



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS CON LA FALTA DE ADHESIÓN EN
PACIENTES CON VIH/SIDA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO

DIRECTORA:
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

COMITÉ:
DR. EDUARDO JAVIER AGUILAR VILLALOBOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. STEVEN SAFREN
UNIVERSITY OF MIAMI
DR. ARIEL VITE SIERRA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN
INSTITUTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

Cd. Mx.

JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
EPIDEMIOLOGÍA.....	6
VIH/SIDA.....	7
• <i>SIDA.....</i>	<i>8</i>
• <i>Tratamiento Antirretroviral.....</i>	<i>8</i>
• <i>Aspectos psicológicos de la enfermedad.....</i>	<i>10</i>
ADHESIÓN A LOS ANTIRRETROVIRALES.....	12
• <i>Variables asociadas con la falta de adhesión.....</i>	<i>13</i>
• <i>Afrontamiento.....</i>	<i>14</i>
• <i>Apoyo social.....</i>	<i>16</i>
• <i>Distrés.....</i>	<i>19</i>
• <i>Depresión.....</i>	<i>19</i>
• <i>Ansiedad.....</i>	<i>20</i>
MEDIADORES Y PREDICTORES DE LA FALTA DE ADHESIÓN A LOS ANTIRRETROVIRALES.....	22
• <i>Afrontamiento.....</i>	<i>22</i>
• <i>Distrés (Estados de ánimo negativos).....</i>	<i>24</i>
• <i>Apoyo social y estados de ánimo negativos/ afecto negativo.....</i>	<i>27</i>
• <i>Afrontamiento, Apoyo social, Estados de ánimo negativos y Adhesión.....</i>	<i>29</i>
INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHESIÓN EN PACIENTES VIH POSITIVOS..	35
• <i>Intervenciones de apoyo social.....</i>	<i>36</i>
• <i>Monitores de Pastillas electrónicos.....</i>	<i>36</i>
• <i>Visitas domiciliarias.....</i>	<i>37</i>
• <i>Intervenciones breves.....</i>	<i>38</i>
• <i>Intervenciones psico-educativas.....</i>	<i>38</i>
• <i>Intervenciones cognitivo-conductuales.....</i>	<i>39</i>
ESTUDIO 1	
MÉTODO.....	49
• <i>Participantes.....</i>	<i>49</i>
• <i>Instrumentos.....</i>	<i>51</i>
• <i>Carga Viral y CD4.....</i>	<i>53</i>
• <i>Diseño.....</i>	<i>53</i>
• <i>Procedimiento.....</i>	<i>53</i>
• <i>Análisis estadísticos.....</i>	<i>53</i>

RESULTADOS DEL ESTUDIO 1.....	54
• <i>Análisis factoriales exploratorios.....</i>	54
• <i>Correlaciones.....</i>	57
• <i>Regresiones lineales.....</i>	60
• <i>Modelo de ecuaciones estructurales.....</i>	63
DISCUSIÓN.....	65
ESTUDIO 2.....	68
MÉTODO.....	68
• <i>Participantes.....</i>	68
• <i>Instrumentos.....</i>	69
• <i>Diseño.....</i>	70
• <i>Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	71
PROCEDIMIENTO.....	76
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	77
RESULTADOS DEL ESTUDIO 2.....	80
• <i>Análisis individual.....</i>	80
• <i>Análisis por grupo.....</i>	128
DISCUSIÓN.....	146
REFERENCIAS.....	151
ANEXOS.....	169

RESUMEN

La adhesión a los antirretrovirales es uno de los pilares en el tratamiento de pacientes VIH+, ya que logran suprimir la Carga Viral en la sangre y aumentan el conteo de células CD4, sin embargo para lograr un resultado virológico óptimo el paciente debe mantener una adhesión casi perfecta. No obstante, diversos estudios han encontrado que para muchos pacientes mantener estos niveles altos de adhesión no es posible, lo cual genera diversos problemas en la vida del paciente. Por lo anterior, es importante identificar las variables que entorpecen la adhesión a los antirretrovirales, para posteriormente diseñar intervenciones psicológicas que ayuden a mejorar la adhesión y por ende a mejorar el estado físico y psicológico de los pacientes. Se llevaron a cabo dos estudios, el primero evaluó un modelo hipotético por medio del modelamiento de ecuaciones estructurales para explicar las relaciones existentes entre el apoyo social, los estilos de afrontamiento, los estados de ánimo negativos y el tiempo desde el diagnóstico con respecto a la falta de adhesión, el conteo de CD4 y la Carga Viral en pacientes con VIH/SIDA. Los resultados indicaron que el modelo tuvo un buen ajuste estadístico: $\chi^2(14, N = 260) = 18,459, p = .187, CFI = .96, RMSEA = .035$, y que los estados de ánimo negativos mediaron la relación entre el apoyo social informativo-afectivo, el afrontamiento evitativo y la facilidad percibida para seguir el tratamiento. El segundo estudio evaluó el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología de ansiedad y depresión y su impacto en la adhesión terapéutica, afrontamiento, apoyo social, facilidad percibida para seguir el tratamiento y variables fisiológicas como CD4 y CV. Los resultados indicaron que la intervención fue efectiva para disminuir los síntomas ansiosos y depresivos, y por consecuencia los participantes percibieron mayor facilidad para seguir el tratamiento antirretroviral.

ABSTRACT

Adherence to antiretrovirals is one of the pillars in the treatment of HIV + patients, due to they succeed in suppressing the viral load in the blood and increase the CD4 count, however, in order to achieve an optimal virological result, the patient must maintain an almost perfect adherence. However, several studies have found that for many patients maintaining these high levels of adhesion is not possible, which generates various problems in the patient's life. Therefore, it is important to identify the variables that hinder adherence to antiretrovirals, and to design psychological interventions in order to improve adhesion and thus improve the physical and psychological status of patients. Two studies were carried out. The first one evaluated a hypothetical model through the modeling of structural equations to explain the relationships between social support, coping styles, negative moods and the time from diagnosis to Lack of adherence, CD4 count, and viral load in patients with HIV / AIDS. The results indicated that the model had a good statistical fit: $\chi^2(14, N = 260) = 18,459, p = .187, CFI = .96, RMSEA = .035$, and that negative moods mediated the relationship between Information-affective social support, avoidant coping and perceived facility to follow treatment. The second study evaluated the effect of a cognitive behavioral intervention on the symptoms of anxiety and depression and their impact on therapeutic adherence, coping, social support, perceived ease of treatment and physiological variables such as CD4 and CV. The results indicated that the intervention was effective in reducing anxious and depressive symptoms, and as a result the participants perceived a greater ease of following the antiretroviral treatment

El VIH/SIDA es considerada una de las pandemias más devastadoras, pues en un corto tiempo, paso de ser una enfermedad diagnosticada solo en grupos con conductas de riesgo, a ser una enfermedad que se presenta ahora en la población en general, sin importar la raza, el género, la edad, la cultura ni las condiciones geográficas. Afectando, no sólo la salud de las personas, sino también diversas condiciones, tanto sociales como políticas, económicas, biológicas y culturales de cada país.

EPIDEMIOLOGÍA

En el 2015, había aproximadamente 36.7 millones de personas infectadas con el VIH en el mundo; se ha logrado disminuir un 6% las nuevas infecciones por el VIH y aumentar en un 84% el acceso a los antirretrovirales desde el 2010, este acceso ha permitido que los pacientes vivan más y con mejor salud, y por consecuencia se han disminuido en un 42% aproximadamente las muertes relacionadas con el SIDA (1.1 millón), comparado con el 2004, que fue el año donde se obtuvo un punto máximo de muertes con 3.1 millones.

La epidemia del VIH en México, aún no se ha expandido a la población general, y todavía se encuentra concentrada en ciertos grupos vulnerables, como los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), Trabajadoras sexuales (TS) y Personas que se inyectan drogas (PUDI) (ONUSIDA, 2014). De acuerdo con los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA hasta el 2016 se tienen registrados 132, 050 personas que vivían con VIH y SIDA (60,990 con VIH y 71,060 con SIDA).

Las entidades federativas con la mayor proporción de casos de VIH son el Distrito Federal con 11,886 casos, Veracruz con 7,084 casos y el Estado de México con 3,988; mientras que los estados con mayor proporción de casos de SIDA son el Distrito Federal con 27,099 casos, seguido del Estado de México con 19,308 casos, Veracruz con 15,800 casos y Jalisco con 12,925 casos (Censida, 2016).

Durante el 2015 se diagnosticaron 6,436 casos de VIH, y hasta el 2014 se tenían registradas 4,763 muertes por SIDA, esto refleja una disminución del 8.2% en el número de defunciones comparado con el año 2008 donde se registró el mayor número de muertes con 5,189.

A pesar de las altas cifras que aún se tienen con respecto a la epidemia, es notable que a lo largo de los años ha habido una disminución de muertes de SIDA, esto refleja un importante impacto de las campañas de prevención y la eficacia de los tratamientos antirretrovirales. Si bien los cambios epidemiológicos denotan una disminución, son las características de la enfermedad el principal determinante de las necesidades de atención tanto físicas como psicológicas.

VIH/SIDA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014) el VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Se tienen dos indicadores principales de la afectación por VIH, las células CD4 y la carga viral. Las células CD4 coordinan la respuesta inmunitaria, ya que estimulan a otros inmunocitos para combatir una infección. El VIH en este caso es el que debilita el sistema inmunitario al destruir los linfocitos CD4 (CENSIDA, 2015), por lo tanto, se recomienda que una persona infectada mantenga arriba de 500 células/mm³ para que junto con la supresión viral se logre prevenir, retrasar o revertir algunas enfermedades del SIDA (CENSIDA y Secretaría de Salud [SSA], 2014).

Por otra parte, la Carga Viral (CV) mide, la cantidad de copias del VIH (RNA viral) que la persona infectada tiene circulando en la sangre, generalmente es determinada por el plasma y los resultados se expresan como el número de copias de RNA del VIH por mililitro de plasma (copias por ml) (CENSIDA, 2015); para mantener un control virológico, es necesarios que la CV esté por debajo de 50 copias/ml de manera persistente e ininterrumpida (CENSIDA y SSA, 2014).

Con base en ONUSIDA (2006), las principales formas de transmisión son:

- Relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada.
- La transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas jeringuillas u otros instrumentos punzantes.
- De la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (transmisión vertical).

De estas tres formas de transmisión, la sexual es la que desde 1983 hasta el 2014 ha sido la principal causa de los casos notificados de VIH en México, representando un 97.1% de los casos totales (Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida [CENSIDA], 2014).

Las etapas de la infección por VIH de acuerdo con la SSA (2012) son:

Fase aguda

Sin tratamiento, la infección aguda inicia en el momento del contagio, que es cuando el virus se replica e infecta a las células T/CD4. Un gran porcentaje de personas permanecen asintomáticas, sin embargo, del 40 al 90% de los pacientes llegan a presentar fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoraciones nocturnas, diarrea, náuseas y vómito. Este cuadro de síntomas aparece de dos a seis semanas después de la exposición al virus y desaparece pocos días después.

Fase crónica

El portador es asintomático, pero el virus está activo, se replica constantemente. El uso de antirretrovirales favorece al paciente, ya que éstos son capaces de inhibir la replicación viral y también hacen posible la reconstitución del sistema inmune. Entre el 80 y 90% de los pacientes progresan a SIDA en un periodo de 10 años, mientras que un 10% lo hace entre uno y cinco años (Pérez, Cayón y Esquitino, 2003).

• ***Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)***

El sistema inmunológico es incapaz de reponer las células T CD4+ que pierde por la infección del VIH por lo que el portador puede infectarse por alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o desarrollar cánceres relacionados con el VIH (OMS, 2014).

Cada una de estas etapas indican el deterioro que sufre el paciente infectado, sin embargo como se mencionó, tanto la supresión viral como el alto número de células CD4 ayudan a retrasar la etapa del SIDA en el paciente, y esto se logra generalmente con el Tratamiento Antirretroviral (TAR).

