambio conductual. Pero este no puede ser cambiado por si mismo, si es que hay ideas negativas sobre el tomar medicamento y sus efectos en la salud del paciente, y estas tendrán que erradicarse para poder desarrollar una adecuada adherencia al tratamiento (Hotsz et al, 2003).

Es así que la importancia de tratar la adherencia terapéutica desde el modelo cognitivo – conductual, tiene una mayor influencia en lograr la meta de que el paciente tome su tratamiento antirretroviral para evitar el desarrollo del VIH a SIDA y tratar de llevar una vida de mejor calidad posible.

Ortiz y Ortiz (2006), mencionan que pese el fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de la adherencia y poder brindar una educación en la salud. A saber, la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en la Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información – Motivación – Habilidades Conductuales son algunas de las mas utilizadas.

- Teoría social cognitiva: Sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia

en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado se denomina autoeficacia percibida. De acuerdo a la teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermar y tener apoyo social.

- Teoría de la acción razonada: Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.
- Modelo de creencias en salud: Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la gente falla en adherirse a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta.
- Modelo transteórico: Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distinguen 5 etapas diferentes para el cambio: 1) Precontemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo próximos 6 meses); 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría suceder dentro de los 6 meses); 3) Preparación (el individuo está activamente considerando cambiar su conducta próximamente, en un mes como máximo); 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente); y 5) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses).

- Modelo de información-motivación-habilidades conductuales: Demuestra que en conjunto la información, motivación y habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito, pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además, provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales.

Estos modelos teóricos fueron propuestos de manera general, pero se han utilizado con gran eficiencia en el tema de la adherencia terapéutica, ya que se ha podido trabajar con ellos para hacerle saber e informar al paciente sobre la enfermedad y cómo poder llevar a cabo una adecuada adherencia terapéutica para evitar que el VIH/SIDA se desarrolle con rapidez y poder tener una mejor calidad de vida.

2.3 Conductas y factores que promueven una adherencia al tratamiento.

Paz (1999) menciona que existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento para que sea exitosa, algunos se atribuyen al individuo y a la enfermedad, otros están relacionados con el medicamento y el equipo asistencial con el que cuenta el paciente.

Entre los factores referentes al paciente están: edad, sexo, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico. Los factores relacionados a la enfermedad incluyen: gravedad del padecimiento, ausencia o presencia de medicamento (efectos secundarios), así como la dificultad del régimen terapéutico (número de medicamentos, dosis y tiempo de administración), influyen sobre la adhesión al tratamiento.

El equipo de trabajo asistiendo al paciente es un factor que tiene un impacto positivo en la relación médico-paciente, cuando el segundo encuentra en su médico confidencialidad, continuidad, flexibilidad y empatía.

Puente (1984), agrupa en tres los factores que pueden promover la adherencia terapéutica, estos grupos son factores *conductuales*, *cognitivos* y *fisiológicos*. Dentro de cada factor se menciona una variable que puede propiciar esta adherencia terapéutica: en los factores conductuales se encuentran: el estilo de vida, relación terapeuta – paciente, efectos colaterales y aversivos del tratamiento, complejidad del programa, factores sociológicos, historial de tratamientos familiares; en los factores cognitivos: creencias sobre la enfermedad, emocionales, motivación, normas y valores así como las culturales; y en los factores fisiológicos: grado de severidad de los síntomas de la enfermedad, duración de los síntomas, grado de limitación de los síntomas, y grado de afección y daño.

Por lo que se tomara en cuenta los tres grupos que Puente (1984) propone, comenzado por los factores conductuales y su influencia en la adherencia terapéutica.

2.3.1 Factores Conductuales que promueven la adherencia terapéutica.

2.3.1.1 Estilo de vida.

El estilo de vida es de vital importancia. Domínguez (1948, como se cita en Puente,1984), señala que es bien sabido que muchos hábitos desadaptativos para la salud y muchos patrones de comportamiento relacionados con el estilo de vida aumentan el riesgo de enfermedad, de contraer padecimientos o incluso de propiciar la muerte. Los responsables de los servicios de salud han iniciado acciones para modificar y prevenir los hábitos y estilos de vida que representen un riesgo potencial a la salud del paciente, como el estilo de vida sedentario en los

casos de hipertensión esencial; el tipo de personalidad tipo A de los pacientes coronarios: la obesidad.

Respecto a la interrupción de la rutina de vida y el estilo de vida como consecuencia del TAR (tratamiento antiretroviral) y del régimen terapéutico, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas lo señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA (Varela, Salazar y Correa, 2008).

Dentro del estilo de vida encontramos que el paciente se verá forzado a cambiar actividades tales como el ejercicio físico, llevar una dieta rigurosa, portar con sus medicamentos para ser ingeridos a la hora adecuada, y evitar factores de riesgo que puedan poner en peligro su salud como la de quien lo rodean.

2.3.1.2 Relación terapeuta-paciente.

Otro factor que se incluye en los conductuales es la relación terapeuta paciente. De acuerdo a Puente (1984), existen reportes donde se confirma, por ejemplo: a) que a mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento. b) Que a mayor satisfacción en el paciente, habrá menos probabilidad de deserción. c) Que a una mayor duración, es decir continuidad en la relación mejorará el cumplimiento.

La relación existente entre el paciente y su terapeuta es de trabajo en equipo, anteriormente se creía que el terapeuta se encargaba sólo de modelar la conducta estale en el paciente utilizando reforzamiento social (Bandura, 1978).

La importancia en esta relación se basa en la actitud y conducta del primero ya que esto influye en una mayor o menor adhesión. Por lo tanto una mejor adhesión al tratamiento se presenta cuando los clínicos se muestran cálidos y empáticos.

Así como proporcionando instrucciones específicas, claras e individuales (Dunbar y Stunkard, 1979).

La Organización Panamericana de la Salud (2011), confirman que mientras los profesionales se encuentren mayor preparados y tengan más experiencia y capacitación dedicando a la consulta, serán capaces de establecer lazos de confianza con sus pacientes, que pueden ofrecer continuidad en la asistencia y facilidades de ser contactados, obtienen mejores resultados en la adherencia. La inexistencia de trabas burocráticas para el acceso a la medicación, la accesibilidad al centro asistencial, disponibilidad de transporte y flexibilidad de horarios también puede influir en la adherencia.

2.3.1.3 Efectos colaterales y aversivos.

Los efectos del tratamiento al ser colaterales y aversivos juegan un papel importante. Las prescripciones médicas pueden no cumplirse si los medicamentos prescritos producen efectos colaterales aversivos. Puente (1984) indicó que “Es más fácil seguir las indicaciones del médico cuando el medicamento proporciona algún alivio a los síntomas. En cambio, es más difícil seguirlas cuando éste se toma por razones profilácticas o cuando los síntomas parecen no estar relacionados con ingestión de un medicamento” (p. 16).

Los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral toman de 10 a 20 comprimidos por día Cgesney, Morin y Sherr (2000), los efectos secundarios y la expectativa de que sea de por vida, resulta en severos problemas con la adhesión al tratamiento del paciente que finalmente lleva a que el tratamiento fracase. En el entendido de que los pacientes asisten al médico para proporcionar alivio a sus síntomas, en el caso de los pacientes que viven con VIH/SIDA, los medicamentos son profilácticos y la mayoría de ellos producen efectos adversos para el paciente, lo que dificulta su ingestión, aunado a esto los horarios y las grandes cantidades de medicamento diario.

Los efectos adversos al tratamiento antiretroviral presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento, y específicamente, mientras sean mayores los efectos secundarios, menor será la adherencia, mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia (Varela, Salazar y Correa, 2008).

2.3.1.4 Complejidad del programa.

La complejidad del programa puede influir significativamente en la adherencia terapéutica. Varela, Salazar y Correa (2008), en su investigación encontraron que la complejidad al régimen terapéutico se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento con suficiente base empírica y por el contrario, la baja complejidad como un factor que la favorece.

Los tratamientos que requieren alterar considerablemente los patrones establecidos en el comportamiento del paciente son probablemente los más difíciles de cumplir.

Mientras más complejo sea un tratamiento, si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos a diversos horarios, más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de los siguientes aspectos: a) la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces. b) el simplificar los regímenes terapéuticos (horarios y dosis). Y c) programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales (Sánchez, 2006).

La adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo (Codina, Knobel, Miró,

Carmona, García, Antela, Gómez-Domingo, Arrizabalaga, Iruin, Laguna, Jiménez, Rubio, Lluch y Viciano, 1999).

2.3.1.5 Factores sociológicos.

Un último factor a tomar en cuenta es el sociológico. Son los modelos y roles de las personas significativas de un paciente. Si las personas significativas se comportan, ya sea en forma autoritaria, inconsistente o irracional, esto influirá en los modelos de autoridad que el paciente tenga (Domínguez, 1984, como se cita en Puente, 1984). La OMS (2004), menciona que así como el apoyo social como un amortiguador de muchos problemas psicosociales, también afecta al comportamiento de adherencia terapéutica. Los pacientes con amigos y familias que los apoyan tienden a adherirse al tratamiento antirretroviral mejor que quienes no tienen ese respaldo.

El apoyo social y familiar también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantenerse en régimen médico; de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlo. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios (Martín y Grau, 2004).

La estabilidad familiar es un factor que tiene mucha influencia en el paciente, sobre todo en niños y ancianos, ya que la estabilidad y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.

Mientras un paciente se sienta motivado y apoyado por los círculos sociales que le rodean, será más probable que no deje de seguir con la adherencia terapéutica adecuada, siendo un factor que no puede ser dejado de lado al enfrentarse al VIH/SIDA.

2.3.2 Factores cognitivos que influyen en la adherencia terapéutica.

Las recomendaciones o indicaciones terapéuticas pueden diferir en forma considerable con el estilo de vida y con las normas y valores que el paciente mantiene. Cuando esto ocurre, se presenta la disonancia cognoscitiva. El paciente entonces tratará de tomar una decisión que restablezca su armonía interna, desarrollado una consistencia y congruencia entre sus acciones y sus actitudes y valores, a este proceso, Festinger lo denominó “tendencia a la consonancia entre cogniciones” (Puente, 1984).

Así las ideas que el paciente tenga sobre la enfermedad, sus síntomas, lo que haya escuchado al respecto que provocan los medicamentos, pueden llegar a ser un impedimento para que pueda tener una adecuada adherencia al tratamiento.

No se tienen que descartar la motivación que los círculos sociales le brinden, o la que pueda obtener a través de grupos de apoyo para así continuar con su tratamiento, como así los factores de normas, valores e historia que rodeen al paciente juegan un papel importante, ya que estos pueden representar una barrera cognoscitiva para que pueda tomar el medicamento, provocando que el virus de VIH evolucione a SIDA, trayendo con sí consecuencias más graves a la salud de los pacientes.

2.3.2.1 Creencias sobre la enfermedad.

En cuanto a los factores cognitivos que se pueden encontrar relacionados con la adherencia al tratamiento destacan las creencias que se tiene sobre la enfermedad. De acuerdo con Varela, Salazar, y Correa (2008), uno de los principales obstáculos a este nivel son las creencias y la percepción sobre el tratamiento retroviral, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad y los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras para el tratamiento. Otro aspecto cognitivo

que se considera relevante y ha sido estudiado es el conocimiento, no sólo de la enfermedad, sino también del tratamiento antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no-farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedad y del estado clínico actual, son aspectos que facilitan la adherencia (Navarro y Vargas, 2004).

Estas creencias se ven reforzadas en el paciente, al tomar los medicamentos antiretrovirales antes de consumir alimentos, ya que esto trae consigo náuseas y el paciente lo asocia con las ideas que ya traía consigo.

Una buena explicación del médico o psicólogo, ayudará a evitar estas creencias y con hechos empíricos, al demostrarle la forma correcta de consumir los medicamentos y responsable, evitará los efectos aversivos, dejando de lado estas ideas que no son positivas en la adherencia terapéutica.

Apoyando a estos autores Domínguez (1948, como se cita en Puente, 1984), menciona la interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud. Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo.

La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado jugará su papel para que pueda tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.

Se ha considerado relevante y ha sido estudiado el conocimiento, pero su relación con la adherencia al tratamiento ha sido discutida ya que no siempre tiene el impacto esperado sobre el paciente. En Varela et al (2008), hacen mención a un adecuado conocimiento no sólo de la enfermedad, sino también el conocimiento

antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no-farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedad del estado clínico actual, son aspectos que facilitan la adherencia.

2.3.2.2 Emocionales

Para Varela, Salazar y Correa (2008), a nivel emocional han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y estrés. Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador a la adherencia. Y entre los factores de la motivación se informa, por ejemplo, sobre la intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento.

Ya que si el paciente presenta depresión, estrés, y ansiedad son síntomas emocionales que van impedir que siga con el tratamiento indicado, llevándolo a poder cometer conductas de riesgo que podrían hacer que los síntomas vuelvan o avancen con mayor rapidez al no tomar sus medicamentos y al entrar en contacto con personas que puedan contagiarlo de alguna otra enfermedad, al tener las defensas bajas, éste podría enfermar y agravar su estado de salud.

2.3.2.3 Motivación

La motivación que el paciente pueda recibir de su familia es importante, ya que son personas muy allegadas y juegan un rol importante dentro de su vida. Animando al paciente a tomar su medicamento tanto por un bienestar propio, como el que encontrará al percibir que su familia y amigos no tienen que sacrificar partes económicas para su salud (Puente, 1984).

Así, el ejemplo a seguir de una adherencia terapéutica adecuada que el grupo de apoyo le de, va a hacer que mejore su adherencia, ya que se sentirá dentro de

una competencia y sus ideas mejorarán para poder estar dentro del juego que se presenta, al no querer quedar fuera del mismo, el paciente va a tomar su medicamento y hará los cambios necesarios en su estilo de vida.

Se puede ver motivado por él mismo al ver los resultados antes y después de consumir los medicamento antiretrovirales, y de esta forma continuar con la adherencia.