• ***Tratamiento antirretroviral***

Con base en la SSA (2012), el objetivo general del tratamiento antirretroviral es la supresión máxima y prolongada de la CV del VIH en el plasma a niveles inferiores a 50 copias de RNA viral/ml. Este control viral restaura y preserva la función inmune, disminuye la morbi-mortalidad relacionada o no al SIDA, mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de transmisión. Para ser exitoso, el

tratamiento debe estar conformado por una combinación de 3 o 4 drogas activas, con al menos dos mecanismos de acción diferentes. Dicha combinación debe contener dos análogos de nucleósidos¹ y un tercer componente que puede ser un inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleósido² o un inhibidor de proteasa³ potenciado con ritonavir (Ver Tabla 1).

*Tabla 1.
Antirretrovirales y sus efectos colaterales*

<i>Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos a Nucleósidos</i>	
<i>Nombre</i>	<i>Efectos colaterales</i>
<i>Abacavir (ABC)</i>	<i>Hipersensibilidad.</i>
<i>Didanosina EC (ddI EC)</i>	<i>Pancreatitis, Esteatosis hepática, Neuropatía periférica, neuritis óptica.</i>
<i>Emtricitabina (FTC)</i>	<i>Buena tolerancia. Cefalea, náusea, vómito, coloración oscura de piel y uñas.</i>
<i>Lamivudina (3TC)</i>	<i>Buena tolerancia. Cefalea, náusea, vómito, diarrea e intolerancia al mismo medicamento.</i>
<i>Estavudina (d4t)</i>	<i>Lipoatrofia, dislipidemia, esteatosis hepática y neuropatía periférica.</i>
<i>Tenofovir (TDF)</i>	<i>Disfunción renal, exacerbación de hepatitis por virus B.</i>
<i>Zidovudina (ZDV)</i>	<i>Náusea, vómito, diarrea, cefalea, insomnio, astenia, miopatía.</i>
<i>Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos</i>	
<i>Efavirenz (EFV)</i>	<i>Mareos, insomnio, somnolencia, sueños vívidos, confusión, depresión.</i>
<i>Neviparina (NVP)</i>	<i>Rash (erupción cutánea), hepatitis aguda,</i>
<i>Etravirina (ETV)</i>	<i>Rash</i>
<i>Inhibidores de la Proteasa</i>	
<i>Atazanavir (ATV)</i>	<i>Hiperbilirrubinemia, nefrolitiasis, dislipidemia.</i>
<i>Darunavir (DRV)</i>	<i>Rash</i>
<i>Fosamprenavir (FPV)</i>	<i>Rash</i>
<i>Indinavir (IDV)</i>	<i>Nefrolitiasis, cefalea, astenia, visión borrosa, mareos, sabor metálico.</i>
<i>Lopinavir/Ritonavir LPV/r)</i>	<i>Náusea, vómito, diarrea, cefalea y astenia.</i>
<i>Ritonavir (RTV)</i>	<i>Náusea, vómito, diarrea, parestesias, alteraciones del gusto.</i>
<i>Saquinavir (SQV)</i>	<i>Efectos adversos comunes</i>
<i>Tipranavir (TPV)</i>	<i>Reportes de hemorragia intracraneana y hepatitis fatal</i>

A pesar del efecto benéfico de los tratamientos antirretrovirales sobre el funcionamiento inmune de los pacientes, estos tratamientos también causan malestar físico. Algunos de los efectos colaterales más comunes son los neuropsiquiátricos como las alteraciones del sueño, y la depresión; efectos gastrointestinales como la náusea y la diarrea; cefaleas, dislipidemia, etcétera (Ver Tabla 1). Dichos malestares causan desgaste en los pacientes y les impiden realizar sus tareas cotidianas en el hogar, escuela o trabajo, e incluso alteran su aspecto físico, lo cual afecta sus relaciones sociales.

¹ Fármaco antiviral que al ingresar a la célula huésped inhiben la síntesis del ADN del virus.

² Fármaco antiviral que detienen la multiplicación del VIH al bloquear la enzima transcriptasa reversa.

³ Fármaco antiviral que inhiben la maduración del virus.

Actualmente existen 20 fármacos antirretrovirales en 32 presentaciones, con los cuales se determinan los esquemas de tratamiento (CENSIDA, 2014). Dichos esquemas son diferentes para cada paciente, y pueden incluir la toma de un solo medicamento o la inclusión de varias pastillas, la frecuencia de las dosificación es variable en cada esquema, y algunos de los tratamientos deben tener un cuidado especial (como mantenerlos por debajo de los 25°C, no exponer el medicamento al calor extremo o no cambiarlos de envase) lo que complica el régimen medicamentoso.

Los medicamentos son muy costosos y escasos, lo cual genera un gasto económico importante en el sector salud. De acuerdo con cifras del Banco Mundial en el 2014, la cobertura del tratamiento antirretroviral en México abarcaba sólo el 50% de las personas que vivían con VIH, esto refleja que la mitad de los pacientes no contaron con tratamiento y esto afecta la adhesión al mismo. Por otro lado, no todas las personas que reciben tratamiento son adherentes al mismo, y la adhesión en el tratamiento del VIH/SIDA es la clave principal del control de la enfermedad.

• ***Aspectos psicológicos de la enfermedad***

Las consecuencias derivadas del curso de la enfermedad, sus síntomas, y los efectos colaterales de los tratamientos repercuten en el aspecto psicológico de quienes los padecen y estos aspectos comienzan desde el momento en que las personas son informadas del resultado positivo de la prueba para detectar al VIH, ya que presentan, en mayor o menor grado algún tipo de alteración emocional que puede variar en cuanto a severidad, tiempo e intensidad (Remor, 2003).

De acuerdo con Remor, Ballester, Espada, Gordillo y Álvarez-Valdés (2008), la presencia de problemas emocionales en esta población proviene fundamentalmente de cuatro posibles fuentes:

- La psicopatología previa de algunos afectados
- La dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo
- La propia enfermedad y su tratamiento
- El estigma social asociado con el SIDA

Con respecto a la morbilidad psicopatológica previa a la enfermedad, hay que destacar que el trastorno por consumo de sustancias principalmente por vía intravenosa aparece en la historia presente o pasada de los infectados. También se ha encontrado que una proporción importante de pacientes infectados por el VIH presentan diversos trastornos psiquiátricos.

Entre éstos, los trastornos de ansiedad son comunes, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo. Los trastornos depresivos tienen una prevalencia que oscila entre el 4% hasta el 40%, y su prevalencia previa a la infección también suele ser alta. Así mismo los trastornos adaptativos (los cuales causan un malestar emocional en el periodo de adaptación a un acontecimiento vital importante como lo es la enfermedad) se presentan hasta en un 20% de los pacientes (Kaplan y Sadock, 2000; Stoudemire, Fogel y Greenberg, 2000).

En cuanto a la adaptación a la enfermedad, el mismo diagnóstico de VIH conduce a un shock emocional que produce una serie de reacciones como: pérdida de la autoestima, sentimientos de alienación y aislamiento de su grupo de amigos o incluso pérdida de la pareja, desempleo, culpabilidad por conductas sexuales pasadas, cambios en la imagen corporal y percepción de pérdida del control en sus vidas (Remor, 2003). Los cuadros afectivos mixtos con sintomatología ansiosa-depresiva son los más habituales en este proceso; otras alteraciones importantes que suelen aparecer con el progreso de la enfermedad son la ideación y los intentos de suicidio (Remor, Ballester, Espada, Gordillo y Álvarez-Valdés, 2008).

El tratamiento antirretroviral, también es un factor desencadenante de malestar psicológico, pues provoca una importante sintomatología que conlleva al desgaste físico del paciente. Por otro lado, saber que no existe una cura para el VIH/SIDA, genera una incertidumbre sobre el futuro de la enfermedad, a pesar de que se esté llevando un adecuado control de la misma (Remor, 2003).

Por último, el estigma de la enfermedad, es un aspecto social y cultural que constituye un factor de estrés crónico que contribuye a las dificultades para hacer frente a la enfermedad, como la insuficiencia de auto-cuidado, y dificultades en la negociación del sexo más seguro y uso del condón. Debido al estigma, los hombres y las mujeres seropositivas a menudo son rechazados por la familia, amigos y parejas, y en el ámbito social se les discrimina en el empleo, centros de atención de salud, etcétera (Li, Sung-Jae, Thammawijaya, Jiraphongsa y Rotheram-Borus, 2009). Lo anterior puede interferir con la adaptación y el cumplimiento de las conductas de salud del régimen terapéutico, que se abordará más adelante.

Este conjunto de experiencias emocionales y sociales repercuten negativamente en el ajuste de las personas con el VIH. Si no se trabaja en estas problemáticas, además de afectar la calidad de vida de las personas, aumenta el riesgo a desarrollar conductas poco adherentes. Es importante que los

pacientes reciban un tratamiento psicológico adecuado y a tiempo, con el fin de mitigar su malestar emocional y a su vez contribuir a que las personas se adhieran a los regímenes de medicamentos y así lograr que el tratamiento sea exitoso.

ADHESIÓN A LOS ANTIRRETROVIRALES

La adhesión al tratamiento es un fenómeno complejo, que ha adquirido especial interés tanto por la complejidad de su definición, como por las razones que llevan a un paciente a no adherirse a los regímenes terapéuticos. En este trabajo, el término adhesión se refiere a la medida en que el comportamiento de una persona (en términos del uso de una medicación, seguimiento de una dieta o implementación de cambios en el estilo de vida) coincide con el consejo médico o de los profesionales sanitarios (Remor, 2002a).

De manera más específica, se hará referencia a la adhesión a los antirretrovirales (al acto de tomar medicamentos tal como están prescritos), ya que en los últimos años, ésta ha sido identificada como el factor más importante para disminuir considerablemente la carga viral y retrasar la depresión inmunológica (Pujol, Rivero, Cuesta y Vician, 2003), lo cual le permite al paciente contar con mayor bienestar físico.

Para lograr resultados eficaces con respecto a la enfermedad, es necesario que los pacientes tengan un perfecto control de la ingesta de medicamentos (niveles de adhesión mayores al 95%) para que éstos actúen de manera eficaz sobre el curso de la enfermedad. De no ser así, una inadecuada adhesión (menor del 95%) trae consigo diversas consecuencias negativas con respecto a la progresión de la enfermedad, por ejemplo, se relaciona con una inadecuada supresión viral y también se produce resistencia de los virus a los medicamentos (Carrico et al., 2006). La resistencia conlleva al cambio en el medicamento al que no se es adherente o a un cambio al esquema completo de tratamiento, en caso de no ser adherente a todo el régimen. Todo esto, genera por lo tanto fracaso en la eficacia del tratamiento, limitación de los fármacos eficaces y un gasto económico por el cambio de medicamentos.

Otra desventaja que se produce por la falta de adhesión terapéutica es que se genera una progresión más rápida hacia el SIDA y la muerte (Bangsberg, et al., 2001), lo cual implica más gastos en hospitalización y en medicamentos para controlar las infecciones oportunistas. De aquí la importancia de tener un exitoso control de la ingesta de medicamentos para que actúen eficazmente sobre el curso

de la enfermedad. Con base en lo anterior, se puede observar que son diversas las desventajas a las que se enfrenta el paciente cuando no cumple adecuadamente con la ingesta de los TAR.

• ***Variables asociadas con la falta de adhesión***

A pesar de las graves desventajas que produce el no adherirse a los tratamientos, hay una gran cantidad de pacientes que no logran mantener una adhesión exitosa. Para entender el problema de la no adhesión es necesario considerar que existen diversos factores involucrados, Meichenbaum y Turk (1991) describen cinco factores a considerar:

- *Relacionados con el paciente:* Incluyen las características del individuo, presencia o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas con respecto al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la apatía, el pesimismo o la aceptación de la enfermedad, la historia previa de adhesión, la insatisfacción con el profesional de salud, la situación social, el apoyo familiar y social, la estabilidad de la vivienda, la pobreza, el desempleo, y demás variables que atañen directamente a la persona enferma y que afectan directa o indirectamente la adhesión al tratamiento.
- *Relacionados con la enfermedad:* El grado de incapacidad (como el estar por largos periodos en cama, poca movilidad) y el malestar físico (fatiga, náuseas, vómito, etcétera) pueden dificultar la adhesión.
- *Relacionados con el tratamiento de la enfermedad:* La complejidad del régimen, la cantidad de medicamentos, los horarios de administración, los efectos secundarios y el grado de cambio comportamental requerido y la duración del mismo, entre más complejos sean, menor es la adhesión.
- *Relacionados con la institución que presta el servicio de salud:* Como la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal.
- *Relacionados con la relación e interacción del personal de salud:* Se incluyen la comunicación, actitudes, conductas verbales y no verbales, interacción con los profesionales y su relación con las preocupaciones, sentimientos o emociones negativas del paciente, así también la insatisfacción de este último con la relación o supervisión del personal de salud.