Entre los factores a nivel motivación se informa, por ejemplo, sobre la intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaria como una barrera para la adherencia al tratamiento. Lo que se observa con relación a los factores de motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores cognitivos y su relación a la adherencia al tratamiento (Varela et al, 2008).

2.3.2.4 Normas, valores e historia

En cuanto a valores y normas, Puente (1984) menciona que las recomendaciones o indicaciones terapéuticas pueden diferir en forma considerable con el estilo de vida y con las normas y valores que el paciente mantiene.

En Ehrenzweig (2007), hace mención a los estereotipos, ya que serían así un conjunto de información aprendida que se da en un grupo de personas a través de la información que circula en la comunidad popular, en los medios de comunicación, y que se asimila cuando se permite justificar la propia conducta y los valores respecto de “aspectos” que podrían dañar la salud o hacer prejuicios sobre su persona al estar enfermos de VIH/SIDA.

Visto de esta forma, la importancia de las creencias estaría dadas por el valor que cada persona le dé a su estado de salud sobre la base de las etiquetas y estereotipos sociales acerca de las enfermedades o de determinada enfermedad.

El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, normas y valores, las cuales podrían ser consideradas como los determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socioculturales de pertenencia y referencia de la persona.

Sánchez (1984), encuentra otro factor que dificulta la adherencia, afirmando que la mayoría de los problemas de salud está claramente precedida por, o relacionada con, comportamientos que han estado presentes durante mucho tiempo tales como costumbres o rituales que el paciente tenga permitiendo adaptarse al tratamiento, donde un tercer grupo de comportamientos está afectado por un efecto de interferencias de algunas creencias culturales, tales como en algunas poblaciones indígenas sea mal visto el acudir con un especialista de la salud.

El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida, aquellas personas que cuentan con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de mencionar adecuadamente sus tratamientos.

En el 2008 Varela, Salazar y Sánchez retoman la historia de tratamientos de la persona, incluyendo tratamientos anteriores al diagnóstico de VIH/SIDA, y los comportamientos de adherencia en el pasado que podrían ser un facilitador o un obstáculo según hayan sido eficaces o no, respectivamente.

2.3.3 Factores Fisiológicos que influyen en la adherencia terapéutica.

En los factores fisiológicos, Puente (1984) indica, en primer lugar, el grado de severidad de los síntomas de la enfermedad: la severidad de los síntomas juega un papel importante en los procesos cognoscitivos; en segundo lugar si los síntomas son leves y el sujeto muestra disonancia a la presencia de la enfermedad, éste no tendrá dificultad en negar su presencia; en tercero la duración de los síntomas: si el paciente presenta síntomas que no se manifiestan

en forma continua, sino más bien periódica o intermitentemente, y la presencia de éstos le producen disonancia, el paciente podría entonces desvalorizar el proceso de enfermedad; en cuarto lugar se menciona el grado de limitación de los síntomas: el grado de limitación que un padecimiento le impone al paciente; en quinto el grado de afectación y daño: la gravedad del padecimiento es determinante para que el paciente se adhiera o no a un tratamiento, los padecimientos graves pueden motivar fuertemente al paciente a implementar las recomendaciones de su médico.

Cristina y Vinaccia (2005), hacen alusión a los factores relacionados con la enfermedad; es decir, si se trata de una enfermedad crónica, con ausencia con ausencia de síntomas manifiestos (como en el caso del paciente seropositivo asintomático), o de una enfermedad aguda con sintomatología evidente, lo que afecta el grado de adhesión, siendo más probable en el primer caso que en el segundo. Por lo común, el grado de incapacidad y de malestar físico afecta directamente la adhesión.

Estos factores harán que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento o no, ya que él los pondrá en un costo y beneficio, donde si los problemas que le provocan son mayores a los que tendría si no tomara los antirretrovirales. Es por eso que el especialista le tendrá que explicar sobre los padecimientos secundarios que los medicamentos tendrán sobre su cuerpo, y los que podrían llegar a suceder si no toma el tratamiento, que al inicio podrían ser tolerables, pero al pasar del tiempo podrían empeorar y ser aun más complicados que los efectos secundarios de los antirretrovirales para combatir y estabilizar el virus de VIH/SIDA.

Entre las cosas que el paciente debe tomar en cuenta son, las dosis indicadas y el horario a tomarse, si se debe tomar antes de consumir alimentos o posteriores a ser ingeridos, de los efectos secundarios y sus efectos, así como qué hacer ante ellos si se presentan y son consistentes cada vez que se toma el medicamento.

2.3.3.1 Grado de Severidad de los síntomas de la enfermedad.

La severidad de los síntomas juega un papel importante en los procesos de adherencia terapéutica. Si los síntomas son leves y el sujeto muestra disonancia a la presencia de enfermedad, éste no tendrá dificultad en negar su presencia. Si los síntomas son severos, ocurrirá todo lo contrario ya que entonces será difícil para el sujeto negar su enfermedad (Puente, 1984).

Martín (2006), señala que las enfermedades en las cuales una exacerbación de los síntomas físicos va acompañada de un deterioro de la perturbación, la cual se reduce efectivamente por el cumplimiento o la adherencia a un régimen terapéutico (como tomar un antibiótico para aliviar la temperatura y el malestar de una infección).

Las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables a pesar del régimen, las enfermedades que aparecen sin síntomas a pesar de su cronicidad, con consecuencias futuras muy serias, tal es el caso del VIH/SIDA.

2.3.3.2 Duración de los síntomas.

Si el paciente presenta síntomas que no se manifiestan en forma continua, sino más bien periódica o intermitentemente, y la presencia de éstos le producen disonancia, el paciente podría entonces devalorizar el proceso de enfermedad.

El retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar una gratificación más inmediata, tal como evitar los efectos colaterales desagradables de la medicación o aumentar la ingestión de carbohidratos en un paciente diabético a pesar de los riesgos a largo plazo que conlleva la alteración del balance metabólico, que precipita la cetoacidosis.

Entonces si el alivio de los síntomas se ve reforzado por el tiempo en recuperación y este sea corto o casi inmediato, la toma de sus medicamentos será

constante y a tiempo, sin dejar pasar las horas ni la dosis indicada. En los pacientes que tienen VIH/SIDA, los síntomas no se presentan desde un inicio, así que podría al inicio no tomar su tratamiento antirretroviral (Martín, 2006).

2.3.3.3 Grado de limitación de los síntomas.

Puente (1984) menciona que el grado de limitación que un padecimiento le impone al paciente, juega un papel de importancia en el reconocimiento de la enfermedad y en el manejo de la misma. Ya que de acuerdo a los síntomas que presente por la enfermedad podrá o no por si solo tomar su tratamiento.

En casos como en los pacientes con VIH/SIDA, esto no se ve muy afectado por los síntomas, ya que estos si le permitirán tomar su tratamiento, a no ser que por alguna infección no tengan la fuerza o lucidez para tomarlo se necesitará de otra persona para poder continuar con la adherencia al tratamiento. Ya que los síntomas del VIH/SIDA, son lo suficientemente controlables mientras se detecte a tiempo el virus y se medique con el tratamiento antirretroviral.

2.3.3.4 Grado de afección y daño.

La gravedad del padecimiento es determinante para que el paciente se adhiera o no a un tratamiento. Los padecimientos graves pueden motivar fuertemente al paciente a implementar las recomendaciones de su médico. Sin embargo, cuando el pronóstico es demasiado pobre, puede ocurrir lo contrario.

Si el paciente sabe que las consecuencias que obtendrá así sean a largo plazo de no tomar su tratamiento antirretroviral son muy dañinas para su salud y afectará su estilo de vida aun más, éste se verá aun mas motivado por seguir las instrucciones que se le dieron y sus estudios, esto también se puede ver influenciado si el paciente es expuesto a crónicas y/o relatos de otros pacientes que han sufrido las consecuencias de no tomar su tratamiento de acuerdo a como

se les fue prescrito o bien a imágenes apoyadas por videos donde se le muestre el daño y la afectación que le traerá a la larga (Muñoz, 2004).

Pero si el paciente se le da una información lo bastante pobre y carente de las consecuencias de lo que podría ocurrir y no tiene el conocimiento de las consecuencias de su negligencia, será muy difícil que pueda adherirse adecuadamente al tratamiento.

2.4 Papel del Psicólogo en la promoción de la adherencia terapéutica.

En primera instancia el deber del psicólogo en la promoción de la adherencia terapéutica sería el de dar a conocer esta información y educar al usuario para evitar que se exponga a situaciones de riesgo en donde la persona pudiese contraer el virus del VIH/SIDA mediante campañas de información y brindar talleres en donde se explique cuáles son estas situaciones de riesgo. Pero una vez que la persona se ha infectado y ha sido diagnosticada como seropositivo (0+), su deber es, en promocionar la adherencia al tratamiento y dar una educación, entrenamiento y desarrollar habilidades dirigidas al cumplimiento de la misma.

La importancia del psicólogo recae, en identificar las variables que están afectando a la adherencia terapéutica y poder intervenir para promover a la misma en el paciente, por medio de las diferentes herramientas con las que cuenta para cumplir con el objetivo de promover la adherencia terapéutica al tratamiento contra el VIH/SIDA.

En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, la intervención es casi imposible sin una aportación conjunta de medicina y psicología, ya que se pueden abordar desde la intervención, hasta las tres etapas de la prevención primaria, secundaria y terciaria, las cuales se ven reflejadas en el trabajo con una enfermedad de este tipo.

Este argumento justifica la intervención de la psicología de la salud, como la disciplina de elección, ya que dentro de ésta se hacen referencia a aspectos médicos y psicológicos de la salud. La Psicología de la salud no tiene una definición clara, pero algunos autores coinciden que uno de sus objetos principales es el estudio del comportamiento precursor de la salud y la enfermedad, y en su rama aplicada, la intervención preventiva, área en la cual el psicólogo de la salud encamina la mayor parte de sus esfuerzos (Olvera y Soria, 2008).

Para Cortéz, Ramirez, Olvera y Arriaga (2009), al tratar el proceso de salud en sus factores psicológicos implica el estudio de la identificación, adquisición, mantenimiento y desarrollo de los comportamientos de los cuales es función la condición saludable. Lo que se plantea en el proceso de la salud es que el comportamiento saludable se aprende y tiene que ejercerse y practicarse cotidianamente como un ejercicio sobre actos concretos y que tiene en contraparte con la enfermedad diferentes momentos y manifestaciones.

El análisis detallado de los eventos permite reconocer que en el proceso están involucrados diferentes factores. Y conocer las circunstancias del ambiente y las particularidades del ser humano que pueden potencialmente mantener los comportamientos saludables. Si la consecuencia correcta del proceso se mantiene, las consecuencias determinarán comportamientos funcionales que se traduzcan en manifestaciones identificables específicas.

La intervención de la psicología de la salud, por medio del papel del psicólogo, permite al individuo entender y asumir de manera menos agresiva la condición crónica que su enfermedad conlleva, así como las alternativas que se ven desprendidas al convivir con una enfermedad que requiere de cuidados especiales de por vida, con el afán de evitar un mayor desgaste emocional y psicológico tanto en el sujeto como en su familia, la cual está directamente afectada por el padecimiento degenerativo cuando más se involucra en el problema.

Es importante mencionar que los psicólogos, como profesionales de la salud, han contribuido en parte, al sistema de la salud, en el contexto de “la psicología de la medicina”. El psicólogo de la salud, es el profesional capaz del lograr (Olvera y Soria, 2008):

- 1) La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- 2) El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete el individuo.
- 3) La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.
- 4) La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud.
- 5) La necesidad urgente de enfocar los problemas de la salud desde una perspectiva global.

Por último, se señala que las actividades a desempeñar por los psicólogos de la salud, se pueden agrupar en tres grandes secciones: investigación, aplicación y formación. La investigación está enfocada a indagar en factores que intervengan en el proceso de salud-enfermedad para poder comprenderlos y analizarlos, de tal manera que puedan generarse diversas propuestas de procedimientos para la intervención y evaluación más adecuados de las diferentes problemáticas en este campo.

El psicólogo puede llevar a cabo satisfactoriamente actividades de educación para la salud, tanto en temas médicos como psicológicos. Entre las áreas en donde esto ya ha ocurrido, se encuentran el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y enfermedades crónico degenerativas (Puente, 1984).

Stone (2001) menciona que las competencias del psicólogo incluyen la investigación y la práctica acerca de la valoración de las necesidades individuales, sus capacidades y logros. Incluyen investigación y prácticas relacionadas con la intervención en situaciones por medio de métodos muy variados, que incluyen biorretroalimentación, modificación del comportamiento, terapia de grupo, educación y consulta organizacional para modificar el comportamiento, las cogniciones o las experiencias de las personas involucradas con el sistema de la salud. Los problemas del sistema de salud incluyen reducción de peligros ambientales para la salud, reducción de los riesgos presentados por ambientes peligrosos, identificación de cuando se requiere recurrir al tratamiento profesional y guía a las personas acerca de la necesidad de tratamiento y el sitio apropiado donde este puede ser obtenido y ofrecido, selección entre los posibles tratamientos para elegir aquellos más apropiados a un paciente particular, involucrando al cliente en una cooperación afectiva con el régimen de tratamiento y devolviéndolo a un estado efectivo de participación en su situación previa de vida, tan pronto como sea posible.

La promoción de la salud y/o educación de la salud, tiene por objetivo facilitar que los individuos ejecuten prácticas saludables que acaben por potenciar sus capacidades funcionales, psicológicas, físicas y sociales. El foco primario de la educación de la salud no solo valla dirigido a instaurar ciertos comportamientos, si no también a la consideración de factores intrapersonales, tales como las actitudes y las creencias que mediatizan la conducta.