Por lo anterior, podemos decir que el problema de la adhesión a los antirretrovirales es multicausal y es difícil controlar todos aquellos aspectos que entorpecen el seguimiento del tratamiento. Dentro de la literatura empírica, además de los factores mencionados, se han identificado otras variables que han impactado positiva o negativamente la adhesión terapéutica, entre las cuales se encuentran los estilos de afrontamiento, el apoyo social y el distrés o algunos estados de ánimo negativos como la depresión y ansiedad.

A continuación se definirán cada una de estas variables y posteriormente se describirá su relación con respecto a la adhesión a los antirretrovirales.

• **Afrontamiento**

El afrontamiento se ha definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Si se considera el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés, éste tiene dos funciones principales en las situaciones estresantes:

- *Afrontamiento orientado al problema*: el cual se dirige al cambio de la problemática de la relación persona-ambiente mediante la actuación sobre el medio o sobre uno mismo, es decir, la resolución de problemas.
- *Afrontamiento orientado a la emoción*: implica modificar el modo en que la relación estresante con el medio ambiente se lleva a cabo modificando el significado de lo que está sucediendo con el encuentro estresante, el cual mitiga el estado de tensión.

El afrontamiento por lo tanto es útil para “manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (enfrentamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción)” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 201).

Una persona con VIH/SIDA se enfrenta a diversas demandas y situaciones adversas que afectan su bienestar físico, emocional y cognitivo. La decisión de hacerse la prueba, un resultado seropositivo, el tomar el medicamento y sus efectos secundarios, el desarrollo de los síntomas, un diagnóstico de SIDA, y el duelo, son ejemplos de diferentes factores de estrés (Folkman et al., 1993).

La manera en cómo el paciente afronte cada una de estas etapas impactará de manera negativa o positiva el apego al tratamiento, y el progreso de la enfermedad. El uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como las orientadas a la evitación y a la negación, probabilizan que el paciente se automedique, consuma alcohol, y haga uso de sustancias ilícitas como medios para lidiar con los problemas relacionados con la enfermedad. Estos comportamientos ponen en riesgo su habilidad para adherirse a los tratamientos (Katz et al., 2013; Meade, Hansen, Kochman, y Sikkema, 2009; Molassiotis et al., 2002; Penedo et al., 2003), y en el caso de drogas inyectables lo ponen en riesgo de recontagio.

Por el contrario, las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, ayudan a que los pacientes acepten mejor la enfermedad, lidien efectivamente con el estigma y acepten que el tratamiento es de por vida, y por tanto se adhieran a los medicamentos (Katz et al., 2013).

Sin embargo, hay estrategias de afrontamiento que pueden tener efectos negativos y positivos sobre la adhesión terapéutica, como lo son las creencias religiosas/espirituales. En el estudio llevado a cabo por Finocchiaro-Kessler et al. (2011), encontraron que el 42% de los participantes que creían que el VIH era un castigo divino, un pecado y que Dios era el que controlaba su enfermedad y progreso, retrasaban la toma de los antirretrovirales y fueron poco adherentes (menor al 90%). Mientras que los que veían a Dios como una fuente de inspiración y fuerza para hacer frente a la enfermedad, reportaron una mayor adhesión (superior al 90%).

De la misma manera Katz et al. (2013) y Johnson, Heckman, Hansen, Kochman y Sikkema (2009) encontraron que la espiritualidad y la fe les permiten a los pacientes superar la adversidad con respecto a la divulgación de su diagnóstico, manejar el estigma y tomar el medicamento consistentemente. Por lo tanto, las creencias religiosas/espirituales tienen una influencia fuerte en las personas con VIH, pero es importante que el paciente tome el control de su enfermedad y su tratamiento.

Otro aspecto que se ha evaluado en el ámbito del afrontamiento ha sido el sexo, pues se considera una variable que puede afectar la elección de las estrategias de afrontamiento durante el curso de la enfermedad y su tratamiento. Para encontrar si había diferencias en la forma en que afrontan hombres y mujeres, Vosvick, Martin, Smith y Jenkins (2010) realizaron un estudio en el que encontraron que las estrategias que empleaban los hombres eran la distracción, la culpa y la expresión. Mientras que las mujeres, empleaban a menudo la culpa y el crecimiento positivo, el cual es una forma activa de afrontamiento que implica la búsqueda de apoyo social, el asesoramiento, el ejercicio, la exploración de la espiritualidad y la planificación.

A pesar de que los pacientes comparten el mismo diagnóstico médico, las diferencias culturales involucradas en el género nos ayudan a entender mejor la manera que eligen para afrontar la enfermedad y por tanto las razones por las cuales fallan o no a su tratamiento. Además, las investigaciones con este enfoque nos ayudan a dirigir intervenciones de acuerdo a las necesidades de los pacientes, ya sean hombres o mujeres.

Por último, el estudio de las estrategias de afrontamiento en pacientes con VIH es relevante, ya que las estrategias que adopten durante la enfermedad influirán en la toma de los medicamentos. De acuerdo con los estudios presentados, las estrategias que mejoran y mantienen una buena adhesión son las orientadas al problema, dado que empoderan a los pacientes, y ellos perciben un mayor control y participación durante el proceso de enfermedad.

• **Apoyo Social**

El apoyo social percibido se define como la percepción subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente (emocional, instrumental e informacional), confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales (Remor, 2002b). Funcionalmente, el apoyo social hace referencia al grado en el cual las relaciones interpersonales brindan ciertas funciones, las principales son:

- *Apoyo emocional:* Implica la expresión generalmente de tipo verbal de afecto positivo, empatía, la comprensión y el fomento de la expresión de los sentimientos. La presencia física no es siempre necesaria, el recibir tarjetas o flores o saber que otros rezan por ti (Hupcey, 2001), pueden proporcionar apoyo emocional. Algunas alternativas para ofrecer este apoyo son a través de Internet o del teléfono (Tichon y Shapiro, 2003).
- *Apoyo afectivo:* El cual se manifiesta por medio de expresiones de amor y afecto, tales como abrazos, caricias y besos (Sherbourne y Stewart, 1991).
- *Apoyo Informacional:* Se centra principalmente en el intercambio de Información, orientación o comentarios que puedan proporcionar una solución a un problema (Sherbourne y Stewart, 1991).
- *Apoyo tangible o instrumental:* Se basa principalmente en el suministro de ayuda material como despensa, muebles, comida (Coffman y Ray, 2002), dinero, refugio (DeJoseph, Norbeck, Smith y Millar, 1996) o de tipo conductual como brindar servicios como el transporte, cuidados médicos, y asistencia de la familia en tareas del hogar (Jankowski, Videka-Sherman, y Lanquidara-Dickinson, 1996).

- *Interacción social positiva*: Involucra la disponibilidad de otras personas para hacer cosas significativas durante el tiempo libre, y también se incluye el pertenecer a un grupo (Sherbourne y Stewart, 1991).

El apoyo social es un constructo muy amplio que involucra diversas funciones, sin embargo, el valor e importancia que le dan los pacientes a cada una de estas funciones, dependerá del contexto cultural de cada individuo.

En el ámbito de la adhesión a los medicamentos, los pacientes que cuentan con una buena red de apoyo social, a menudo tienen una adhesión más estricta. Dicho apoyo puede consistir en recordarle al paciente, el momento en el que debe tomarse el medicamento (Demas et al., 2005; Södergard et al., 2006; Stirratt et al., 2006; Vervoort, Grypdonckb, Grauwec, Hoepelmana, y Borleffsd, 2009; Wouters, Loon, Rensburg y Meulemans, 2009), llevarlos a la clínica a recoger su tratamiento, acompañarlos a sus citas médicas (Abramowitz et al., 2009), ofrecerles ayuda financiera, o motivarlos a tomarse el medicamento, entre otros (Kumarasamy et al., 2005). Aquellos que no tienen buenas redes sociales, llegan a presentar problemas de estigmatización por parte de sus amigos y/o familiares, y esto provoca que los ignoren, los aíslen o los corran de sus hogares, y por ende estos eventos son fuertes predictores para una deficiente adhesión, ya que el paciente ve dificultadas sus condiciones de vida, tienen que lidiar con el rechazo y no cuenta con algún apoyo cercano que le facilite la adaptación a sus tratamientos y a la misma enfermedad (Kumarasamy et al., 2005).

Por otra parte, a pesar de que algunos pacientes tienen buenas relaciones sociales, prefieren no divulgar su diagnóstico para evitar que los cuestionen sobre el por qué y para qué de los medicamentos que toma y esto en ocasiones provoca que los pacientes omitan sus dosis y eviten dar detalles sobre su estado de salud (Power et al., 2003; Stirratt et al., 2006; Vervoort et al., 2009; Ware, Wyatt, y Tugenberg, 2006). Incluso, algunos han optado por inventar que padecen otra enfermedad, y de esta manera conseguir que sus familiares les ayuden a recordar la ingesta de sus dosis a tiempo, entre otros cuidados (Dahab et al., 2008). A pesar de que los pacientes decidan no revelar su diagnóstico con todas las personas que los rodean, el apoyo que reciben por parte de ellas los ayuda a lidiar mejor con la enfermedad y los tratamientos.

Las personas a las que principalmente suelen recurrir los pacientes en busca de apoyo social son: las parejas sentimentales, los familiares, los amigos, el equipo de salud y los grupos de apoyo, y cada una de estas relaciones interpersonales, tiene un peso y aportación diferente en torno a la adhesión. El apoyo que mejor se ha relacionado con la adhesión a largo plazo ha sido el brindado por la pareja, puesto que son relaciones más íntimas que involucran un mayor grado de confianza y cooperación (Birbeck et al., 2009; Davies et al., 2006; Kumarasamy et al., 2005; Power et al., 2003).

El que le sigue es el apoyo de un familiar ya que se ha percibido ligeramente más satisfactorio que el de un amigo. Sin embargo, tanto la escucha brindada por la familia como la de los amigos sobre las preocupaciones de los pacientes brinda un reconocimiento de sus esfuerzos y esto refuerza la adhesión, al mismo tiempo que reduce la sensación de soledad durante la enfermedad (Alfonso, Geller, Bermbach, Drummond y Montaner, 2006; Kumarasamy et al., 2005; Miller, Bishop, Herman y Stein, 2007; Remien et al., 2006; Sandelowski, Voils, Chang y Lee, 2009).

El equipo de salud, es otro apoyo que los pacientes buscan, en el cual se ha encontrado que altos niveles de satisfacción en el apoyo brindado por parte de los médicos ayuda al mantenimiento de la adhesión, principalmente por el intercambio de información (Alfonso et al., 2006; Dilorio et al., 2009; Godin, Côté, Naccache, Lambert y Trottier, 2005; Miller et al., 2007; Remien et al., 2007; Sandelowski et al., 2009; Södergard et al., 2006), lo cual se ha asociado positivamente con mejores condiciones médicas (CD4 y carga viral) (Bajunirwea, et al., 2009; Cohen, Arad, Lorber y Pollack, 2007; Ironson, Sfuetzle y Fletcher, 2006) y psicológicas (Bajunirwea, et al., 2009). Una buena comunicación entre el médico y el paciente disminuye la incertidumbre con respecto al tratamiento antirretroviral y avance de enfermedad, además un paciente bien informado es mayormente capaz de seguir estrictamente las indicaciones del médico.

Por último, se ha evaluado que aquellos pacientes que acuden a grupos de apoyo aumentan la adhesión a largo plazo, ya que dentro de éstos, aprenden habilidades para solventar las dificultades de la enfermedad, y algo importante es que los miembros del mismo grupo suelen apoyarse para no olvidar sus tomas de medicamentos o para establecer estrategias que les faciliten la adhesión (Birbeck et al. 2009; Demas et al. 2005).

En conclusión, el tener una buena red de apoyo social favorece la adhesión a los medicamentos. Por lo tanto, es necesario fomentar en los pacientes la búsqueda y mantenimiento de redes sociales efectivas que promuevan una adhesión eficiente.

- ***Distrés***

Tradicionalmente el distrés se ha sido definido como altos niveles de afecto negativo (soledad, tristeza, ansiedad, o un estado general de sufrimiento) (Watson y Tellegen, 1999). El término afecto negativo, hace referencia a un factor general de malestar subjetivo que recoge una amplia variedad de estados de ánimo negativos como el miedo, la ansiedad, la depresión, la hostilidad, el disgusto, la soledad y la tristeza (Agudelo, Buena-Casal y Spielberger, 2007).

La depresión y la ansiedad son los estados de ánimo negativos que más se han estudiado y que se han relacionado con la poca adhesión terapéutica en pacientes con VIH/SIDA (Johnson, Elliott, Neilands, Morin, y Chesney, 2006; Mellins et al., 2009).

- ***Depresión***

La depresión es considerada como una de las co-morbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección por VIH (Remien et al., 2006; Wolff, Alvarado y Wolff, 2010). Se considera que es de dos a cuatro veces más frecuente en los pacientes VIH positivos que en la población general (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000). Su prevalencia oscila entre un 35% a un 77% y varía dependiendo de las poblaciones estudiadas y de los instrumentos que se emplean al medirla.

Los principales síntomas depresivos que se presentan ya sea por la infección o por el tratamiento antirretroviral son la fatiga, la falta de apetito, los problemas para dormir, la falta de concentración y las dificultades en la memoria (Bayón, Ribera, Cabrero, Griffa y Burgos, 2012; Ngo, Wagner, Huynh, Ryan y Musisi, 2013; Olisah, Baiyewu y Sheikh, 2010). Por otra parte, entre el malestar psicológico que experimentan los pacientes deprimidos, se encuentran los pensamientos negativos, en ocasiones pensamientos suicidas, preocupaciones con respecto a su salud, culpa por la forma en que contrajeron el VIH, pocas creencias espirituales, sentimientos de desesperanza, aislamiento social,

problemas laborales, abuso de sustancias como el alcohol, abuso de drogas y prácticas sexuales de riesgo (Memiah et al., 2013; Ngo et al., 2013; Wolff et al., 2010; Lee, Chhabra y Oberdorfer, 2011).

Tanto los síntomas como el malestar psicológico contribuyen a que los pacientes no se adhieran correctamente a los medicamentos. Esta relación constante ha sido estudiada, sugiriendo que altos niveles de depresión se relacionan con una adhesión terapéutica ineficiente a los antirretrovirales (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y Mc Auliffe, 2000; Chen et al., 2013; Farley et al., 2010; Lee et al., 2011; Memiah et al., 2013; Murphy, Marelich, Hoffman y Steers, 2004; Ngo et al., 2013; Olisah et al., 2010; Reif et al., 2013; Remien et al., 2006; Royal et al., 2009; Song et al., 2013; Whetten et al., 2013; Wolff et al., 2010).

Así mismo, diversas investigaciones han encontrado que la depresión se encuentra consistentemente relacionada con falta de adhesión (Gonzalez, Batchelder, Psaros y Safren, 2011; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008). Otro hallazgo con respecto a esta relación, es que aquellos que presentan niveles moderados y graves de depresión, además de presentar problemas con la adhesión a los medicamentos, también presentan un conteo de CD4 bajo, y un mayor riesgo de progresión de la enfermedad y muerte (Catz et al., 2000; Ironson et al., 2006; Kunches et al., 2002; Pence, 2009; Perry, y Karasick, 2002). Por lo tanto, los datos indican que mientras más altos sean los niveles de depresión, las consecuencias hacia la adhesión a los ART y hacia la misma enfermedad son más graves.

Por lo tanto, al tratar el tema de la adhesión a los medicamentos es fundamental incidir sobre síntomas depresivos, pues estos juegan un papel importante sobre esta problemática y su influencia afecta de manera importante los niveles fisiológicos (CV y CD4) de los pacientes.

• **Ansiedad**

Otro afecto negativo que también se ha relacionado con la adhesión terapéutica y que se presenta de manera comórbida con la depresión es la ansiedad. Sin embargo, su estudio no ha sido tan amplio como el de la depresión.

Algunos de los factores asociados con la presencia de la ansiedad en pacientes seropositivos, tienen que ver con aspectos tanto de la enfermedad como del diagnóstico, la preocupación por el acceso a los cuidados médicos, la adhesión a los medicamentos y los efectos colaterales propios del tratamiento; y a factores sociales como la discriminación, el estrés cotidiano y el desempleo (O' Cleirigh,

2008; Shacham, Morgan, Önen, Taniguchi y Overton, 2012). Los síntomas de ansiedad más comunes son el miedo, la preocupación, el insomnio, los problemas de concentración y memoria, la disminución del apetito y la evitación de situaciones particulares que producen ansiedad (Song et al., 2013).

Se sabe que al igual que la sintomatología depresiva, los niveles altos y constantes de ansiedad pueden llegar a ser perjudiciales para la salud) y entorpecer las conductas adherentes. Así mismo, altos niveles de ansiedad se han asociado con una CV detectable y un bajo conteo de CD4 (Malta, Strathdee, Magnanini y Bastos, 2008; Remor, 2002a; Shacham et al., 2012).

Los desórdenes de ansiedad más relacionados con la falta de adhesión son el de ansiedad generalizada, el estrés postraumático, el de pánico y la agorafobia (Tucker, Burnam, Sherbourne, Fuan-Yue y Gifford, 2002). Una población que es vulnerable a la sintomatología ansiosa y es poco adherente es la de los adolescentes de transmisión vertical, debido a que muchos se alejan de la estructura familiar y/o mantienen malas relaciones con los padres, y se enfrentan a diversos cambios psicosociales que se vuelven estresores (Lee et al., 2011).

Nogueira, Crosland y Remien en el 2010, encontraron que otros factores que se han asociado con la falta de adhesión en pacientes ansiosos son las condiciones socioeconómicas, la escolaridad, el desempleo y una baja educación escolar. En este estudio, a pesar de que los pacientes tenían acceso a los medicamentos y atención médica gratuitos, no asistieron durante el primer año de tratamiento, y esta falta de adherencia temprana al tratamiento antirretroviral puede llevar a la resistencia de los virus a los tratamientos, lo que conlleva a realizar un cambio de medicamentos.

Por lo expuesto anteriormente, la combinación de niveles elevados de ansiedad y la no adhesión traen consigo consecuencias negativas que afectan a nivel fisiológico (incremento de la CV y la disminución de CD4), y por consiguiente, un mal control de la enfermedad conlleva a un daño sobre la calidad de vida. Esto sugiere que la disminución de ánimos negativos como la depresión y ansiedad son un factor clave para lograr tasas de adhesión óptimas a la terapia antirretroviral.

Sin embargo, es difícil concluir el impacto de cada desorden sobre la falta de adhesión, puesto que el número de estudios y participantes son insuficientes; además la mayoría de estos estudios son de corte transversal, lo cual limita conocer el efecto de la depresión y la ansiedad sobre la adhesión

terapéutica a los antirretrovirales a lo largo del tiempo. Adicionalmente, fueron pocos los reportes que evaluaron el impacto del afecto negativo sobre variables fisiológicas como el CD4 y la CV.

Durante los últimos años se ha hecho un esfuerzo por analizar la interacción de estas variables en relación al problema de la adhesión a los antirretrovirales, buscando ver su atribución individual, y cómo se afectan las unas a las otras. Para lograr este objetivo, se han empleado los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM por sus siglas en inglés), ya que son una herramienta útil para el estudio de relaciones causales y no causales de tipo lineal sobre diversos constructos de las ciencias sociales (Kline 2004).

MEDIADORES Y PREDICTORES DE LA FALTA DE ADHESIÓN A LOS ANTIRRETROVIRALES

Los SEM aportan una visión global de los constructos que se están estudiando, en contraposición a otro tipo de herramientas estadísticas que se centran en el análisis individual de cada factor (Kline 2004). En la literatura de la adhesión terapéutica en pacientes con VIH/SIDA, se han realizado diversas investigaciones que han utilizado estos modelos y han hecho aportaciones importantes para entender y explicar el fenómeno de la no adhesión y proponer intervenciones dirigidas al mejoramiento de la adhesión a los antirretrovirales. A continuación se describen los resultados relacionados con las variables de estudio (afrentamiento, apoyo social, distrés, adhesión).

• **Afrentamiento**

El afrontamiento ha sido un importante predictor de la adhesión, como ejemplo, se encuentra el estudio de Sánchez, Rice, Stein, Milburn y Rotheram-Borus (2010), el cual examinó las relaciones entre la aculturación, estilos de afrontamiento, el consumo de sustancias, el comportamiento de riesgo sexual, y la falta de adhesión a los medicamentos, en 219 mujeres latinas.

El modelo (Ver Figura 1) reveló que los estilos de afrontamiento tanto positivos (acción positiva, apoyo social y espiritual) como negativos (pasivo, depresión, no revelación) predijeron la falta de adhesión de manera negativa y positiva respectivamente. Otra aportación es que los estilos de afrontamiento mediaron la relación entre la aculturación y la educación con respecto a la falta de adhesión. Es decir, a mayor aculturación mayores estrategias de afrontamiento negativas y mayor falta

de adhesión. Y a mayor educación, mayores estilos de afrontamiento positivos y menor probabilidad de fallar en la adhesión a los medicamentos.

Los autores mencionan que es importante considerar que no se emplearon los instrumentos adecuados para las variables, lo cual se vuelve un obstáculo que limita la confiabilidad de los resultados; además, las mujeres que participaron en el estudio buscaron ayuda dentro de la clínica, que implica disposición de las participantes al autocuidado, se considera que ellas tenían estrategias de afrontamiento positivas al inicio del estudio, lo cual también provoca un sesgo importante. Por último, los autores refieren que deben diseñarse intervenciones que tomen en cuenta las diferencias culturales de los pacientes, con el fin de obtener mejores resultados.

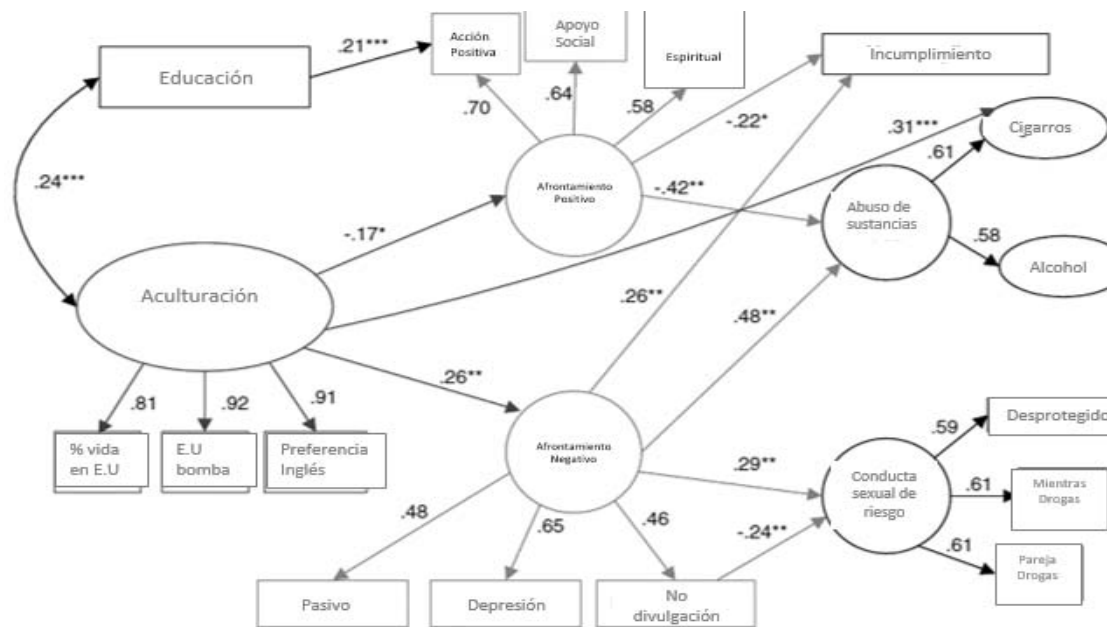


Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales traducido de Sánchez et al., 2010. Ajuste del modelo: $\chi^2(122, N = 219) = 126.20$, RCFI = .99; RMSEA = .013, CI = .000-.036).

negativos)

Diferentes estados de ánimo negativos, como la depresión, ansiedad, enojo, estrés, entre otros, han demostrado ser un factor determinante al predecir la falta de adhesión. En la investigación realizada por Johnson et al. (2006), se probó un modelo explicativo de la adhesión a la medicación del VIH, partiendo del marco de Solución de problemas en 545 adultos con VIH (Ver Figura 2).