En la actualidad, la intervención dirigida a prevenir hábitos de riesgo y a promover conductas saludables queda aun bajo lo que se conoce como educación

para la salud. La concepción bajo la que actualmente se entiende el estilo de vida dentro del ámbito de la psicología de la salud: un conjunto de conductas, dirigidas al mantenimiento adaptativo del individuo, que se rigen bajo patrones sociales de su comunidad a donde pertenece el paciente, reguladas por principios de aprendizaje y que intervienen, directa o indirectamente, en el modo en que los individuos acaban de propiciar o deteriorar su estado de salud. De ahí, que el objetivo genérico de la educación para la salud sea la modificación o la instauración de ciertos estilos de vida, poniendo particular énfasis en el componente conductual de la salud, bajo la premisa de que las personas están más sanas por lo que hacen y no sólo por lo que conocen (López, 2000).

2.5 Entrenamiento en técnicas para favorecer la adherencia.

Dentro de las técnicas que tiene el Psicólogo a su disposición para propiciar una adecuada adherencia terapéutica son: automonitoreo y/o autoregistro, ya que permite cuantificar la conducta. El procedimiento incluye la propia observación del sujeto y el registro sistemático de estas observaciones (Puente, 1984).

El psicólogo de la salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención y por consecuencia promociones de conducta saludables (Olvera y Soria, 2008).

Para poder lograr estas conductas saludables o la adherencia adecuada al tratamiento, el psicólogo se tiene que apoyar de algunos métodos con los que cuenta para poder promocionar una adecuada adherencia terapéutica tales como, métodos de reestructuración cognitiva, etc., estos métodos bien empleadas y bien modeladas por el psicólogo de la salud darán resultados positivos en el paciente. Es por esto que hay que poner énfasis también en la forma en que el paciente va aprendiéndolas ya que este último será entrenado para poder llevarlas a cabo sin

la supervisión constante del psicólogo o que se encuentre presente y de esta manera el paciente pueda llevarse un seguimiento de su progreso y mantenimiento de la adherencia terapéutica., estas tres técnicas de acuerdo a Olvera y Soria (2008), al ser las que son más concurridas por su eficacia en la adherencia terapéutica, abarcan un planeamiento, desarrollo de habilidades conductuales y cambio en la cognición del paciente.

2.5.1 Autocontrol.

Es una técnica basada en la capacitación y desarrollo de habilidades en el paciente, con la finalidad de que cuente con un repertorio para el manejo adecuado de su tratamiento.

El paciente tendrá que identificar las situaciones en donde pierde el control de tomar su medicamento o en exponerse a conductas de riesgo, y describir qué es lo que sucedió, si en el lugar se encontraban personas y si éstas eran significativas para el paciente. Posteriormente identificará el contexto, el lugar y el momento en el que sucedió. Seguido de esto, describirá cómo fue que perdió el control en dicha situación, cómo acabó el episodio donde ha perdido el control y las consecuencias que ésta le trajo.

Una vez conociendo toda esta información al psicólogo le será mucho más fácil poder desarrollar habilidades en el paciente que pueda emplear en otras ocasiones cuando comience a identificar las situaciones que le hacen perder el control y de esta forma podrá regularse y tener un autocontrol sobre su conducta y evitar exponerse a una situación de riesgo o el evitar tomar su medicamento.

Esto tiene que ser practicado en repetidas ocasiones e identificar todos los momentos en que el paciente presenta una pérdida de control sobre la situación que vive. Si es necesario, el psicólogo va a tener que moldear algunas de las conductas o formas que puede realizar el paciente para no perder el control y

regularse en las distintas situaciones, en dado caso de presentar nuevas ocasiones donde se pierda el control, el paciente tendrá que hacer uso de su experiencia para poder mantener el control y en caso de no ser así se deberá tratar con el psicólogo (Araújo, 2005).

Dentro del autocontrol, se debe tener en consideración el autoregistro para identificar las conductas que deben ser modificadas y poder tener una adherencia terapéutica correcta.

En la actualidad las técnicas de autoregistro y/o automonitoreo son de las más utilizadas. Una de las razones es que nos permite cuantificar la conducta. El procedimiento incluye la propia observación del sujeto y el registro sistemático de estas observaciones. Las observaciones están dirigidas principalmente a la topografía y frecuencia de la conducta problemática, asimismo, a los antecedentes y consecuencias de la misma. Estas técnicas se utilizan tanto para educar al paciente, como para que sirvan como estrategia de intervención que facilite los cambios conductuales. Asimismo, constituyen un medio de evaluación de la efectividad de la intervención.

Este por si solo no puede realizar un gran cambio en la conducta, se tiene que apoyar de otra técnica como el autocontrol entre otras técnicas. Lo que nos dirá esta técnica más que otra cosa, será la constancia y el horario en que el paciente está tomando su medicamento, y así poder saber si se tiene que realizar algún cambio en la conducta o mantenerla en dado caso de estar siguiendo con la adherencia al tratamiento adecuada.

Si el autoregistro muestras fallas o debilidades (falta de constancia) en la conducta del paciente, estas se podrán reforzar por el mismo paciente al realizar actividades que a éste le gusten y así incrementar su conducta o su tasa de respuesta positivas en la toma de sus medicamentos, esta técnica se puede

emplear en gran medida para tener un control cuantitativo de la ingesta de medicamentos o el tratamiento antirretroviral (Puente, 1984).

El automonitoreo se ha utilizado con gran número de conductas a modificar. Estas son conductas explícitas que incluyen: frecuencia, duración e intensidad de ataques o arranques a exponerse a situaciones de riesgo o no tomar el tratamiento antirretroviral. También se han desarrollado diversos métodos, los cuales incluyen tarjetas o pequeños instrumentos mecánicos que el paciente lleva en su bolsillo o bolsa y que registran la frecuencia. La continuidad entre la ocurrencia de la conducta y su registro influyen sobre la exactitud o precisión de la información, por lo que se le indicará al paciente haga su registro inmediatamente después de que ocurra la conducta.

El psicólogo tendrá la tarea de diseñar un registro donde el paciente pueda hacer todas estas anotaciones y después de un tiempo establecido se revisará la frecuencia de las conductas que se buscan cambiar y se espera hayan disminuido o en dado caso de las que se quieren mantener o reforzar y ver si existe dicha estabilidad o aumento en la frecuencia.

2.5.2 Técnica de reestructuración cognitiva.

Esta se refiere a la modificación de las estructuras cognoscitivas del paciente, en lo relativo a su enfermedad. Si el paciente percibe su condición de enfermo, como una situación de devaluación, anhedonia y denigración, el paciente pondrá a andar una serie de procesos psicológicos que le permitirán negar dicha condición. Freud describió mecanismos tales como la negación, la racionalización y la intelectualización. Muchos psicólogos contemporáneos estudian estos mecanismos, pero dentro del enfoque cognoscitivo.

Las técnicas de reestructuración cognoscitiva consisten en habilitar al paciente en el desarrollo de nuevos marcos perceptuales y de cognición, con el objeto de

que el paciente sea consonante con su padecimiento y que a través de esto, no solo maneje adecuadamente sus programas terapéuticos, sino que también su calidad de vida se mantenga en niveles óptimos.

Para Bados y García (2010), el modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia en cómo se sienten y actúan y en las relaciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción a acontecimientos depende principalmente de cómo los percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. En este punto se encuentran los siguientes tipos de cogniciones:

- a) Productos cognitivos: son los pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de autoverbalizaciones o imágenes y, que muchas veces son automáticos o involuntarios. Son el resultado de la interacción entre los supuestos y creencias cognitivos, los procesos cognitivos y los elementos situacionales.
- b) Supuestos: son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces. Estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas, y actitudes.
- c) Creencias nucleares: se trata de creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo, los otros y el mundo. Tanto los supuestos como las creencias nucleares forman parte del sistema de esquemas o estructuras cognitivas, los cuales son la forma en que la información es internamente organizada y representada en la memoria. Los esquemas incluyen elementos situacionales, sensoriales, fisiológicos, emocionales y conductuales junto con el significado que tienen para la persona. Al mismo tiempo determinan la forma en que vemos las cosas.

Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Es posible cambiar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios

terapéuticos. A continuación se hace referencia a Técnica de Restructuración Cognitiva (TREC), en donde se explica el modelo del A-B-C.

El modelo cognitivo en que se basa la restructuración cognitiva ha sido denominado modelo A-B-C, las tres letras refieren lo siguiente (Bados y García, 2010):

A – Se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.

B – Hace referencia a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del paciente acerca de A. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación.

C - Y por ultimo se refiere a las consecuencias emocionales, físicas y conductuales de B.

Por medio de este modelo se puede intervenir en las cogniciones que el paciente tiene al respecto del VIH/SIDA, y poder tener una adecuada adherencia al tratamiento.

2.5.3 Técnica de resolución de problemas.

El problema podría ser definido genéricamente como cualquier situación prevista o espontánea que produce, por un lado, un cierto grado de incertidumbre, y por el otro, una conducta tendente a la búsqueda de su solución. Así la resolución de problemas se utiliza para referirse al proceso mediante el cual la situación incierta es clarificada e implica, en mayor o menor medida, la aplicación de conocimientos y procedimientos por parte del solucionador, así como la reorganización de la información almacenada en la estructura cognitiva, es decir,

un aprendizaje a cierta o ciertas situaciones. Mientras que la palabra resolución sirve para designar la actividad que consiste en resolver el problema (Perales, 1993).

Para Vázquez (2002), menciona que los déficits en las habilidades de solución de problemas son un importante factor de vulnerabilidad. Los problemas son más probables que ocurran cuando estos déficits conducen a intentos de afrontamiento ineficaces bajo niveles elevados de estrés, procedentes de experiencias vitales negativas. La habilidad de solución de problemas modula la relación entre los eventos estresantes negativos.

El entrenamiento en la solución de problemas conduce a una disminución de responder de forma eficaz a situaciones estresantes, depresivas, o que acarreen alguna situación negativa. El método con el que se conseguirían resultados más perdurables consistiría en enseñar a la persona en algún problema habilidades de solución de problemas. De este modo se le proporciona al sujeto herramientas para resolver su problema actual y para prevenir nuevos episodios.

Perales (1993), agrupa en 3 variables a considerar para encontrar formas de responder al problema presente. La primera que es la naturaleza del problema: que engloba las variables que se contemplan fundamentalmente se refieren a los aspectos formales del problema tales como la precisión o univocidad, estructura, lenguaje, etc., del problema; complejidad y tipo de tarea requerida en la resolución.

Como segunda variable pone al contexto de la resolución de problema: en este caso habría que reparar aquellas variables intervinientes en el proceso de resolución sin tener en cuenta al propio solucionador. De esta manera cabría hablar de la manipulación o no de objetos reales, la consulta o no de fuentes de información, la verbalización o no de la resolución, tiempo de resolución, etc.

Por último la variable que él llama como el solucionador del problema: donde se incluyen las características del solucionador tales como conocimientos teóricos, habilidades cognitivas, creatividad, actitud, ansiedad, habilidades conductuales, etc. También en esta parte se podría hablar de una solución individual o grupal, es decir si solo se trabajara con el paciente o con su grupos cercanos en los que se desenvuelve.

En cuanto a Vázquez (2002), la terapia de resolución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la solución de problemas, el cual consiste en cinco habilidades.

- La primera, la orientación hacia el problema: es la habilidad con que una persona afronta una situación problemática o estresante.
- La segunda, la definición y formulación del problema: consiste en el grado de destreza con que una persona define un problema operativamente y plantea metas realistas.
- La tercera, la generación de soluciones alternativas: es la destreza que tiene el sujeto para generar soluciones a un problema, siguiendo los principios de cantidad de aplazamiento del juicio y de variedad.
- La cuarta, la toma des decisiones: es la habilidad que tiene una persona para elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema.
- La quinta, la puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida: es la destreza para planificar y llevar a la práctica la solución elegida, así como evaluar el éxito de la misma.

Con la ayuda de estas diferentes técnicas, es como el psicólogo se apoya para poder encontrar una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral en el paciente. Así en el capítulo siguiente se llevara a cabo la aplicación de la batería para medir la adherencia y los factores que intervienen en ella, cuales de estos factores afectan a una adecuada adherencia.

3. INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO ADHERENTE A TRATAMIENTOS CONTRA VIH/SIDA.

Participantes

Participaron 204 pacientes infectados con VIH/SIDA, que asisten al Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández, Hospital General La Raza, para atención médica, por medicamentos, o a su chequeo dentro del Hospital. La selección se realizó a partir de un muestreo no probabilístico intencional.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: que ya fuera diagnosticado con VIH, que este bajo TARV por lo menos 6 meses posterior a su diagnóstico, que este asistiendo a consulta médica, hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, que tenga un nivel básico como mínimo en lectoescritura.

Los criterios de exclusión son: que tenga problemas en la conducta, problemas cognitivos, que presente problemas psiquiátricos, déficit en la escritura o el habla.

Los criterios de eliminación se dieron solamente si el participante no concluyó alguno de los dos o ambos cuestionarios por algún motivo, que no firmara la carta de consentimiento informado y que no conteste alguna pregunta de alguno o de ambos test.

Escenario

Los instrumentos se aplicaron en un consultorio médico ubicado dentro del Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández”, perteneciente al IMSS.

Materiales

-Lápices

- Se utilizó una batería construida por 5 instrumentos de medición de la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral: Encuesta sociodemográfica, Cuestionario de autorreporte de adherencia, LW-IMB-AAQ, CES-D y CEAR-VIH.

- Fotocopias de los instrumentos de evaluación y del consentimiento informado.