Se encontró que la salud mental (depresión, estrés, evitación) mediaba la relación entre las estrategias funcionales o disfuncionales de solución de problemas con respecto a la falta de adhesión. Por lo que pocas habilidades para solucionar problemas generaron una salud mental disfuncional, la cual a su vez se relaciona con la falta de adhesión. Estos hallazgos sugieren que es necesario diseñar intervenciones basadas en el modelo de solución de problemas para desarrollar estrategias funcionales que disminuyan el malestar emocional y así aumentar la adhesión. Sin embargo, hay que considerar que la muestra de este estudio fue por conveniencia y casi la mitad de los participantes tenían una CV indetectable.

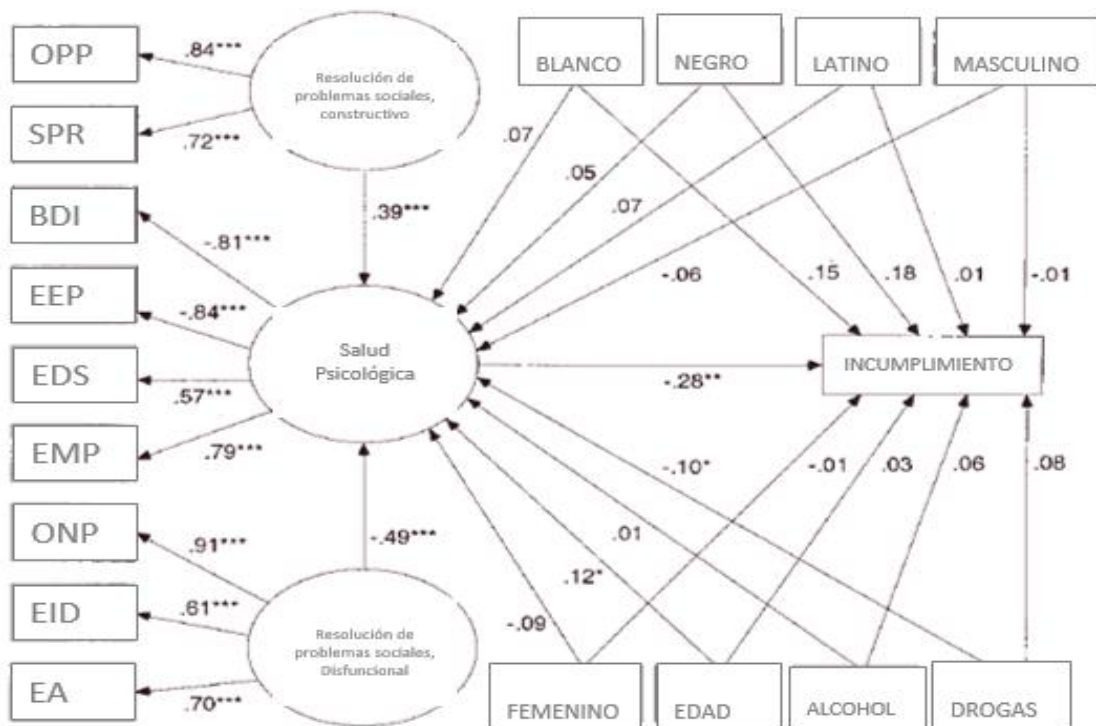


Figura 2. Modelo de ecuaciones estructurales traducido de Johnson et al. 2006. OPP= orientación positiva del problema; SPR= solución de problemas racional; BDI= Beck Depression Inventory (Inventario de depresión de Beck); EEP= Escala de estrés percibido); EMP= Estados mentales positivos; ONP= Orientación negativa del problema; EID= Estilo impulsivo/descuidado; EA= Estilo evitativo; EDS= Escala de disposiciones sociales. Ajuste del modelo: $\chi^2(27, N=545) = 48.55, p = .01$; TLI = .96, RMSEA = .04

De la misma manera, Rao et al. (2012) examinaron las asociaciones entre el estigma relacionado al VIH, los síntomas depresivos y la adhesión a los medicamentos en 720 pacientes, encontraron que los síntomas depresivos mediaban la relación entre el estigma y la adhesión; y que los altos índices de depresión se asociaban con una baja adhesión a los antirretrovirales, ya que de acuerdo a los autores, los niveles altos de depresión disminuyen las estrategias de concentración en las personas, y esto puede ser una explicación de por qué los pacientes tienen dificultad en recordar cuándo y cómo tomar su medicamento (Ver Figura 3).

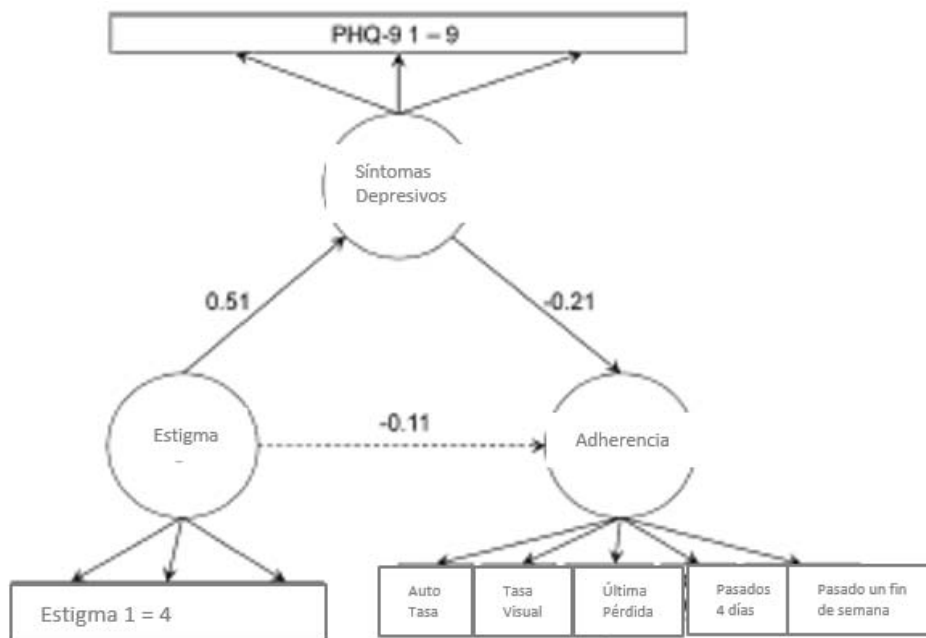


Figura 3. Modelo de ecuaciones estructurales de Rao et al., 2012. PHQ-9 = El cuestionario de salud del paciente de nueve reactivos). Nota: los reactivos de los cuestionarios de depresión (1-9) y estigma (1-4) están representados en rectángulos. Ajuste del modelo: $(\chi^2(df = 69) = 330.88 (p < 0.01), CFI 0.96, TLI 0.98, RMSEA 0.07)$

Por otra parte, contrario a los hallazgos anteriores, se encuentra el estudio de Gonzalez et al. (2007), quienes, en un estudio longitudinal a 15 meses, con una muestra por conveniencia de 325 pacientes, encontraron que los estados de ánimo negativos (enojo, ansiedad y depresión) no tuvieron una relación directa con la falta de adhesión (Ver Figura 4), los autores mencionan que esta inconsistencia con respecto a otros estudios que sí han encontrado relación directa entre los estados de ánimo negativos con la falta de adhesión, se debe a los diferentes instrumentos que se han empleado para medirlos, es decir, hay estudios que miden distrés, ansiedad, depresión, etcétera, de manera diferente o algunos evalúan trastornos psiquiátricos, otros estados de ánimo y unos más sintomatologías.

Es así que con estos estudios se reconoce la contribución directa e indirecta de los estados de ánimo negativos con respecto a la adhesión.

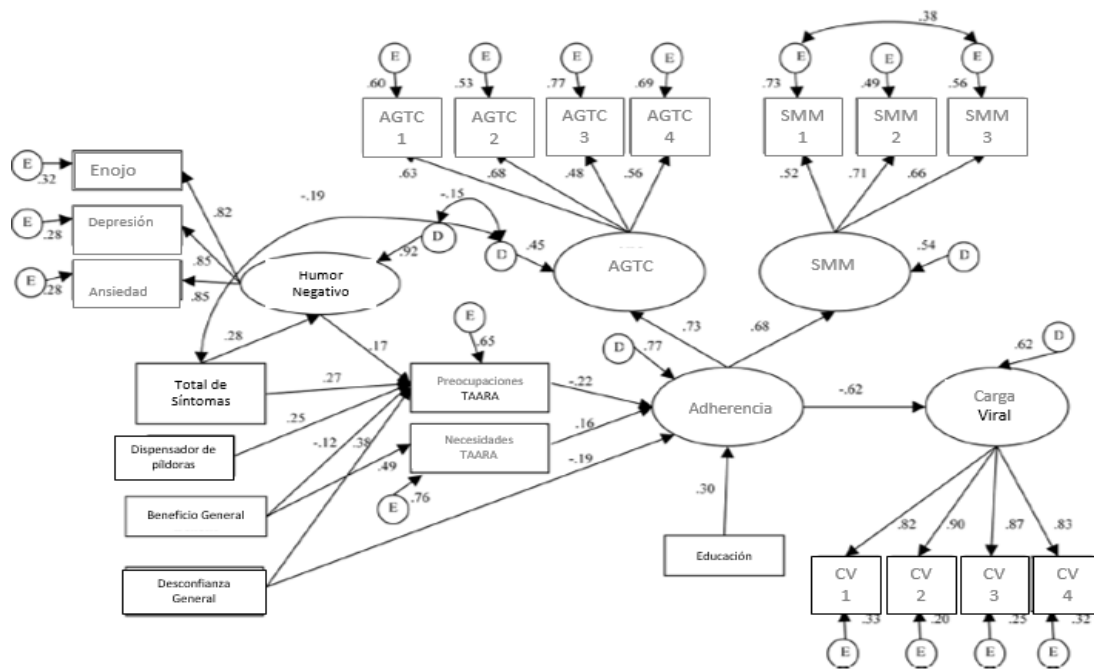


Figura 4. Modelo de ecuaciones estructurales traducido de Gonzalez et al., 2007. AGTC=Adherencia a la guía de terapia de combinación; SMM= Sistema de monitoreo de medicamentos; TAARA=Terapia Antirretroviral de alta actividad; CV= Carga Viral. Ajuste del modelo: $\chi^2(179)= 198.08$, $p .16$ CFI=0.99, RMSEA=0.018.

• ***Apoyo social y estados de ánimo negativos/ afecto negativo***

El apoyo social y los estados de ánimo negativos han mostrado tener una relación directa entre ellos y una contribución como mediadores entre diversas variables y la adhesión.

En el estudio llevado a cabo por Simoni, Frick, y Huang (2006) se propuso un modelo cognitivo-afectivo de la adherencia a la medicación basado en la teoría e investigación del apoyo social en 136 participantes (Ver Figura 5). Los autores encontraron que el afecto negativo (depresión, ansiedad, estrés) no se relacionó directamente con la falta de adhesión, lo cual concuerda con el estudio presentado previamente por Gonzalez et al. (2007). No obstante, el afecto negativo y la espiritualidad mediaron la relación entre el apoyo social (satisfacción) y la autoeficacia, y ésta última fue la predictora de la falta de adhesión; finalmente la adhesión fungió como predictor del aumento de la carga viral.

Lo anterior determina que los altos niveles de apoyo social determinan bajos niveles de afecto negativo y altos índices de espiritualidad; de la misma manera altos niveles de espiritualidad y bajos niveles de afecto negativo predijeron una mayor autoeficacia para adherirse, y ésta se ve reflejada en la disminución de carga viral. Por lo tanto, los autores mencionan que las intervenciones para aumentar la adhesión deben basarse en técnicas que incrementen la auto-eficacia y la espiritualidad, o incluir estrategias para disminuir el afecto negativo. También consideran que estos resultados sólo se aplican en poblaciones vulnerables con características similares a los participantes del estudio, ya que son una minoría con características particulares (américo-africanas y puertorriqueñas).

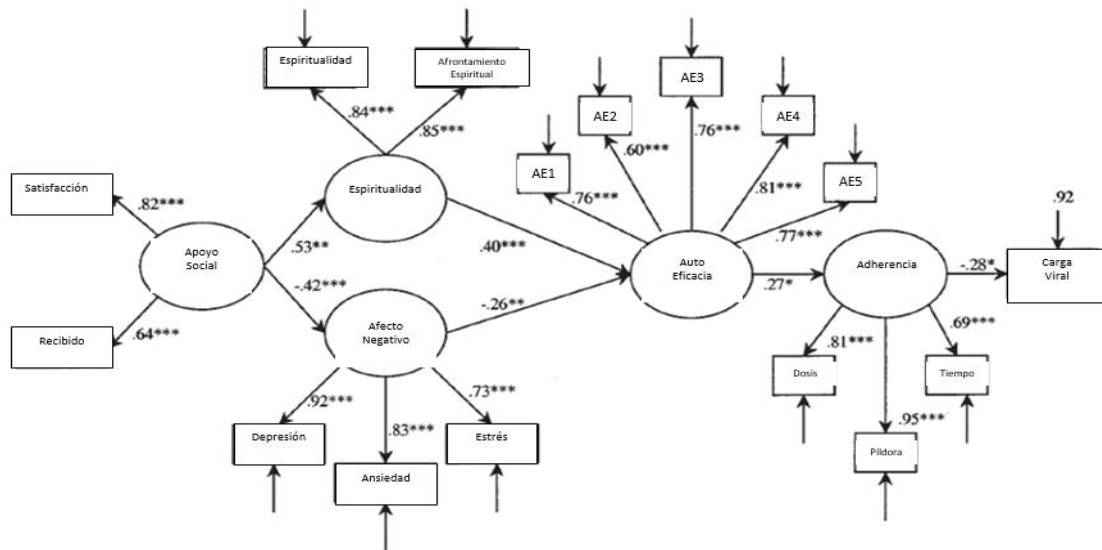


Figura 5. Modelo de ecuaciones estructurales traducido de Simoni et al., 2006. TAARA= Terapia antirretroviral de alta actividad; AE# = número del ítem de autoeficacia. Ajuste del modelo: $\chi^2(113, N=136) = 152.78, p = .008, CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05 (.03, .07)$.

En contraparte, se encuentra el estudio de DiIorio et al. (2009) quienes probaron un modelo psicosocial de la adherencia a los medicamentos (Ver Figura 6) en el que se incluyeron variables personales (auto-eficacia, esperanza, estigma, depresión y espiritualidad), sociales (apoyo social, circunstancias difíciles de la vida) y del proveedor (satisfacción del paciente y toma de decisiones). El estudio incluyó 236 pacientes y encontraron que la autoeficacia y la depresión se relacionaron directamente con la adherencia, y a su vez la depresión medió la relación entre el apoyo social y la adherencia.

Asimismo, a diferencia del estudio anterior, los altos niveles de depresión fueron predictores de la falta de adherencia; se observó que los pacientes que reportaron altos niveles de apoyo social reportaron pocos síntomas depresivos, los cuales a su vez, presentaban una buena adherencia. Por lo tanto, los autores sugieren que las intervenciones requieren aumentar la auto-eficacia y disminuir los síntomas depresivos para tener mayor éxito en la adherencia a los medicamentos.

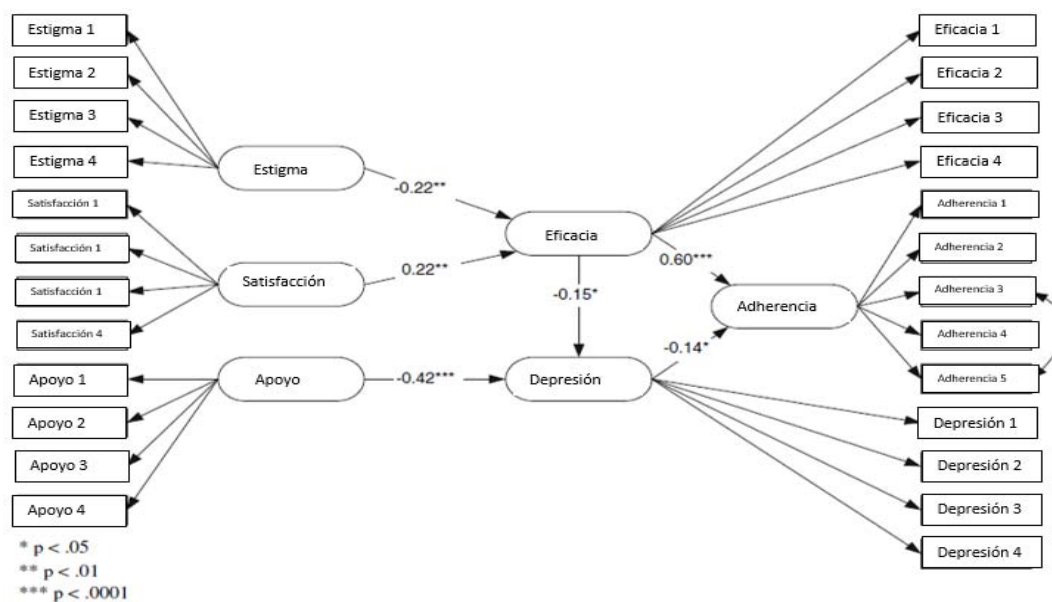


Figura 6. Modelo de ecuaciones estructurales traducido de Dilorio et al., 2009. Nota: Los números corresponden al número de ítem. Ajuste del modelo: $\chi^2(236) = 322.95$, $p = .0085$, $GFI = 0.901$, $AGFI = 0.879$, $NFI = .928$, $RMSEA = 0.031$.

En síntesis, en ambos modelos se pueden observar resultados consistentes, el apoyo social deficiente como predictor del afecto negativo y por tanto el establecimiento de una relación indirecta con respecto a la adhesión. Además de la función mediadora del afecto negativo para establecer esta relación entre el apoyo social y la adhesión.

• **Afrontamiento, Apoyo social, Estados de ánimo negativos y Adhesión**

A continuación, se presentan los modelos que han incluido todas las variables de interés. En primer lugar, está el estudio realizado por Weaver et al. (2005), en el cual pusieron a prueba un modelo que incorporó la edad, el tiempo desde el diagnóstico, el apoyo social, el afrontamiento y los estados de ánimo negativos (enojo, ansiedad y depresión) como predictores de la adhesión a los medicamentos y de la CV en 322 pacientes que recibían HAART (Ver Figura 7).

El modelo final indicó que el afrontamiento evitativo fue el mediador de la relación existente entre los estados de ánimo negativo y el apoyo social con respecto a la adhesión. Por tanto, altos niveles de estados de ánimo negativos y bajos niveles de apoyo social predicen el empleo de estrategias de afrontamiento evitativas, y el uso de la evitación predice la falta de adhesión a los medicamentos y por consiguiente, esta poca adhesión predice altos niveles de CV. No obstante hay que considerar que la

mayoría de estos pacientes eran adherentes y sin complicaciones médicas, lo cual puede limitar la generalización de los resultados.

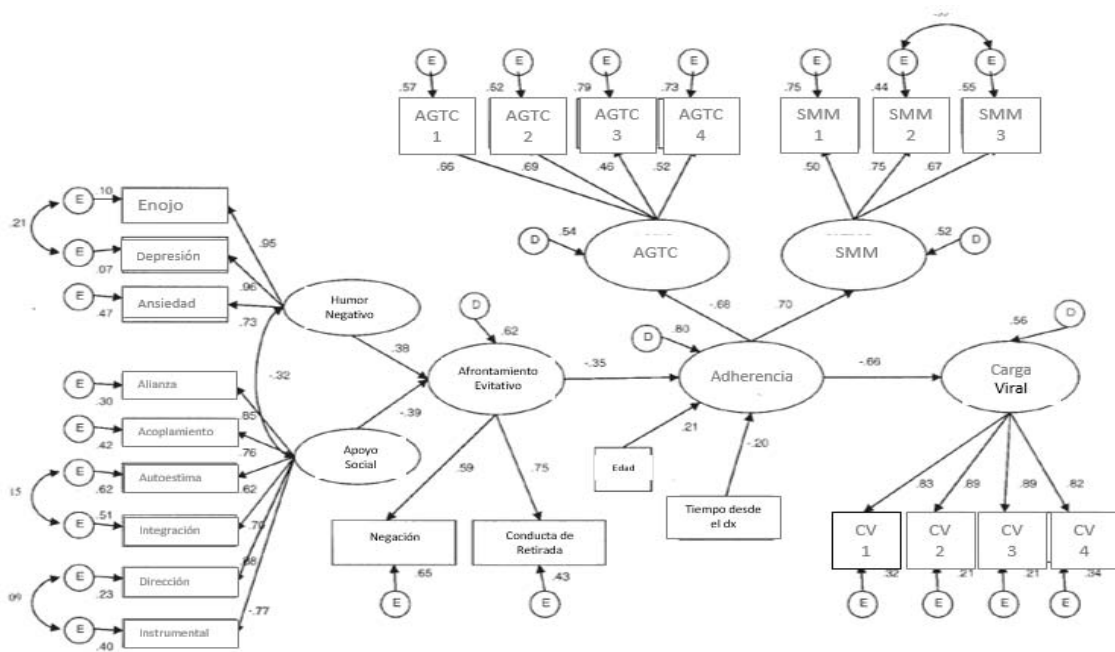


Figura 7. Modelo de ecuaciones estructurales de Weaver et al., 2005. AGTC=Adherencia a la guía de terapia de combinación; SMM= Sistema de monitoreo de medicamentos; CV= Carga Viral. Ajuste del modelo: $\chi^2(236, N=322)=272.76, p=.05, CFI=.99, RMSEA=0.02$ (0.00-0.03).

Otro modelo que incorpora las variables de interés es el propuesto por Johnson et al. (2009), en dicho estudio se examinaron las bases teóricas de la adhesión a los antirretrovirales sugeridas en investigaciones previas para determinar si estos modelos eran aplicables a adultos mayores con VIH (Ver Figura 8). El modelo se llevó a cabo en 244 adultos mayores de 50 años, y los resultados apoyaron la noción de que el afecto negativo mediaba la relación entre el apoyo social, el afrontamiento maladaptativo y la adhesión. Por lo tanto, el apoyo social y el afrontamiento maladaptativo predijeron los afectos negativos, y estos últimos predijeron la adhesión. El tiempo desde el diagnóstico fue una variable incorporada que estuvo significativamente asociada con la adhesión y ésta a su vez se asoció directamente con la carga viral, evidenciando que los participantes que tenían más tiempo con el diagnóstico fueron más adherentes y tenían una carga viral significativamente reducida. El tiempo desde el diagnóstico también tuvo un efecto indirecto sobre la carga viral.

Las intervenciones sugeridas para aumentar la adhesión basándonos en este modelo, implican el uso de estrategias para aumentar el apoyo social y el afrontamiento adaptativo, para poder disminuir los afectos negativos. Una de las principales limitaciones de este estudio es que la mayoría de los pacientes se consideraban adherentes a los medicamentos, y a pesar de que sí hubo una relación directa con la CV, es necesario precisar que este dato fue obtenido por auto-reporte y no mediante pruebas virológicas.