Descripción de los instrumentos

Batería de Instrumentos sobre Variables Relacionadas con la Adherencia Terapéutica al tratamiento de VIH/SIDA: Está conformada por 4 instrumentos; el primero de ellos es *“Encuesta Sociodemográfica”*, consta de 5 reactivos incluye información sobre la edad, fecha de diagnóstico, sexo, número de hijos, pareja, estado civil, escolaridad, prácticas sexuales y consumo de sustancias; el segundo fue *“Cuestionarios de autorreporte de adherencia”*, tiene 6 reactivos, construido por el Grupo de Ensayos Clínicos de pacientes adultos con SIDA; el tercer instrumento se llama *“Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire”* (LW-IMB-AAQ), consta de 3 dimensiones: información, motivación y habilidades conductuales, incluye 9 reactivos que miden la información que tiene el paciente sobre el tratamiento, 10 reactivos que evalúan la motivación hacia el tratamiento los cuales tienen una opción de respuesta en escala Likert del 0- 4 y miden el grado de acuerdo, y 14 reactivos que miden las habilidades conductuales hacia el tratamiento, los cuales responden a través de una escala Likert 0 – 4 y mide el grado de dificultad que la persona percibe al realizar ciertos comportamientos; el cuarto instrumento llamado *“Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión”* (CES-D), Diseñada por Radloff, incluye 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad

de la depresión de cada ítem y debe ser contestada de acuerdo a los síntomas presentes en la última semana en una escala Likert 0 a 5.

Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH): El cuestionario contiene 20 ítems que evalúan el cumplimiento del tratamiento en la última semana, adherencia general desde inicio del tratamiento, adherencia al horario en la toma de la medicación, valoración del paciente de su grado de adherencia, y recordar el nombre de los fármacos incluidos en su tratamiento. El cuestionario también evalúa los factores moduladores de la adherencia al tratamiento, como los antecedentes de la falta de la adherencia, la relación medico – paciente, creencias del paciente y el uso de estrategias para recordar la toma de fármacos, la puntuación total obtenida se la suma de los ítems da 89 como valor máximo, 17 como mínimo. Fue desarrollado y validado por Remor.

Procedimiento

En la sala de espera o dentro de la consulta médica se les explico a los participantes el propósito del estudio y se les invito a participar; a quienes aceptaron se les proporciono el consentimiento informado, posteriormente se les pidió a los pacientes que entren al consultorio en grupos de 4 a 6 pacientes de acuerdo a la cantidad de los mismos que se encontraban en ese momento asistiendo a consulta externa o bien se les aplico por persona cuando solo había un paciente que cumpliera con los requisitos. Se les proporciono a cada participante el consentimiento informado para que pudiera leerlo y se les explicaba aparte de forma oral en que consistía la investigación. Tras aceptar y firmas se les daba el primer instrumento de datos sociodemográficos y posteriormente el test de Adherencia, al terminar se les explicaba como llenar el LW-IMB-AAQ, al terminar se les daba el siguiente que era CES-D y se les explicaba como tenia que ser contestado, al finalizar con este penúltimo se les entregaba el Ensayo de Adherencia. Una vez finalizado los 5 test se les agradeció su participación de

forma personal y podían continuar con su consulta. Si llegaban a presentar alguna duda sobre algún ítem, forma de contestar, o para que se utilizarían esos datos, se les contestaba de forma grupal.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de los diversos instrumentos con los que se evaluó a los participantes para identificar las variables que pueden afectar a la adherencia terapéutica en personas con VIH. En primera instancia se muestra el análisis de consistencia interna a través del coeficiente de correlación alfa de Cronbach para conocer el índice de consistencia interna de los instrumentos. Posteriormente se presenta un análisis descriptivo de las diversas variables sociodemográficas, así como de los puntajes obtenidos en cada apartado.

Para finalizar, se presentan los hallazgos encontrados a partir del análisis de regresión lineal múltiple, que se realizó con la finalidad de identificar los factores que pueden relacionarse con las dimensiones evaluadas en cada inventario. Y un último análisis de regresión lineal múltiple en donde se descartaron todas las variables independientes que no fueron significativas, únicamente con el propósito de conocer los resultados obtenidos en este modelo.

Análisis de consistencia interna

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos con los que se evaluó a los participantes, se realizó un análisis a través del coeficiente de correlación alfa de Cronbach, encontrando que para el Cuestionario de Autorreporte de Adherencia se obtuvo un coeficiente de .374, lo cual se explica debido a que cuenta con diversas preguntas abiertas, mientras que para el cuestionario *Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire* (LW-IMB-AAQ), un coeficiente de .837; para la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la

Depresión (CES-D) fue de .856 y para el Ensayo Clínico de Adherencia de .717; en los tres casos, los coeficientes indican una adecuada consistencia interna.

Análisis descriptivo

Los primeros análisis corresponden a los datos demográficos y medidas de laboratorio de los pacientes, particularmente con respecto a la Carga Viral y CD4+. Para comprender la importancia de la carga viral y del CD4+ en la adherencia terapéutica y por qué fue medida, se definirá brevemente cada una.

La Carga Viral (CV), generalmente se reporta en copias de VIH por milímetro de sangre. El análisis llega a contar hasta 1 millón de copias, el análisis actual puede detectar como mínimo hasta 20 copias, mientras que un análisis ultra sensible puede llegar a detectar hasta 5 copias. El mejor resultado que se puede obtener es “indetectable”, esto no quiere decir que no haya virus en la sangre, sino que no hay suficientes como para que el análisis lo encuentre y lo cuente (Kaslow y Francis, 2011). La Tabla 1 expresa como se agruparon los datos de la CV de acuerdo a recomendaciones de la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH (2012).

Tabla 1. Clasificación de niveles de CV.

Riesgo de contraer una enfermedad oportunista	Rangos de CV
Bajo riesgo de contraer una enfermedad oportunista	Indetectable – 500
Mantener control de CV	501 – 1 000
Riesgo considerable	1 001 – 1 500
Riesgo latente de contraer una enfermedad	1 501 – 2 000

Mantener vigilados los niveles para que no suban y no contraer una enfermedad	2 001 – 2 500
Alto riesgo	2 501 – 3 000
Iniciar tratamiento de forma inmediata	> 3 001

Tabla 1. Continuación

Mientras que para el CD4+, se refiere a los linfocitos T, que se abrevia como CD4. La medición de la cantidad de células de CD4 en sangre constituye, hoy en día, el principal marcador utilizado para conocer la situación de la salud de una persona con VIH, el riesgo de que desarrolle una enfermedad oportunista y el momento en el que el paciente debería iniciar el tratamiento. El umbral crítico de CD4 está fijado en 200 células/mm³: por debajo de esta cantidad se considera que existe un riesgo cierto y serio de sufrir una enfermedad oportunista; por encima de ese valor, el riesgo se reduce. Actualmente las autoridades sanitarias españolas recomiendan iniciar el TARV a todas las personas que tenga un nivel de CD4 por debajo de los 350 células/mm³ (Brown y Turner, 2008). En la Tabla 2 se presenta la forma de clasificar los niveles de CD4+, para saber el inicio del tratamiento y su detección oportuna o tardía de acuerdo a la Guía de Detección y Diagnóstico Integral de VIH/SIDA (2011).

Tabla 2. Clasificación de niveles de CD4+.

Detección	Niveles de CD4+
Detección oportuna	≥ 350
Detección No oportuna	200 - 349
Detección tardía	< 200

La media de la Carga Viral de los pacientes fue de 12214.85 y una moda de 0 que tiene como referencia que se encuentra indetectable, teniendo una desviación

estándar de ± 51668.576 , se hizo una agrupación de 7 clases de acuerdo a la tabla 1, clasificándose de la siguiente manera: bajo riesgo (169 pacientes), mantener control de CV (7 pacientes), riesgo considerable (2 pacientes), riesgo latente (0) y mantener vigilados niveles de CV (0), alto riesgo (2 pacientes) y comenzar tratamiento de forma inmediata (26 pacientes). Obteniendo una moda de 1 y una media de 2.29, siendo la categoría bajo riesgo la que mayor frecuencia tuvo.

En cuanto a la media del CD4+ de la muestra fue de 408.28, mientras la moda fue de 370 de CD4+ siendo el valor que más presentaban los pacientes y teniendo una desviación estándar de ± 226.636 . Se hizo una agrupación de 3 clases de acuerdo a la Tabla 2, quedando de la siguiente manera: detección oportuna (132 pacientes), detección NO oportuna (36 pacientes) y detección tardía (36). Obteniendo una moda de 1, que se refiere a la detección oportuna y una media de 1.22

En cuanto a la media de la edad de los participantes fue de 30 años, con una moda de 29 años. La media para los meses que tienen de los participantes de haber recibido el diagnóstico de VIH es de 25 meses, siendo 8 meses el valor que más se repite.

Del total de los participantes, 15 fueron mujeres y 189 varones; 133 personas reportaron no tener pareja al momento del estudio, mientras que 71 si tenían pareja; con respecto al estado civil 163 afirman que son solteros, 19 de ellos están casados, 4 son divorciados y 18 de ellos viven en unión libre. Del total de la muestra, sólo 8 personas tienen hijos. La mayoría de los participantes vive con su familia (37.7%), los que viven solos son el 31.4%, 19.6% vive con su pareja, mientras que el porcentaje más bajo vive con amigos siendo el 11.3%.

La orientación sexual que más frecuencia tuvo fue la homosexual, con 82% de los pacientes, mientras que el 14% son heterosexuales y un 4% de ellos son bisexuales. En lo que refiere a su escolaridad, 60% de la muestra tiene estudios

universitarios, mientras que solo una persona tiene únicamente la primaria completa. La situación laboral de los pacientes muestra que el 71% de ellos tiene empleos de tiempo completo, el 22.5% trabaja medio tiempo y únicamente el 1.5% jamás ha trabajado. El ingreso mensual que percibe la mayoría es de 6000–9000 pesos mensuales, siendo el 60%. Solo un 3.4% tiene un sueldo de 1500 – 3000 pesos. Distribuyéndose la demás muestra en los otros rangos de sueldo mensual percibido (ver Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de Ingreso Mensual

Ingreso mensual	Frecuencia	Porcentaje
1500 - 3000	7	3,4
3000 - 4500	26	12,7
4500 - 6000	49	24,0
6000 - 9000	122	59,8
Total	204	100,0

El 63% de los pacientes no consume drogas, mientras que 37% consume algún tipo de estupefaciente; de éstos, 31% consume alcohol, 6% cocaína, 22% tabaco, 11% marihuana, y solo un .5% ha consumido otro tipo de drogas.

Cuestionario de Autorreporte de Adherencia

Para el instrumento de Adherencia se llevó a cabo el análisis de las frecuencias de las respuestas emitidas por los 204 pacientes. Todos estaban bajo un régimen de medicación, principalmente con los medicamentos Truvada con 82% de los pacientes y Efavirenz con 72.5%, los pacientes que consumían Kaletra fue de 31.4%, mientras los que consumían Combivir 11.3%, Avacabir 13.7% y

Lamivudina 18.1% ya sea que se consumían en duplas o más de dos medicamentos por paciente.

En cuanto a que la mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario de dos veces al día, 3 veces al día o cada 8 horas, y que tanto se siguieron esas instrucciones, la respuesta más frecuente en todos los casos fue 4, que representa la opción “todo el tiempo” teniendo una frecuencia de 142 pacientes, es decir, que no olvido tomar el medicamento en su horario habitual, solo 45 pacientes afirmaron tomar su medicamento “la mayorías de las veces” en el horario correcto, 13 “cerca de la mitad de las veces” y solo 4 “algunas veces”, teniendo una media de 3.59, con una desviación estándar de solo .699 este reactivo, lo cual indica que no hay una gran variabilidad en las respuestas de los participantes.

De los 204 pacientes, 197 de ellos sabían las indicaciones sobre tomar su medicamento en compañía de algún alimento o abundantes líquidos, teniendo una moda de 2 que representa que Sí tenían conocimiento de esto; 54% de los pacientes indicó que “todo el tiempo” seguía las instrucciones. En cuanto a que si olvido tomar su medicamento algún fin de semana la mayoría respondió que no siendo el 78.4% y solo el 21.6% afirmo olvidar tomar su medicamento, al ser la moda 1 que representa “No” olvido tomarlo.

Por último, la moda con respecto a cuándo fue la última vez que olvido tomar su medicamento, fue de 6 (Nunca dejo de tomar mis medicamentos con un porcentaje del 56.9%, durante la última semana 4.9%, 1 a 2 semanas 12.3%, 3 a 4 semanas 15.2%, 1 a 3 meses 6.4% y más de 3 meses 4.4%) y teniendo una media este ítem de 4.64, lo cual indica que en promedio, los participantes tienden a olvidar tomar su medicamento en un rango de 1 a 2 semanas.

Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire (LW-IMB-AAQ)

El instrumento LW-IMB-AAQ, se encuentra dividido en cuatro apartados, el primero mide la información que tiene el paciente sobre el tratamiento, el segundo la motivación, el tercero las habilidades conductuales, y el último apartado se refiere a las prácticas sexuales.

Información

En el apartado de información sobre el tratamiento, se encontró que tienen una media de 23.68 puntos, siendo 32 el puntaje más alto que se obtuvo de un máximo de 36 puntos totales, denotando que la mayoría tuvieron un buen puntaje correspondiente a la información que tiene, y la desviación estándar fue de 4.619. Los puntajes se agrupan en tres categorías: baja información (0 – 12 puntos), ni alta ni baja información (13 – 25 puntos) e información adecuada (26 – 36 puntos). Se obtuvo una media de 2.80, y una moda de 3, demostrando que la información que tienen sobre su enfermedad e indicaciones, en general es buena.

Motivación

En el apartado de motivación de un puntaje máximo de 40, solo una persona obtuvo 35 puntos siendo el más alto y el mínimo de 10, obteniendo una media de 22.21, obteniendo una motivación en un nivel regular de toda la muestra. La desviación estándar fue de 4.834. Al agruparlo en 3 clases, donde la primera clase es de baja motivación (0 -13 puntos), la segunda clase que representa una motivación regular (14 – 27 puntos) y la tercera representa una alta motivación (28 – 40 puntos). Se obtuvo una media de 2.63, es decir, que la mayoría de los pacientes se encuentran con una motivación regular, con una desviación estándar de .483.