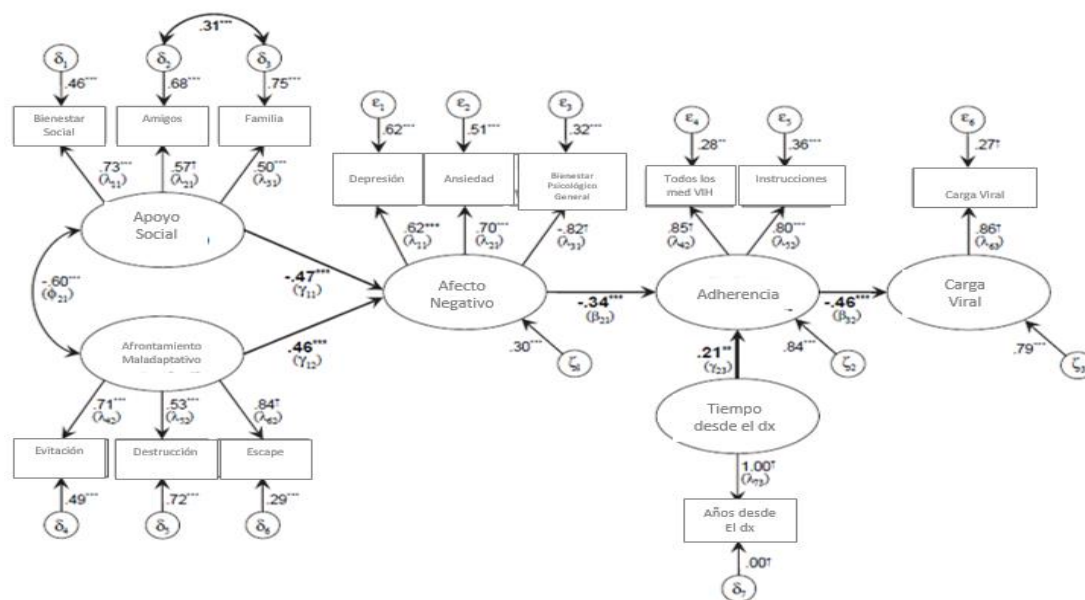


Figura 8. Modelo de ecuaciones estructurales traducido de Johnson et al., 2009. Ajuste del modelo: $\chi^2(56, N=244)=94.81, p=0.001, RMSEA_{.05}$.

Finalmente, cabe mencionar que en México, también se han propuesto modelos para explicar la adhesión en esta población, el primero realizado por Piña y González en el 2010, en el cual participaron 82 pacientes VIH positivos, a quienes se les evaluaron sus comportamientos de adhesión, factores psicológicos y situaciones vinculadas con el estrés. El modelo indicó la influencia de dos situaciones vinculadas con estrés (toma de decisiones y tolerancia a la frustración) sobre los motivos para adherirse al tratamiento, variable que a su vez influyó sobre el desempeño competencial y los comportamientos instrumentales de adhesión (Ver Figura 9). Es decir, tomar decisiones y aprender a ser tolerante a la frustración reduce los riesgos de padecer estados de estrés prolongados, por lo tanto, el paciente está más motivado y esto aumenta los comportamientos de adhesión.

Este modelo confirmó la capacidad de predicción del modelo teórico sobre los comportamientos de adhesión en personas que viven con enfermedades crónicas (Piña y Sánchez-Sosa, 2007), sin embargo una limitación de la investigación fue la imposibilidad de incluir otras variables, unas

consideradas explícitamente en el modelo (depresión, por ejemplo, que forma parte de los comportamientos asociados a la enfermedad en la fase tres) y otras consideradas como exógenas, caso del apoyo social, fundamentalmente. Otra limitación fue el reducido tamaño de la muestra, lo cual pudo haber afectado algunos índices de bondad de ajuste.

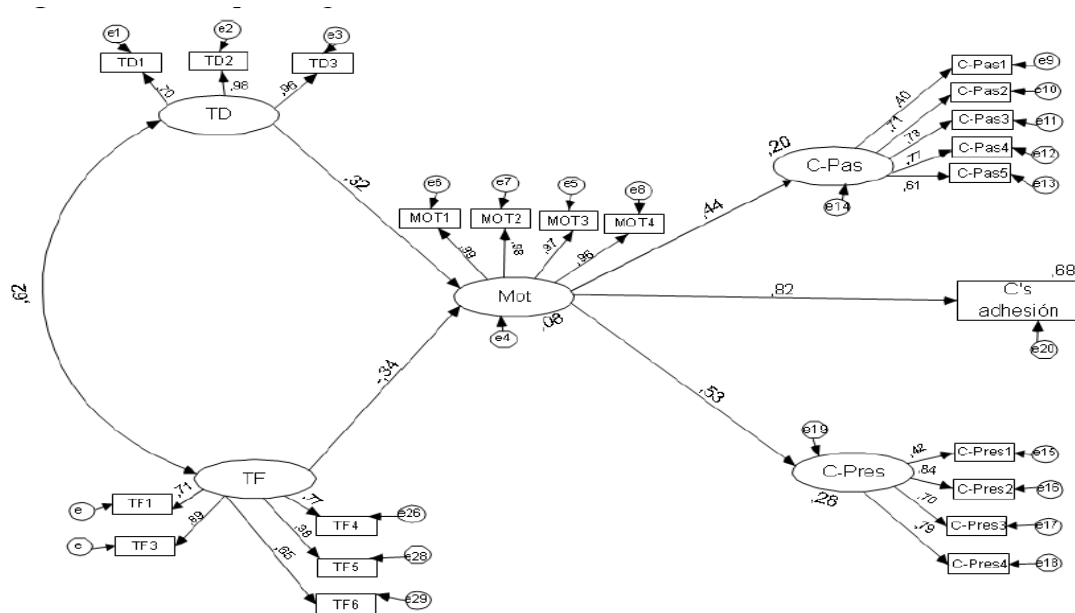


Figura 9. Modelo de ecuaciones estructurales de Piña y González, 2010. TD= toma de decisiones; TF= tolerancia a la frustración; Mot= motivos; C-Pas= competencias pasadas; C-Pres= competencias presentes. Nota: Los números representan el número de ítem. Ajuste del modelo: $\chi^2(295.577 [204])$, $p=001$, IBA= .77, IBAC= .72, RMSEA= .07.

Un segundo modelo propuesto por los mismos autores un año después (González y Piña, 2011), incluye las variables propuestas en el estudio anterior, y tuvo por objetivo evaluar la influencia de un conjunto de variables psicológicas y sociales (estrés, depresión y apoyo social), sobre los comportamientos de adhesión en 69 personas con VIH que recibían tratamiento antirretroviral. El 31.9% de estos participantes reportó practicar de manera ineficiente la adhesión al tratamiento.

En el modelo, encontraron que los motivos y el apoyo social fueron predictores de los comportamientos de adhesión, adicionalmente, una adhesión óptima tuvo un impacto en la disminución de la carga viral, y por lo tanto un incremento del conteo de linfocitos T CD4+. Todos los parámetros del modelo fueron significativos. Dicho modelo, confirma el importante peso que la variable “motivos” ejerce sobre la práctica eficiente de los comportamientos de adhesión, tal como lo describieron en su modelo anterior; por lo cual se puede afirmar que si una persona con VIH ha

aprendido a relacionar la práctica eficiente de los comportamientos de adhesión con consecuencias positivas, la probabilidad de que éstos se mantengan a lo largo del tiempo será mayor (Ver Figura 10).

También se hace notar que ninguna de las situaciones vinculadas con estrés o la variable depresión, tuvieron relación con la adhesión; en cambio sí se resalta la contribución de la variable de apoyo social como predictor de la adhesión, ya que en diversas investigaciones, esta variable ha mostrado un efecto indirecto con respecto a la adhesión. Sin embargo, al igual que el estudio anterior, una de las limitaciones más importantes fue el reducido tamaño de la muestra.

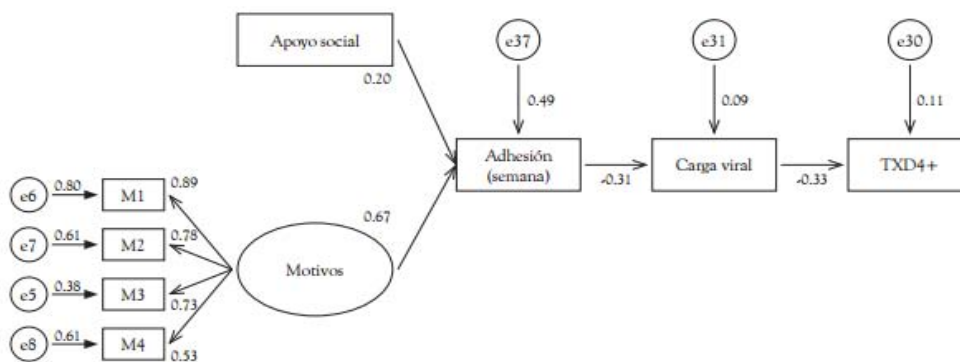


Figura 10. Modelo de ecuaciones estructurales de González y Piña, 2011. M#= Número del ítem de la escala de motivos. Ajuste del modelo: $\chi^2(25.974)$, $p=0.001$, IBA= .91, IBAC= .84, RMSEA= .07.

Por último, encontramos el estudio realizado por Caballero (2015), en el que a pesar de que la adhesión no fue la principal variable a evaluar, sí se incluyó en el análisis de diversas variables psicológicas (síntomas depresivos y ansiosos, tiempo de relación de pareja, calidad de vida en el área sexual y adhesión al TARV) para evaluar su efecto sobre la relación del diagnóstico de VIH y el uso del condón. Estos modelos se pusieron a prueba con 117 participantes y se encontró que la sintomatología ansiosa, el deterioro de la calidad de la relación de pareja y de la vida sexual predicen la falta de adhesión tanto en participantes con parejas estables, como con parejas ocasionales (Ver Figuras 11 y 12). Este ha sido el único estudio que ha evaluado la sintomatología ansiosa de manera independiente.

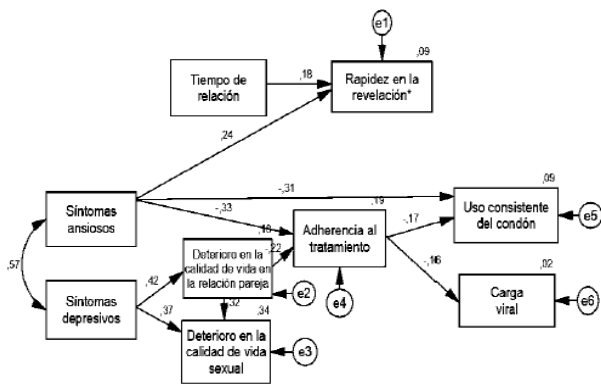


Figura 11. Modelo de ecuaciones estructurales de Caballero (2015) para parejas estables. Ajuste del modelo: $n=117$, $\chi^2=31.015$, $df=18$, $p=0.189$. $RMSA=0.046$, $NFI=0.842$, $IFI=0.695$, $TLI=0.946$, $CFI=0.962$.

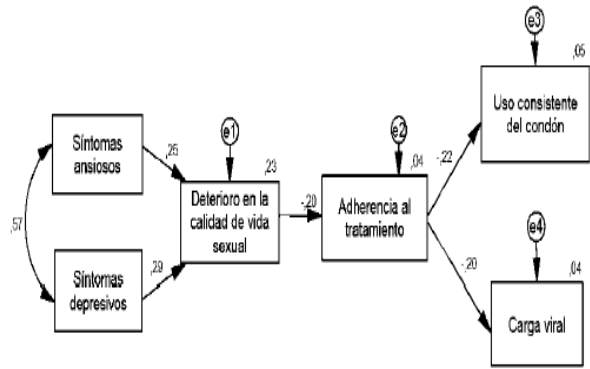


Figura 12. Modelo de ecuaciones estructurales de Caballero (2015) para parejas ocasionales. Ajuste del modelo: $n=90$, $\chi^2=45.811$, $df=25$, $p=0.001$. $RMSA=0.132$, $NFI=0.554$, $IFI=0.672$, $TLI=0.421$, $CFI=0.628$.

Resumiendo los resultados de los modelos podemos observar, que los principales predictores de la falta de adhesión fueron el afrontamiento evitativo y los altos niveles de afecto negativo como la depresión, ansiedad, enojo, entre otros. Los estados de ánimo negativos también fungen como predictores del afrontamiento evitativo. El afrontamiento por su parte, también se vio como un predictor de los estados de ánimo negativos. Finalmente, el apoyo social consistentemente mostró un efecto indirecto sobre la falta de adhesión, sin embargo constantemente figuraba como un predictor tanto del afecto negativo como del afrontamiento disfuncional y en población mexicana o

En general, se puede observar que los datos obtenidos por estos estudios aportan información valiosa para el entendimiento de la falta de adhesión; aun así, es necesario continuar refinando los modelos empíricos, ya que los resultados no pueden generalizarse a otros subgrupos de pacientes infectados, debido a que en cada modelo se sigue una metodología diferente al recolectar y analizar las variables psicológicas, y las condiciones demográficas de los participantes son distintas en cada una de las investigaciones.