Habilidades Conductuales

En el apartado de habilidades conductuales la máxima puntuación del instrumento es de 56 puntos, siendo que mientras mayor fuera el puntaje obtenido mayores son las habilidades conductuales que tiene el paciente respecto al seguimiento del régimen terapéutico. La población obtuvo una media de 46.59 puntos, DE= 9.363. El puntaje mínimo fue de 15 y el máximo de 56. Se llevó a cabo un agrupamiento en 3 clases, en donde la primer clase representa que tiene pocas habilidades conductuales (0 – 19 puntos), en la segunda clase representa que sus habilidades conductuales son regulares (20 – 39 puntos) y la última clase donde se representa que tienen buenas habilidades conductuales (40 – 56 puntos). Se obtuvo una media de 2.86, es decir, que la población se encuentra en un rango con habilidades conductuales regulares al momento de seguir las instrucciones del régimen terapéutico.

Prácticas Sexuales

En el apartado de prácticas sexuales se obtuvo una media de 16.49 años que afirman haber tenido a esa edad su primer relación sexual. En cuanto a la frecuencia con que usan preservativo en sus relaciones sexuales, 62% reporta que lo hace siempre, 25% lo hace la mayoría de las veces, 9% solo de vez en cuando y solo 2% no lo hace.

En cuanto a la última vez que tuvieron relaciones sexuales se obtuvo que un 53.9% de los pacientes afirma haber tenido relaciones hace menos de un mes, de entre dos y 6 meses fue un 29.9% y solo un 5.9% afirma haber tenido relaciones sexuales hace más de un año. De estos pacientes, 181 afirman haber usado condón en su última relación sexual y 23 de ellos no fue así. En cuanto a la pregunta de “¿cuántas enfermedades de transmisión sexual ha tenido hasta el momento?”, se obtuvo una moda de 1 que, representando que solo han tenido 1 enfermedad de transmisión sexual, la cual es por ende solo VIH teniendo una frecuencia de 144 pacientes, mientras, los que han tenido de 2 a 3 infecciones o

enfermedades de transmisión sexual fueron 50 pacientes y más de 3, solo fueron 10 pacientes. Por último, el reactivo correspondiente a cómo creen que se contagiaron del virus de VIH, se reporta una moda de 1, es decir, teniendo relaciones sexuales con otro hombre infectado, teniendo una frecuencia de 169; mientras que teniendo relaciones sexuales con una mujer infectada, lo refieren 18 pacientes; por algún procedimiento médico sólo son 4; por último, 13 pacientes afirman no saber cómo fue que se infectaron.

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)

En el instrumento de Sintomatología Depresiva – Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), mientras mayor sea el puntaje presentan depresión; en este estudio, se encontró un puntaje promedio de 14.21 con una desviación estándar de 18.572. El puntaje mínimo fue de 0 mientras el puntaje máximo fue de 77. Al agrupar las frecuencias de los totales en 3 clases, la primera como bajo puntaje, que es baja sintomatología depresiva (0 – 26 puntos), la segunda clase que es que se encuentra en la media de sintomatología depresiva (27 – 52 puntos) y el último que representa una alta sintomatología depresiva (53 – 77 puntos). Se encuentra que el promedio se acerca a una sintomatología depresiva media al tener una media de 1.92, y una moda de 2. Siendo aquí en esta agrupación que la mayoría de los pacientes tienen una depresión baja.

Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH).

En el último inventario, el Ensayo Clínico de Adherencia, el puntaje máximo era de 65, y mientras más bajo sea el puntaje menor adherencia se tiene al tratamiento y mientras más alto sea éste, mejor es la adherencia que se tiene al tratamiento antirretroviral. Se obtuvo un puntaje mínimo de 39 y un máximo de 65, con una media de 59.30 puntos y una moda de 63, dando por entendido que el

promedio fue alto, de una buena adherencia en los 204 pacientes. Al agruparlos en 3 clases, en donde la primer clase representa una baja o mala adherencia, el segundo grupo los que se encuentran dentro de un nivel adecuado de adherencia y por último el tercer grupo que es una buena o alta adherencia, se obtuvo una moda de 3, con una media de 2.91, reforzando lo anteriormente mencionado.

En el mismo test se incluye un apartado de dos preguntas, una con respecto a si ha dejado de tomar el medicamento y por cuánto tiempo se ha mantenido en esa condición; con respecto a la primera pregunta se obtuvo un promedio de 1.54, 94 pacientes han dejado de tomar su medicamento en alguna ocasión y 110 que no lo han hecho. En cuanto al tiempo que se han mantenido sin tomar medicamentos, se encontró un promedio de 11.6 días, con una desviación estándar de 43.905.

Y la segunda pregunta es respecto a que si se tiene una estrategia que les recuerde tomar su medicamento y cuál es ésta; 76 pacientes reportó que tiene una estrategia para recordar la toma de medicamentos, mientras que la mayoría (128) refirió no tener ninguna. De aquellos participantes que indican tener una estrategia, 20 afirman usar pastillero y 54 emplear alarmas en el teléfono celular.

Análisis de regresión lineal múltiple

A continuación se presentan los análisis de regresión lineal múltiple, correspondientes al apartado de Información del tratamiento antirretroviral como variable dependiente, y 21 variables independientes que fueron: CV, CD4+, Edad, Meses, Sexo, Hijos, Cuantos hijos, Pareja, Estado Civil, Orientación sexual, Estudios, Situación laboral, Ingreso mensual, Drogas, Alcohol, Cocaína, Tabaco, Heroína, Marihuana, Otras drogas. Este análisis se realizó con el proposito de examinar la correlación existente entre las variables predictoras y la de criterio en este caso, las variables del instrumento LW-IMB-AAQ: información, motivación y habilidades conductuales.

Al realizar un análisis de variables independientes, a través del modelo de regresión lineal, se encontró que la r^2 fue de .431, ($F=6.93$, $p<.01$), es decir, el 43.1% de la variabilidad de los datos explica la relación que hay entre las variables independientes con esta categoría.

Particularmente se obtuvo que el nivel de CD4+ está relacionado con la información que tiene el paciente al respecto al tratamiento antirretroviral, el género también obtuvo una relación significativa con la información sobre el TARV. El nivel de estudios que tienen los pacientes también demostró ser significativo así como el nivel económico y el consumo de cocaína, que demostraron tener una relación con la información que tienen los pacientes (ver Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión de las variables predictoras con el apartado de Información.

Variables	B	Error estándar	Beta
CV	-1,367E-6	,000	-,015
CD4+	,003	,001	,156**
Edad	,058	,060	,087
Meses	-,001	,015	-,004
Sexo	-3,079	1,156	-,174**
Hijos	-,277	1,800	-,012
Hijos B	,597	,401	,121
Pareja	-,392	,635	-,041
EstadoCivil	,434	,334	,085
Vive con	-,178	,269	-,049
Orientación Sexual	-1,012	,590	-,110
Estudios	,767	,267	,231**
Situación Laboral	-,333	,225	-,127
Ingreso Mensual	1,751	,551	,318**

	Drogas	1,450	1,195	,152
	Alcohol	-1,467	1,039	-,148
	Cocaína	4,618	1,475	,236**
	Tabaco	-,196	1,000	-,018
	Marihuana	-1,949	1,212	-,131
	Otros	-2,706	4,145	-,041

**p<.01 Tabla 4. Continuación

A continuación se presentan los resultados del análisis de regresión lineal múltiple, correspondientes al apartado de Motivación del tratamiento antirretroviral como variable dependiente, y 21 variables independientes antes mencionadas. Este análisis se realizó con el propósito de examinar la correlación existente entre las variables predictoras y la de criterio. En la relación obtenida por análisis de variables independientes para este apartado, siendo la r^2 de .175, ($F=1.94$, $p<.01$), es decir, solo el 17.5% las relaciones que representan la relación significativa de esta subcategoría con las variables independientes y una esto sugiere que para la motivación al tratamiento no influyen de forma importante las variables consideradas como predictoras.

De acuerdo a Tabla 5 se demostró que el tiempo de diagnóstico es significativo a la motivación que se tiene en los pacientes, el estado civil también demostró ser significativo a la motivación que se tiene por parte del paciente a seguir con el tratamiento, al igual que la situación laboral y la situación económica demostraron tener relación con la motivación encontrada, y por último el consumir cocaína también fue significativo.

Tabla 5. Análisis de regresión de las variables predictoras con el apartado de Motivación.

	Variables	B	Error estándar	Beta
	CV	-2,262E-6	,000	-,024
	CD4+	,001	,002	,051
	Edad	-,100	,076	-,143
	Meses	,038	,019	,158**
	Sexo	-2,210	1,456	-,120

Hijos	-1,414	2,268	-,057
Hijos B	,845	,506	,164
Pareja	-,640	,800	-,063
EstadoCivil	-,969	,421	-,181**
Vive con	-,578	,339	-,153
Orientación Sexual	-,330	,744	-,034
Estudios	,442	,337	,127
Situación Laboral	,859	,283	,313**
Ingreso Mensual	-1,742	,695	-,302**
Drogas	-,952	1,506	-,095
Alcohol	-,546	1,309	-,053
Cocaína	-4,016	1,859	-,196**
Tabaco	-,748	1,260	-,064
Marihuana	2,008	1,528	,129
Otros	-7,798	5,222	-,113

** p<.01 Tabla 5. Continuación

A continuación se presentan los análisis de regresión lineal múltiple, correspondientes al apartado de Habilidades Conductuales del tratamiento antirretroviral como variable dependiente, y 21 variables independientes antes mencionadas. Este análisis se realizó con el propósito de examinar la correlación existente entre las variables predictoras y la de criterio, en este caso las habilidades conductuales.

En el análisis de variables independientes la r^2 fue de .604, ($F=13.97$, $p<.01$). , es decir, el 60.4% explica la relación de las variables independientes.

Se obtuvo una relación entre el nivel de CD4+ y las habilidades conductuales del paciente, al igual que en el sexo se obtuvo una relación significativa. Los ingresos mensuales obtenidos por los pacientes también demostró ser una variable significativa, al igual, que si el paciente está usando drogas, de las drogas que tienen una relación significativa con las habilidades conductuales fueron:

alcohol, cocaína y marihuana (ver Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de regresión de las variables predictoras con el apartado de Habilidades Conductuales.

Variables	B	Error estándar	Beta
CV	-1,324E-5	,000	-,073
CD4+	,011	,002	,261**
Edad	,172	,102	,128
Meses	,008	,025	,016
Sexo	-6,240	1,954	-,174**
Hijos	-,193	3,043	-,004
Hijos B	1,496	,679	,150
Pareja	-,376	1,073	-,019
EstadoCivil	-,072	,565	-,007
Vive con	-,474	,455	-,065
Orientación Sexual	,057	,998	,003
Estudios	,879	,452	,131
Situación Laboral	,130	,380	,024
Ingreso Mensual	2,178	,932	,195**
Drogas	6,674	2,020	,345**
Alcohol	-4,211	1,757	-,209**
Cocaína	13,074	2,495	,329**
Tabaco	-,220	1,690	-,010
Marihuana	-4,385	2,050	-,146**
Otros	-1,236	7,008	-,009

** p<.01

A continuación se presentan los análisis de regresión lineal múltiple, correspondientes al instrumento CES-D como variable dependiente, y 21 variables independientes antes enlistadas. Este análisis se realizó con el propósito de examinar la correlación existente entre las variables predictoras y la de criterio, en este caso, la depresión.

Al obtener el análisis de variables del nivel de depresión se obtuvo una r^2 de .621, ($F=15.02$, $p<.01$), es decir, que el 62.1% se explica a partir de la relación existente en esta categoría con las variables independientes. La carga viral es significativa al nivel de depresión al igual que el nivel de CD4+ fue significativa la relación obtenida con la depresión en los pacientes. El sexo también tiene una relación significativa, al igual que el nivel de estudios que tenían los pacientes demostró tener una relación significativa. Por último, los ingresos mensuales obtuvieron una relación con el nivel de depresión y solo dos drogas obtuvieron una relación significativa: cocaína y tabaco (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de regresión de las variables predictoras con el instrumento CES-D.

Variables	B	Error estándar	Beta
CV	3,579E-5	,000	,100**
CD4+	-,016	,005	-,194**
Edad	-,085	,198	-,032
Meses	-,035	,049	-,038
Sexo	9,753	3,791	,137**
Hijos	,127	5,903	,001
Hijos B	-3,047	1,316	-,154
Pareja	,593	2,082	,015
EstadoCivil	-,179	1,095	-,009
Vive con	1,204	,882	,083
Orientación Sexual	,118	1,936	,003
Estudios	-2,456	,877	-,184**
Situación Laboral	1,180	,737	,112
Ingreso Mensual	-6,700	1,808	-,303**
Drogas	4,231	3,919	,110
Alcohol	-2,171	3,408	-,054
Cocaína	-19,776	4,839	-,251**
Tabaco	-12,053	3,279	-,270**
Marihuana	,373	3,977	,006
Otros	-19,055	13,595	-,072

** $p<.01$

A continuación se presentan los análisis de regresión lineal múltiple, correspondientes al instrumento CEAT-VIH como variable dependiente, y las 21 variables independientes. Este análisis se realizó con el propósito de examinar la correlación existente entre las variables predictoras y la de criterio, en este caso en el análisis de variables independientes se obtuvo una r^2 de .649, ($F=11.16$, $p<.01$)

Por último en el análisis de variables para nivel de adherencia, se obtuvo una r^2 de .549, es decir, que el 54.9% nos dice cómo se relaciona la variables dependiente con las variables dependientes. Se obtuvo una relación significativa de las variables independientes de la carga viral y de los niveles de CD4+. La edad de los pacientes también obtuvo una relación con la adherencia terapéutica. El sexo también demostró tener una relación significativa con la adherencia; la situación laboral, ingresos mensuales y el consumo de drogas mostraron tener una relación significativa con el nivel de adherencia terapéutica y siendo la cocaína la única droga que obtuvo una relación significativa (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis de regresión de las variables predictoras con el instrumento CEAT-VIH.

Variables	B	Error estándar	Beta
CV	-1,146E-5	,000	-,121**
CD4+	,005	,001	,211**
Edad	,153	,057	,216**
Meses	-,006	,014	-,023
Sexo	-2,780	1,092	-,148**
Hijos	-,312	1,701	-,012
Hijos B	,414	,379	,079
Pareja	-,545	,600	-,053
EstadoCivil	,322	,316	,059
Vive con	-,105	,254	-,027
Orientación Sexual	,123	,558	,013
Estudios	,395	,253	,112

Situación Laboral	-,557	,212	-,200**
Ingreso Mensual	1,251	,521	,214**
Drogas	2,498	1,129	,247**
Alcohol	-1,875	,982	-,178
Cocaína	8,452	1,394	,407**
Tabaco	,684	,945	,058
Marihuana	-1,946	1,146	-,123
Otros	-4,378	3,916	-,063

**p<.01 Tabla 8. Continuación

Para finalizar el análisis de los resultados, a continuación se describe el análisis de variables descartando las variables que no fueron significativas en cada una de las subcategorías del instrumento LW-IMB-AAQ y de los instrumentos CES-D y CEAT-VIH. Para el apartado de Información (donde se incluyeron las variables: CD4+, sexo, estudios, ingresos mensuales y cocaína) se obtuvo un 35.8% de la relación que explica este modelo, a comparación de cuando no se excluyen las variables independientes no significativas se obtiene el 43.1% de explicación del modelo, dando como resultado un decremento en la explicación del modelo.

Mientras que en el apartado de motivación utilizando las variables meses, estado civil, situación laboral, ingresos mensuales y cocaína, se obtuvo un 7.2% lo que explica la relación de las variables con el modelo a comparación de cuando no se excluyen las demás variables el porcentaje de explicación es mayor con un 17.5%.

Para las habilidades conductuales (analizando solo las variables independientes: CD4+, sexo, hijos B, ingresos mensuales, drogas, alcohol, cocaína y marihuana) se obtuvo 54.3% que explica la relación existente, se puede notar un decremento en el porcentaje al ser de 60.4% cuando no se quitan las variables no significativas.

Para el instrumento de CES-D se incluyeron las variables independientes: CV, CD4+, sexo, hijos B, estudios, ingreso mensual, cocaína y tabaco; llegando a la conclusión que el 57.3% explica la relación de la variable dependiente con las variables independientes, mientras al no sacar ninguna variable independiente el modelo tiene mayor explicación, ya que el 62.1% comprende la relación de la variable dependiente con las variables independientes.

Y por último en CEAT-VIH solo se utilizaron las siguientes variables independientes: CV, CD4+, meses, sexo, situación laboral, ingreso mensual, drogas y cocaína; obteniendo un 50.7% que da explicación a la relación existente en este modelo, no varía mucho al ser solamente 4 puntos de diferencia cuando se incluyen todas las variables independientes (54.9%)

Como puede observarse, aunque no todas las variables incluidas inicialmente en los análisis de regresión lineal múltiple tienen una relación significativa, en su conjunto pueden explicar de manera más consistente los hallazgos obtenidos en las variables dependientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general, evaluar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica para poder reconocer los que tienen una mayor influencia en el incumplimiento terapéutico en pacientes con VIH en primera línea de tratamiento.

De acuerdo a la OMS (1998), la zidovudina, la didanosina y la zalcitabina están prescritas como fármacos de primera línea en numerosos países desarrollados, al ser medicamentos que tienen gran efectividad en combatir la replicación del virus en las células sanas. Pero de acuerdo al estudio realizado y sus resultados, se demostró que los fármacos más utilizados fueron Truvada, Efavirez, Kaletra, Combivir, Avacabir y Lamivudina, hay que resaltar que todos los participantes de esta investigación, eran pacientes que se encontraban en tratamiento de primera línea, y esa es la razón por la cual estos 6 medicamentos se hayan reportado como más utilizados (a veces en combinación entre ellos).

Varela, Salazar y Correa (2008), encontraron que la complejidad de un tratamiento puede ser un obstáculo para poder seguirlo de forma adecuada, al igual que Sánchez (2006), menciona que mientras se tenga que tomar en diferentes horarios, la adherencia terapéutica puede hacer disminuir en su constancia de ingesta a la hora correcta; en los pacientes estudiados en el presente estudio, siempre se trataba de más de un medicamento que se debía tomar en mínimo 2 horarios diferentes al día, en donde gran cantidad de pacientes, más de la mitad (142 pacientes), afirmaron haber tomado sin variar cantidad de dosis, ni haber variado la hora de su ingesta, lo cual indica que si bien no son factores de alto riesgo, si influye el horario y la cantidad de dosis o complejidad del tratamiento en la adherencia terapéutica, reportándose como un factor de importancia, ya que si se tiene un tratamiento en donde se tome solamente dos veces al día entre 1 o 2 tabletas, la adherencia va a ser mayor.

Ahora bien Paz (1999) menciona que las variables como edad, género, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico están relacionadas a la adherencia terapéutica de manera positiva. Mientras que este estudio demostró que las variables sociodemográficas (edad, género, situación laboral, ingresos mensuales, consumo de drogas, consumo de cocaína) se ven asociadas a la adherencia terapéutica de manera positiva, coincidiendo con las variables analizadas por Paz (1999) en la edad, mientras mayor sea el paciente (30 años de edad en adelante) mayor es la adherencia que se tiene al tratamiento antirretroviral; sexo, al ser en su gran mayoría hombres, tienden a tener niveles altos de adherencia terapéutica; situación laboral con ocupación, ya que los pacientes que fueron estudiados en su mayoría trabajan (199 pacientes); nivel socioeconómico con ingresos mensuales, mientras mayor es el ingreso mensual (122 pacientes en el rango de 6000 – 9000 pesos mensuales) también es menor los niveles de sintomatología depresiva, la cual se ve relacionada con la adherencia, mientras menores sean los niveles de sintomatología depresiva, mayor es la adherencia terapéutica; y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana se relacionan con la adherencia de forma negativa, lo cual es alarmante, ya que son factores que se ven que pueden ser consistentes y poner un mayor énfasis en ellos para poder lograr niveles más altos de adherencia al tratamiento antirretroviral al tratarlos para disminuir o evitar totalmente su consumo.

En el instrumento *Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire*, se encontró que solo los apartados información y habilidades conductuales tienen gran peso en la adherencia terapéutica, es por que es importante resaltar los puntos en que cada uno de estos dos apartados influye en la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral.

Puente (1984), hace mención del estilo de vida y su gran importancia, señala que es bien sabido que muchos hábitos desadaptativos para la salud y muchos patrones de comportamiento relacionados con el estilo de vida aumentan el riesgo de enfermedad, de contraer padecimientos o incluso de propiciar la muerte. Esto

en cuanto a las habilidades conductuales que el paciente debería tener para cambiar su estilo de vida. Por lo cual en el apartado de Habilidades conductuales del instrumento Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire, se encontró que los pacientes con buenas habilidades conductuales para seguir el tratamiento antirretroviral, son aquellos con un CD4+ ≥ 350 copias, varones sin hijos, con un ingreso mensual mayor de 6000 pesos y el uso de drogas como el alcohol y cocaína se ven relacionadas con las habilidades conductuales de forma negativa, lo cual habría que tratarse ya que el uso de estupefacientes puede resultar negativo con la ingesta de los medicamentos, así las habilidades conductuales se van a ver afectadas de acuerdo a estas variables independientes mencionadas.

Así las ideas que el paciente tenga sobre la enfermedad, sus síntomas, lo que haya escuchado al respecto que provocan los medicamentos, pueden llegar a ser un impedimento para que pueda tener una adecuada adherencia al tratamiento. En cuanto a los factores cognitivos que se pueden encontrar relacionados con la adherencia al tratamiento destacan las creencias que se tiene sobre la enfermedad. De acuerdo con Varela, Salazar, y Correa (2008), uno de los principales obstáculos a este nivel son las creencias y la percepción sobre el tratamiento retroviral, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad y los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras para el tratamiento. Esto hace referencia al apartado de información que se tiene sobre la enfermedad y al TARV; en este estudio se encontró que los pacientes que tienen una mayor o mejor información son aquellos que tienen los niveles de CD4+ ≥ 350 , varones con estudios universitarios, presentando un ingreso mensual arriba de 6000 pesos. La ingesta de la droga cocaína se ve relacionada con la información que tiene el paciente.

En cuanto al apartado de Motivación, la relación existente entre el paciente y su terapeuta o médico es de trabajo en equipo, anteriormente se creía que el terapeuta se encargaba sólo de modelar la conducta en el paciente utilizando

reforzamiento social (Bandura, 1978). La OMS (2004), menciona que así como el apoyo social es un amortiguador de muchos problemas psicosociales, también afecta al comportamiento de adherencia terapéutica. Los pacientes con amigos y familias que los apoyan tienden a adherirse al tratamiento antirretroviral mejor que quienes no tienen ese respaldo. Así la motivación va a ser brindada por parte del especialista como de la familia y amigos del paciente infectado con VIH/SIDA. Entre los factores a nivel motivación se informa de forma negativa, por ejemplo, sobre la intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaria como una barrera para la adherencia al tratamiento (Varela et al, 2008). Ya en la parte aplicada demostró que los pacientes con una motivación alta para seguir con el tratamiento son aquellos que tienen 8 meses en adelante, sus ingresos mensuales van arriba de los 6000 pesos, se encuentran en una situación laboral de tiempo completo, el consumo de cocaína parece ser un factor que influye en tener niveles altos de motivación.

En cuanto al instrumento *Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire* y sus tres apartados, Información, Motivación y Habilidades Conductuales, se vio que no en todos sus apartados resultó ser significativa la relación existente con las pruebas de laboratorio (CV y CD4+), solo para el apartado de Información se vio relacionada con CD4+, mientras que para el de Motivación ninguno se ve relacionado, y para las Habilidades Conductuales, vuelve a ser CD4+, lo que nos indica que los análisis de laboratorio no necesariamente son un factor importante para explicar la presencia de los comportamientos referidos en estas variables; esto podría parecer desalentador, pero al realizar un análisis individual se encuentran otros indicadores (antes mencionados), como menciona Santillán (2010), los cuales indican que las variables independientes relacionadas son variables predictivas, en las cuales se puede apoyar el psicólogo para obtener mejores resultados en la adherencia terapéutica.

Sigue existiendo una parte preocupante al momento de tener relaciones sexuales: adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección del virus de VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas, se trate de parejas estables u ocasionales y no usar efectiva o conscientemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración (Pina, 2004, como se cita en Vinaccia et al, 2007). Ahora bien, en cuanto a las prácticas sexuales, se reporta que solo el 62% de ellos usan preservativo en todos sus encuentros sexuales, esto nos indica que apenas arriba de la mitad de ellos tienen las medidas adecuadas, para no contagiar a otras personas de VIH/SIDA. De los cuales el 53.9% tuvieron relaciones sexuales en el último mes.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA (2009), la epidemia de SIDA en México se concentra en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia media del 15%. Este dato nos sirve como referencia, ya que 82% de la población encuestada es homosexual. Siendo alentador para la parte en donde las infecciones por vía sanguínea al tratarse de transfusión de sangre o algún procedimiento médico han disminuido considerablemente su frecuencia, y en algunos casos, han cesado en los hospitales e instituciones de salud del país.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2006), pone en gran relevancia la importancia que tiene la depresión en el estilo de vida y en este caso para poder seguir un tratamiento, así en cuanto al instrumento Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión demostró tener una relación importante con los niveles de sintomatología depresiva al ser bajos, y estar relacionada con la CV y los niveles de CD4+. Los pacientes que tienen una menor sintomatología depresiva son varones que no tienen hijos, que tengan o se encuentren cursando estudios universitarios, sus ingresos mensuales sean mayores de 6000 pesos. El

consumo de cocaína y de tabaco es de importancia ya que si este consumo es disminuido o en su defecto erradicado podrían ser aun mejores los resultados. También se encuentran muy relacionados los resultados de laboratorio con los niveles de sintomatología depresiva, esto es muy alentador, ya que si se tienen buenos niveles de CV (<1000 copias) y CD4+ (≥ 350 copias), el paciente tendrá mayor probabilidad de seguir con el tratamiento y no abandonarlo y así que su salud agrave.

Varela, Salazar y Correa (2008), mencionan a la adherencia como una consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. En el instrumento Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral, se encontró una relación estadísticamente significativa en las variables, lo cual nos indica que los pacientes que presentan un nivel adecuado de adherencia terapéutica son todos aquellos que tienen un nivel de CV <1000 copias y un nivel de CD4+ ≥ 350 copias, con una edad de 30 años o mayor, hombres que trabajan jornadas de tiempo completo, con un ingreso mensual arriba de 6000 pesos. El consumo de drogas y cocaína se ve relacionada con la adherencia de forma negativa, así que habría de intervenir para poder lograr que los pacientes dejen de ingerir sustancias tóxicas. Siendo este instrumento el que demostró tener una relación entre los exámenes de laboratorio con el nivel de adherencia que tienen los pacientes, lo cual resulta lógico debido a que el propósito de ambos estudios de laboratorio es el indicar si en verdad se están ingiriendo de forma como se prescribió el medicamento recetado por el médico. Hay que resaltar que este instrumento al final tiene dos preguntas: la primera que es sobre si ha dejado de tomar su medicamento y por cuanto tiempo, fueron muchos los pacientes que no lo han dejado de tomar (110 pacientes), siendo un resultado que apoya al instrumento de adherencia autoinformada, en donde

también muchos de ellos no ha dejado de tomar el medicamento en sus horarios correctos.

Y por último la segunda pregunta en donde si se utiliza alguna estrategia para poder recordar la toma de su medicamento, las dos únicas fueron alarmas en el celular y el uso de un pastillero con su dosis del día. No hay más estrategias utilizadas, por parte de los pacientes, lo cual sería prudente preguntar en futuras investigaciones si es por que no se tiene el conocimiento de otras, o no le son prácticas.

Así en este estudio podemos encontrar muchas coincidencias con el estudio de Santillán (2010), en donde la motivación no tiene relación con la adherencia terapéutica, así que no tendría relevancia, si bien hay otros factores que pueden ayudar como la información y las habilidades conductuales a que el paciente no presente incumplimiento de la adherencia, tal como en el estudio de Santillán (2010) donde también obtiene una relación de información y habilidades conductuales con la adherencia terapéutica. Así como los niveles de sintomatología depresiva también se ven relacionados con la CV y los niveles de CD4+, coinciden con los resultados obtenidos por este autor en su investigación.

Así podemos concluir, que el presente estudio nos da un panorama de las variables que se ven involucradas en la adherencia terapéutica y cuales no, detectando las que se debería poner mayor énfasis y atención para poder evitar el incumplimiento del tratamiento.

Se podría profundizar aun más en las variables del equipo médico con la relación con el paciente, y si el paciente al estar asistiendo a su unidad médica u hospital por su medicamento, saber si asiste a los grupos de adherencia que imparten algunas instituciones como el IMSS o alguna otra de forma gratuita para poder tener una mejor adherencia, ya que esto nos hablaría un poco más de otros factores involucrados.

También sería prudente incluir, en el instrumento CEAT-VIH preguntas sobre las razones para dejar de tomar su medicamento, ya que muchos pacientes sin preguntarles, decían que era por falta de medicinas en el hospital o por que su trabajo no les permitía estar saliendo para poder ir a recoger su medicamento, lo cual alude a razones externas y con poco o nulo control por parte del individuo.

Otra variable a tomar en cuenta es identificar en el paciente valores, normas, creencias propias de una cultura que no le permitan tomar el medicamento en todo momento o influye para que éste no lo tome a la hora correcta o bien ni siquiera tomar algún tipo de medicamento. Como también se podría indagar sobre la historia del paciente en relación a tratamientos médicos previos y qué tan adherente fue a este tratamiento.

Una limitación que se presentó fue que la muestra no fue proporcional en género, ya que la población estudiada fueron en su gran mayoría hombres y de estos fueron homosexuales en su gran mayoría, mientras que mujeres fueron muy pocas, esto se explica gracias al Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135 003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres, para México en el 2009.

Así, queda una ventana abierta para que en futuras investigaciones se pueda tomar en cuenta estas observaciones y poder tener un análisis aun más completo. En cuanto a lo que se puede hacer es brindar aun más información por parte de los grupos de adherencia o en la consulta externa de las instituciones de salud que atiende a esta población informar de manera más detallada los riesgos de no seguir con el TARV, así dentro de estos grupos el papel del psicólogo tendrá gran importancia, ya que podrá hacer uso de distintas técnicas para hacer recordar al paciente el tomar su medicamento a la hora correcta, así como saber qué hacer si va a salir de casa por un periodo largo, ya sea de viaje o alguna fiesta o reunión. Hay que recordar que se necesita de todo un grupo de especialistas, quienes

deben trabajar en conjunto para poder promocionar y favorecer de manera adecuada la adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

Abbas, A., Litchman, A., y Pober, J. (2002) *Inmunología celular y molecular*. España: Mc Graw-Hill Interamericana.

Acosta, M., Debs, G., Noval, R., y Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*. 21 (3), 1 – 8.

Araújo. I. (2005). *Manual de Autocontrol*. México: Centro de Atención al Menor Alborada.

Bados. A., y García. E. (2010) *La Técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.

Beck, A. (1963). Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*. 9, 324-333.

Brown, K., y Turner, J. (2008) *AIDS: Políticas and Programs for the Workplace*. Van Nostrand Reinhold. New York. E.U.A. 5 – 8.

Caballero. R., y Villaseñor. A. (2002) Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*. 45, 108 – 113.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2012) *Guía de manejo Antirretroviral de las personas con VIH*. Secretaría de Salud. México.

Cgesney, M., Morin, M., y Sherr, L. (2000) Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605.

Codina, C., Knobel, H., Miró, J., Carmona, A., García, B., Antela, A., Góme-Domingo, M., Arrizabalaga, J., Iruin, A., Laguna, F., Jiménez, I., Rubio, R., Lluch, A., y Viciano, P. (1999). Recomendaciones GEDISA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento retroviral. *Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario*. Villarroel, Barcelona. 23 (4), 215-229.

Comín, E., De la Fuente, I., y García, A. (2003) El estrés y el riesgo para la salud. *Departamento de prevención MAZ*. 2 (11) 4 – 6.

Córdoba. J., Hernández. M., Izazola. J., Rodríguez. C., García. C. y Hernández. G. (2009). El VIH/SIDA en México 2009. *Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA*. (1), 5 – 12.

Cortéz. E., Ramirez. E., Olvera. J., y Arriaga. Y. (2009) El comportamiento de la salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*. UNAM, FES-Iztacala. 14 (20). 94-96.

Cristina, I., y Vinaccia, S. (2005) Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*. 16 (1), 51 – 52.

“¿Cuáles fluidos corporales pueden transmitir el VIH?”. (n.f).Recuperado de <http://www.geosalud.com/sida/que-es-el-vih.html>.

Demarbre, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología Barcelona*, (61), 71 -77.

Dunbar, J., y Stunkard, A. (1979) *Adherence to medical regimen. Nutrition, Lipids and coronary Hearth disease*. Nueva York: Iona College.

Ehrenzweig, Y. (2007) Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25 (1), 7 – 11.

Guía de Detección y Diagnóstico Integral de VIH/SIDA. (2011) México: *Secretaría de Salud*.

Ginarte, Y. (2001). La Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 17 (5), 502 – 506.

Gordillo, V., y Cruz, J. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la Psicología. *Psicothema*. 15 (2), 227 – 233.

Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V., y González-Lahoz, J. (1999) *Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy AIDS*. 13, 1763-1769.

Granados, G., Roales, J., Moreno E., e Ybarra, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (3), 697 – 707.

Hotz, S., Kapetin, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J., y Wiley, C. (2003) *Adherence to long-term therapies*. Nueva York. Evidence for action Geneva.

InfoSIDA. (2012) *La infección por el VIH y su tratamiento. Pruebas de detección del VIH*. México: InfoSIDA.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) *Tratamiento Antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH*. México: IMSS.

Instituto Nacional de la Salud Mental (2006) *Depresión*. México: INSM.

Jeang. K-T. (2000) *HIV-1: Molecular biology and pathogenesis. Clinical applications*. Boston: Estados Unidos. Academic Press.

Joint United Nations Programme on HIV / AIDS (2006) *Overview of the global AIDS epidemic*. Europa: ONUSIDA.

Kaslow, R., y Francis, D. (2011) *The Epidemiology of AIDS. Expression, Occurrence, and of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infeccion*. New York. E.U.A. 4 – 6.

Lazarus, R. (1966) *Psychological stress and the coping process*. Nueva York. Mc Graw-Hill.

López. A. (2000). *Psicología y salud. Escritos de Psicología*. 4 (8). 8 – 33.

Margulies. S., Barber. N., y Recoder. M. (2006) VIH/SIDA y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda* (3), 1 -20.

Martín. L. (2004) Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 30 (4), 1 – 4.

Martín. L. (2006) Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32 (3). 1-6.

Martín. L., y Grau. J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Instituto Nacional de Oncología y*

Radiología. 14 (1), 2-8. Recuperado de http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/14_1/LMart%C3%ADn.html.

Matu, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibañes, I. (2002). Apoyo Social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*. 25, 32-37.

Meichenbaum, D., y Turk, D. (1987) *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: *Plenum Press*.

Mercado, S. (1992) *Estrés, Ansiedad y afrontamiento en el manejo del paciente quirúrgico*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.

"*Mental Health*". (06/01/2012). Recuperado de <http://aids.gov/hiv-aids-basics/staying-healthy-with-hiv-aids/taking-care-of-yourself/mental-health/>.

Muñoz, E. (2006) *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Madrid, España.

Navarro, E., y Vargas, R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*. 19. 14 – 16.

Olvera, J., y Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 11(4). 1-9.

Ortiz, M y Ortiz, E. (2006). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*. 135, 647 – 650.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Washington: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos. Medicamentos utilizados en las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Experiencia Exitosa en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica*. Washington: OPS.

Paslow, T., Stites, D., Terr, A., e Imboden. (2001). *Inmunología básica y clínica*. 10ª edición. México: Manual Moderno.

Pavón, R., Hernández, M., Loria, S., y Sandoval, L. (2004). Interacciones neuroendocrinoimmunológicas. *Salud Mental*. 27, 19-25.

Paz, R. (1999) *La adhesión al tratamiento en tratamientos médicos mediante una encuesta de opinión*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología México: UNAM.

Perales, F. (1993) La resolución de problemas: una revisión estructurada. *Enseñanzas de las ciencias*. 11 (2) 170 – 178.

Peralta, M., y Carbajal, P. (2008). Adherencia a Tratamiento. *Revista Central Dermatológica Pascua*. 17 (3), 84 – 88.

Piña, J., Corrales, A., Mungaray, K., y Valencia, M. (2006) Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana Salud Pública*. 19 (34) 217-228.

Piña, J., Dabila, T., Sánchez-Sosa, J., Togawa, C., y Cázares, R. (2008) Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana Salud Pública*. 23 (33), 377-383.

Puente, F. (1984) *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*. México: Lepetit.

Remor, E., Carrobles, J., Arranz, P., Martínez, D., y Ullas, S. (2001) Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psychology. Behavior*. 9, 323-336.

Robert, S., y Lamontage, Y. (1977). *Depresión. Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid: Debate.

Robbins-Contran, R., Kumar, V., y Collins, T. (2000) *Patología estructural y funcional*. 6ª edición. México. Mc Graw-Hill Interamericana.

Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistemática. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. México. 14,(3), 98 – 101.

Santillan, C. (2010) Adherencia terapéutica en personas que viven con VIH/SIDA. *Ciencia Nueva*, UNAM, Facultad de Psicología. 225 – 245.

Soto, L., Gutiérrez, R., y Maguiña, C. (2005) Esquemas de tratamiento antirretroviral. Perú: Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt.

Stone, G. (2001), Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 20 (01). 15 – 26.

Valdespino, G., García, G., Del Río, Z., Loo, M., Magis, R., y Salcedo, A. (1995) Epidemiología del SIDA/VIH en México. *Salud Pública de México*. 37, 556-571.

Varela, M., Salazar, I, y Correa, D. (2008) Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de Psicología*. 11 (2). 101 – 109.

Velucci, S., y Parrott, R. (1995) Prostaglandin-dependent c-Fos expression in the median preoptic nucleus of pigs subjected to restraint: correlation with hyperthermia. *Neuroscience Letters*. 198 (45) 49-51.

Vinaccia, S., Quinceno, J., Milena, A., Soto, A., Gil, M., y Ballester, R. (2007) Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*. 25 (1). 1 – 3.

Vázquez, F. (2002) La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema* 14 (3) 516 – 522.

What is HIV/AIDS?. (06/06/2012). Recuperado de <http://aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/what-is-hiv-aids/>.

ANEXOS



Batería de Instrumentos sobre Variables Relacionadas con la Adherencia Terapéutica al tratamiento de VIH/SIDA, Adaptado y desarrollado por la Mtra. Carolina Santillán Torres Torija

Folio: _____ Expediente: _____

Fecha de aplicación: ___/___/___ Carga Viral : _____

CD4+: _____

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para conocer algunos factores relacionados con la adherencia al tratamiento del VIH/SIDA. A continuación le pedimos que voluntariamente responda a los cuestionarios, puede decidir no responderlos en cualquier momento y esto no tendrá ninguna repercusión sobre la atención médica que le brinden a usted o a sus familiares usuarios de los servicios en esta institución hospitalaria.

La información que obtendremos de los cuestionarios es estrictamente confidencial y su médico o personal de la clínica no podrá ver sus respuestas. Le pedimos que conteste con toda la honestidad posible, pues este estudio es para conocer qué pasa realmente con los pacientes en terapia Antiretroviral.

El cuestionario tiene cinco secciones, cada una tiene secciones diferentes. Cada sección tiene un ejemplo de cómo responder.

Por favor cuando acabe cada sección, solicite al aplicador apoyo para que reciba instrucciones sobre cómo contestar cada sección.

¡Gracias por su participación!

Sección
1
Datos sociodemográficos

Edad:_____ **Fecha de su diagnostico: Mes:**_____ **Año:**_____ Mes año

Sexo: Mujer (1) Hombre (2)

Tiene hijos: No (0) Si (1) ¿Cuántos?_____

Tiene pareja: No(0) Sí(1)

Estado civil: Soltero (0) Casado (1) Divorciado (2) Unión Libre (3) Viudo (4)

Vive con: Solo (0) Pareja (1) Amigos (2) Familia (3)

Otro Especifique:_____

Su orientación sexual es:

Homosexual (1) Heterosexual (2) Bisexual (3)

Último grado de estudios:

Primaria completa (1) Primaria incompleta (2) Secundaria incompleta (3)
Secundaria Completa (4) Preparatoria incompleta (5) Preparatoria Completa
(6) Carrera Técnica (7) Estudios Universitarios (8)

Situación laboral:

Nunca he trabajado (1) Tengo un trabajo de medio tiempo (2) Trabajo por
mi cuenta (3) Me retiré de trabajar (4) No tengo trabajo en este momento
(5) Tengo un trabajo fijo de tiempo completo (6)

¿Cuál es su ingreso promedio mensual?

de \$1,500 a de \$3,000 a de \$4,500 a de \$6,000 a \$3,000
\$4,500 \$6,000 \$9,000

Marque las sustancias que ha consumido en los últimos seis meses

Ninguna (0) Tabaco (3) Marihuana (5) Alcohol (1) Heroína (4) Otros (6)
Cocaína (2)



Fin de la sección 1, por favor si tiene alguna duda avíselo al aplicador.

Adherencia:

Sección
2
Adherencia

La mayoría de las personas con VIH tienen que tomar muchas pastillas a diferentes horas del día, a mucha gente se le hace difícil recordar siempre sus pastillas porque están ocupadas y se les olvida cargarlas, se les hace difícil tomárselas de acuerdo con todas las instrucciones, como "con las comidas", "ayunas", "cada 8 horas", "con bastantes

Adherencia:

Algunas personas deciden no tomarse las pastillas porque les caen pesadas o simplemente porque no quieren tomar pastillas ese día. Queremos comprender cómo le hacen las personas con VIH para tomar sus medicamentos, por lo que en esta sección te haremos preguntas sobre la toma de tus medicamentos. Algunas personas deciden no tomarse las pastillas porque les caen pesadas o simplemente porque no quieren tomar pastillas ese día. Queremos comprender cómo le hacen las personas con VIH para tomar sus medicamentos, por lo que en esta sección te haremos preguntas sobre la toma de tus medicamentos. En la siguiente sección se le harán preguntas sobre sus medicamentos. La siguiente tabla incluye los nombres de algunos medicamentos, en caso de que no recuerde el nombre de los que le recetan. En la siguiente sección se le harán preguntas sobre sus medicamentos. La siguiente tabla incluye los nombres de algunos medicamentos, en caso de que no recuerde el nombre de los que le recetan.

NOMBRES DE ALGUNOS MEDICAMENTOS:

La siguiente tabla incluye los nombres de algunos medicamentos, en caso de que no recuerde el nombre de los que le recetan. Nombres comerciales por ejemplo: Efavirenz, Kaletra, Truvada; Combivir, Kivexa, Retrovir, Epivir, Ziagen, Viramune, Crixivan, Invirase, Norvir

NOMBRES DE ALGUNOS MEDICAMENTOS:

Nombres comerciales por ejemplo: Efavirenz, Kaletra, Truvada, Nombre genérico: AZT (Atazanavir), Darunavir, Etravirina, Enfuvirtide, zidovudina, didanosina; Abacavir; 3TC, lamivudina, Lopinavir /ritonavir; Indinavir, Nelfinavir, Saquinavir, Nevirapina, Emitricitavina, Nombre genérico: AZT (Atazanavir), Darunavir, Etravirina, Enfuvirtide, zidovudina, didanosina; Abacavir; 3TC, lamivudina, Lopinavir /ritonavir; Indinavir, Nelfinavir, Saquinavir, Nevirapina, Emitricitavina, TDF (Tenofovir).

Nombre los medicamentos que toma:

- 1: _____
 2: _____
 3: _____
 4: _____
 5: _____
 6: _____

Marque la casilla apropiada.

1. La mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario, como "2 veces al día", "3 veces al día", o "cada 8 horas". **Anexo 1.**

¿qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días? **Anexo 1.**

Nunca (0)	Algunas veces (1)	Cerca de la mitad de las veces (2)	La mayoría de las veces (3)	Todo el tiempo (4)
--------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------

2. ¿Alguno de sus medicamentos tiene instrucciones especiales, como "tóme con la comida", "tóme en ayunas" o "tóme con el estómago vacío"? **Anexo 1.**

No Pase a la pregunta 4 Sí Pase a la pregunta 3

3. Si la respuesta es **Sí**, con qué frecuencia siguió usted esas instrucciones especiales durante los últimos cuatro días?

4. Algunas personas olvidan tomarse sus pastillas los fines de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos en el último fin de semana, es decir, el sábado o domingo pasado?

Nunca (0)	Algunas veces (1)	Cerca de la mitad de las veces (2)	La mayoría de las veces (3)	Todo el tiempo (4)
--------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------

5. ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos? **Anexo 1.**

Sí (0) No (1)

5. ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos?

(Marque una casilla)

- Durante la última semana ()
 Hace de 1 a 2 semanas ()
 Hace de 3 a 4 semanas ()
 Hace de 1 a 3 meses ()
 Hace más de tres meses ()
 Nunca dejo de tomar mis medicamentos ()

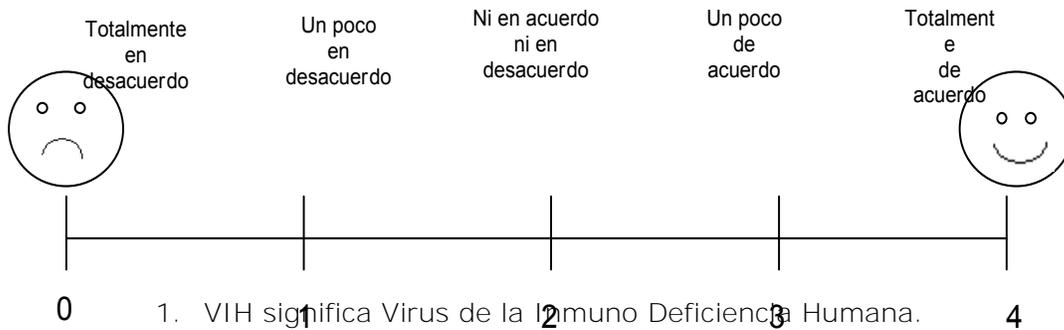


Fin de la sección 2, por favor si tiene alguna duda avíselo al aplicador.

Sección 3 LW-IMB-AAQ

I. La continuación sólo presenta una serie de afirmaciones. Le pedimos circule la opción que considere lo describe mejor.

Observe el ejemplo:



1. VIH significa Virus de la Inmuno Deficiencia Humana.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Si usted está totalmente seguro de que VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana, entonces usted tendría que circular "Totalmente de acuerdo".

Si usted está totalmente seguro de que VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana, entonces usted tendría que circular "Totalmente de acuerdo".

Antes de comenzar, si tiene alguna duda avíselo al aplicador.

- 11 **Sé** como debe ser tomado cada uno de los medicamentos que me recetan (por ejemplo, **sé** si los medicamentos que tomo actualmente se pueden o no se pueden tomar con agua, con suplementos herbolarios o con otros medicamentos que me recetan).

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- 12 **Sé qué** hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos (por ejemplo, si debo o no tomarme la(s) pastilla(s) **después**).

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- 13 No le haría **daño** a mi salud saltarme alguno de mis medicamentos de vez en cuando.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- 14 Conozco los posibles efectos secundarios de cada uno de mis medicamentos, (si causan mareos, dolor de cabeza, **náuseas**).

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- 15 **Está** bien saltarme mis medicamentos de vez en cuando.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- 16 Entiendo **cómo** cada uno de mis medicamentos trabaja en mi cuerpo para luchar contra el VIH.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- 17 Si no me los tomo como me los recetaron, estos medicamentos pueden dejar de funcionarme en el futuro.

19 Sé cómo funcionan los medicamentos combinados con el alcohol y otras drogas.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

M1 Me preocupa que otras personas se den cuenta que soy VIH Positivo si me ven tomando mis medicamentos.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Anexo 1.

M2 Me frustra tomar los medicamentos por que tengo que planear mi vida
15 está bien galaros me mis medicamentos de vez en cuando.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

M6 Notiendo cómo cada uno de mis medicamentos trabaja en mi cuerpo para luchar
contra el VIH.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

17 Si no me los tomo como me los recetaron, estos medicamentos pueden dejar de funcionar en el futuro.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

18 Si me los tomo como me los recetan, vivirá más tiempo.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(5)

- M4 Mi médico toma en cuenta mis necesidades cuando me recomienda **qué** medicamentos debo tomar.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- M5 La mayoría de las personas que son importantes para mí y que saben que soy VIH Positivo me apoyan para tomarme mis medicamentos.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- M6 Mi médico no me da suficiente apoyo para tomarme los medicamentos tal y como me los receta.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- M7 Me frustró cuando pienso que debo tomar estos medicamentos todos los días del resto de mi vida. **Anexo 1.**

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- M8 Me preocupa que los medicamentos que me han recetado vayan a dañar mi salud.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- M9 Me molesta que los medicamentos que he estado tomando afecten mi aspecto.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

- M10 Me molesta que los medicamentos que he estado tomando me causen efectos secundarios.

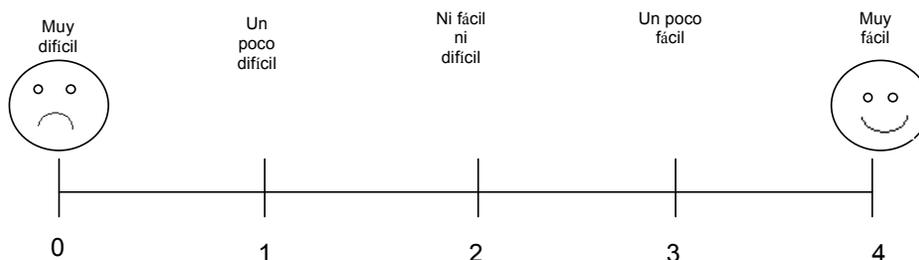
M10 Me molesta que los medicamentos que he estado tomando me causen efectos secundarios.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Anexo 1.

Las siguientes afirmaciones le preguntan qué tan difícil o fácil le resulta realizar ciertas conductas:

Puede ayudarse con la siguiente escala:



B1 Tomar los medicamentos cuando consumo alcohol u otras drogas, es:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B2 Estar informado sobre el tratamiento es para mí:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B3 Conseguir el apoyo de los demás para tomarme mis medicamentos, por ejemplo, de mis amigos, familia, doctor, es:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B4 Que me entreguen los medicamentos a tiempo es:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B5 Tomarme mis medicamentos cuando estoy metido en lo que estoy haciendo, es:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B6 Lidar con los efectos secundarios de los medicamentos, que me den náuseas, diarrea, o dolor de cabeza, me es:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B7 Acordarme de tomar los medicamentos se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B8 Tomar mis medicamentos cuando las pastillas son difíciles de tragar, salen mal, o me caen mal al estómago, me resulta:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B9 Lograr que mis medicamentos sean parte de mi vida diaria se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B10 Tomarme mis medicamentos cuando la rutina del día cambia por ejemplo, cuando viajo o salgo con mis amigos, se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B11 Tomar mis medicamentos cuando NO me siento bien emocionalmente, por ejemplo, cuando estoy deprimido, triste, enojado o tenso, se me hace:

B11 Tomar mis medicamentos cuando NO me siento bien emocionalmente, por ejemplo, cuando estoy deprimido, triste, enojado o tenso, se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B12 Tomar mis medicamentos cuando me siento bien físicamente y no tengo síntomas del VIH, se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Anexo 1.

B13 Tomar mis medicamentos cuando NO me siento bien físicamente, se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

B14 Hablar con mi doctor sobre los medicamentos, dudas, preguntas, se me hace:

Muy difícil	Un poco difícil	Ni fácil ni difícil	Un poco fácil	Muy fácil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

PS1 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
A los _____ años

PS2 ¿Con qué frecuencia usa condón cuando tiene relaciones sexuales?

Siempre	La mayoría de las veces	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

PS3 ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que tuvo su última relación sexual?

Hace menos de un mes (1)	Entre 2 y seis meses (2)	De 6 meses a un año (3)	Hace más de un año (4)
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------

PS4 ¿Usó condón en su última relación sexual?

(1) Sí (2) No

PS5 Si ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, ¿ha utilizado condón?

(1) Sí (2) No

PS6 ¿Con qué frecuencia ha tenido alguna infección de transmisión sexual?

Anexo 1.

Nunca (0)	Alguna vez (1)	Varias veces (2)	Muchas veces (3)
--------------	-------------------	---------------------	---------------------

PS7 ¿Cuál es la vía de infección por la que más probablemente usted adquirió el VIH?

- (1) Teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus
- (2) Teniendo sexo con una mujer que ya tenía el virus
- (3) Transfusión de sangre o algún procedimiento médico
- (4) Compartiendo jeringas contaminadas con una persona que ya tenía el virus
- (5) No lo sé

Sección
4
CES-D

~~Escala CES-D~~
Escala CES-D

A continuación se le presentan un grupo de afirmaciones. Por favor marque cuántas veces se sintió así durante la última semana.

Ejemplo: veces se sintió así durante la última semana.

Ejemplo:
1. Me dolió la cabeza.
1. Me dolió la cabeza. Ningún día. Menos de 1 día. Como 1 ó 2 días. De 3 a 4 días. De 5 a 7 días.

Esta persona respondió "de 3 a 4 días", por que durante la semana pasada le dolió la cabeza más o menos 3 ó 4 días.
Esta persona respondió "de 3 a 4 días", por que durante la semana pasada le dolió la cabeza más o menos 3 ó 4 días.
Esta persona respondió "de 3 a 4 días", por que durante la semana pasada le dolió la cabeza más o menos 3 ó 4 días.

Antes de comenzar, si tie  avíselo al aplicador.

Antes de comenzar, si tiene alguna duda avíselo al aplicador.
Antes de comenzar, si tiene alguna duda avíselo al aplicador.

CES1 Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES2 No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES3 Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES4 Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES5 Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

Anexo 1.

CES6 Me sentía deprimido.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

Anexo 1.

CES7 Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES8 Me sentía con esperanza sobre el futuro.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES9 Pensé que mi vida **había** sido un fracaso.

CES9 Pensé que mi vida **había** sido un fracaso.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES10 Me sentía con miedo.
 Ningún día Menos de 1 día Como 1 ó 2 días De 3 a 4 días De 5 a 7 días

CES10 Me sentía con miedo.

CES11 Mi sueño era inquieto.

CES11 Mi sueño era inquieto.

CES11 Mi sueño era inquieto.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES12 Estaba contento.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES13 Hablé menos de lo usual.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días Anexo 1. Anexo 1.
CES14 Me sentí solo.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES15 La gente no era amable.					
CES15 La gente no era amable.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES16 Disfruté de la vida					
CES16 Disfruté de la vida	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES17 Pasé ratos llorando.					
CES17 Pasé ratos llorando.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES18 Me sentí triste.					
CES18 Me sentí triste.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES19 Sentía que yo no le caía bien a la gente.					
CES19 Sentía que yo no le caía bien a la gente.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES20 No tenía ganas de hacer nada.					
CES20 No tenía ganas de hacer nada.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días

14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho	
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos	
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo	
17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor	
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad	
						SÍ	NO
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? [Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?]						
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?						