Es por eso que con base en los modelos previos, se hipotetizó un modelo para explicar y analizar las variables involucradas en la falta de adhesión a los antirretrovirales en pacientes mexicanos VIH positivos. El modelo propuesto contempla al distrés como el principal predictor de la falta de adhesión, al afrontamiento negativo y al apoyo social como predictores del distrés, el tiempo desde el diagnóstico como predictor de la adhesión terapéutica; al mismo tiempo la falta de adhesión vista como un predictor de la CV elevada y de una disminución de los CD4 (Ver Figura 13).

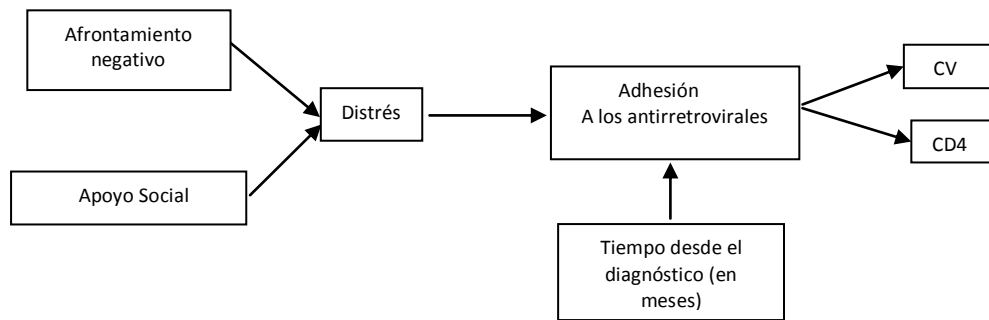


Figura 13. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales.

Este continuo aporte y verificación de los modelos permitirá por ende, identificar aquellas variables que interfieren con la falta de adherencia a los antirretrovirales en los pacientes con VIH/SIDA y a su vez, diseñar intervenciones específicas, dirigidas a modificar aquellos aspectos que obstaculizan la adherencia y dotar a los pacientes de habilidades que les permitan incrementar sus comportamientos adherentes, con el fin de mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes como el ajuste a la enfermedad.

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN PACIENTES VIH POSITIVOS

Para abordar el problema de la falta de adherencia, se han desarrollado diversas intervenciones para mejorar y mantener los altos niveles de adherencia a los antirretrovirales en pacientes VIH positivos y de esta manera prevenir la falla viral. La siguiente revisión de literatura se enfocará en describir los diversos abordajes que se han realizado durante los últimos años.

Todas las investigaciones presentadas se caracterizan por ser estudios Controlados, Aleatorizados, ya que su rigurosa metodología permite atribuir los resultados obtenidos al efecto del tratamiento empleado. El orden de presentación corresponde a su nivel de eficacia, primero se presentarán los que han obtenido resultados poco alentadores y finalmente se presentarán aquellos que han tenido resultados más exitosos.

- ***Intervenciones en apoyo social***

Estas intervenciones tienen el objetivo de crear, fortalecer y /o mantenerlas redes sociales nuevas o preexistentes que proporcionan las relaciones de apoyo para el cambio conductual dirigido hacia hábitos saludables. Para los pacientes VIH positivos, el apoyo social es vital para la toma de medicamentos, por eso en diversas intervenciones se han trabajado tanto con parejas como con familiares y amigos para fomentar comportamientos adherentes.

La mayoría de estas intervenciones han tratado de mejorar (Koenig et al., 2008; Remien et al., 2005; Simoni, Pantalone, Plummer y Huang, 2007) y prevenir el fallo de la adhesión a los medicamentos (Davies et al., 2006). Han empleado diseños longitudinales (Koenig et al., 2008; Remien et al., 2005; Simoni et al., 2007). Las intervenciones varían de 2 a 6 sesiones y se componen de videos educativos sobre la importancia del tratamiento y la adhesión, la importancia del apoyo social de la pareja, familiares o amigos para la toma de medicamentos, la identificación de barreras para la adhesión (Davies et al., 2006; Koenig et al., 2008; Remien et al., 2005; Simoni et al., 2007), la prevención de pérdidas de dosis con estrategias de recuerdo (Koenig et al., 2008; Simoni et al., 2007), y solución de problemas (Remien et al., 2005; Simoni et al., 2007).

Reportan mejoría en los niveles de adhesión, aunque los efectos no se mantienen a lo largo del tiempo y no han tenido resultados significativos en el conteo de CD4 ni en la disminución de la CV (Davies et al., 2006; Koenig et al., 2008; Remien et al., 2005; Simoni et al., 2007). Estos resultados poco efectivos a largo plazo, pueden deberse principalmente a las características de las muestras con las que se ha trabajado, entre las cuales destacan los pacientes en estados avanzados de la enfermedad (Remien et al., 2005), con problemas de abuso de sustancias y sintomatología depresiva (Davies et al., 2006; Simoni et al., 2007).

- ***Monitores de Pastillas electrónicos***

Son dispositivos para pastillas con un micro circuito electrónico integrado, diseñado para recopilar los registros de medicamentos prescritos de pacientes ambulatorios. Estos monitores han sido fundamentales en el cumplimiento de la vigilancia del TAR.

Autores como Sabin et al. (2010) han utilizado el entrenamiento para utilizar estos dispositivos y la retroalimentación en cada asesoría como estrategias de intervención para observar su impacto sobre la adhesión. En cada sesión de asesoramiento con respecto a la toma de medicamentos, se revisaban los registros electrónicos y se exploraban las razones de la pérdida de medicamentos, los problemas que se presentaban con respecto a la adhesión, y se evaluaban estrategias para superar estos problemas. Al final de un año, la media de adhesión y del conteo de CD4 incrementó. Estos resultados son alentadores, sin embargo un gran porcentaje de pacientes ya era adherentes desde la LB. Se logró un efecto en el conteo de CD4 sin embargo, no se puede observar si este efecto se mantiene sobre el tiempo, dado que sólo se realizó una evaluación después de la intervención y no hubo seguimientos.

- ***Visitas domiciliarias***

Son una modalidad de los programas de apoyo a la familia, los servicios se brindan en los hogares de los participantes, a través de encuentros periódicos que suelen ser de extensa duración, pueden ser implementadas por un profesional de la salud (tradicionalmente enfermeras y gradualmente médicos familiares y otros), de las ciencias sociales (trabajadores sociales, psicólogos), un para-profesional y/o monitoras comunitarias, con el fin de brindar una amplia gama de servicios, como información, guía y apoyo emocional, entre otros (Kotliarenco, Gómez, Muñoz y Aracena, 2010).

En el ámbito del VIH, estas intervenciones han sido empleadas para mejorar la adhesión a los medicamentos, como el estudio llevado a cabo por Williams et al. (2006), en el que los participantes recibían visitas domiciliarias por un año. Durante las sesiones de intervención se identificaban factores individuales y sociales que obstaculizaban la adhesión y se brindaban estrategias de intervención en función de las preocupaciones de cada paciente. Al final de la intervención se encontró una mejor adhesión en cada seguimiento después de la LB., así como una mejoría en el conteo de CD4 Y CV. Lo anterior, puntualiza que las visitas domiciliarias son eficaces para mejorar la adhesión a los medicamentos, no obstante, la mayoría de los participantes tenían una CV indetectable el inicio del tratamiento, por lo cual esta intervención al igual que otras mencionadas anteriormente, motiva a que los pacientes continúen llevando a cabo comportamientos saludables con respecto a su adhesión.

- **Intervenciones breves**

Se definen como una estructura terapéutica orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto y es considerada una intervención primaria para aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas, como lo es la adhesión terapéutica (Dulmus y Wodarski, 2002).

Un ejemplo de este tipo de intervenciones es la presentada por Milam et al. (2005), dirigida a aumentar la adhesión a los antirretrovirales en pacientes con VIH. Se impartió una intervención enfocada a la adhesión a los antirretrovirales, que incluía información escrita (posters y folletos) y una asesoría breve dada por los proveedores de salud, además de entrenamiento en solución de problemas, identificación de apoyo social para aumentar la auto-eficacia del paciente, estrategias para asociar actividades con la toma de medicamentos y diarios para evitar los olvidos.

Un 91% de los pacientes que presentaban niveles óptimos de adhesión durante la LB., mantuvieron estos niveles altos durante la post evaluación. Sin embargo, la intervención de adhesión no incrementó significativamente niveles de adhesión en pacientes con baja adhesión. Con respecto a la CV, se observó que la intervención mantuvo la CV indetectable pero no fue un hallazgo significativo. Al igual que otras intervenciones, ésta también demostró ser efectiva para mantener niveles de adhesión altos en pacientes que son adherentes.

- **Intervenciones psico-educativas**

Las intervenciones psico-educativas se han caracterizado tanto por su contenido educativo, (en el cual se brinda información relevante sobre los tratamientos y la importancia de mantener una óptima adhesión terapéutica ante los antirretrovirales), como por el desarrollo de herramientas para hacer frente a los problemas presentados durante la toma de los medicamentos (estrés y la depresión).

Generalmente se dirigen a promover (Pradier et al., 2003), incrementar (Balfour et al., 2006; Sampaio Sa et al., 2008), o mantener niveles de adhesión óptimos en los pacientes

(Tuldrá et al., 2000); se realizan en tres o cuatro sesiones (Pradier et al. 2003; Balfour et al., 2006) aunque pueden incluir mediciones a largo plazo (Tuldrá et al., 2000; Sampaio Sa et al., 2008). Se caracterizan por brindar información sobre el VIH y la importancia de la adhesión a los medicamentos (Tuldrá et al., 2000; Balfour et al., 2006; Sampaio Sa et al., 2008); entrenar en estrategias para ajustar los esquemas de tratamiento a sus estilos de vida (Tuldrá et al., 2000; Sampaio Sa et al., 2008); brindar estilos de afrontamiento para disminuir emociones negativas como estrés y depresión (Pradier et al., 2003; Balfour et al., 2006; Sampaio Sa et al., 2008); aportar estrategias para hacer frente a las barreras de adhesión como los retrasos y olvidos (Tuldrá et al., 2000; Pradier et al., 2003; Sampaio Sa et al., 2008); motivar al paciente para crear y mantener buenas redes de apoyo (Pradier et al. 2003; Sampaio Sa et al., 2008); entrenar en habilidades de comunicación con el equipo de salud (Balfour et al., 2006; Sampaio Sa et al., 2008); manejar efectivamente los efectos colaterales (Tuldrá et al., 2000); prevenir las recaídas, manejar el estigma social (Pradier et al., 2003); aumentar la autoeficacia en los pacientes (Balfour et al., 2006); y enfatizar la importancia del apoyo psicológico (Sampaio Sa et al., 2008).

Estas intervenciones han mostrado que aumentan la adhesión a los antirretrovirales (Tuldrá et al., 2000; Pradier et al., 2003); logran prevenir recaídas (Pradier et al., 2003); crean mayor conciencia en los pacientes con respecto a la falta de adhesión, fomentan la confianza para manejar obstáculos presentados y son efectivas para disminuir los niveles de depresión (Balfour et al., 2006). No obstante, al igual que en otros estudios, los pacientes que se reclutan muestran carga viral indetectable desde el inicio de las intervenciones, lo cual facilita que la supresión viral se mantenga.

• ***Intervenciones cognitivo-conductuales***

Las Terapias cognitivo-conductuales (TCC) se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Usualmente son de tiempo limitado (10-20 sesiones), se enfoca en los problemas actuales y siguen un estilo estructurado de intervención.

Una de las principales aportaciones de estas intervenciones en el ámbito del VIH, ha sido la promoción de la adhesión terapéutica a los antirretrovirales, la prevención ante la falla en la toma de medicamentos y el mantenimiento de estas conductas adherentes a través del tiempo.

Existen diferentes modalidades de la TCC para mejorar los niveles de adhesión en los pacientes VIH positivos, una de estas modalidades es la TCC para el manejo del estrés, con la cual se ha tratado de mejorar la adhesión, cambiando estilos de afrontamiento negativo, y disminuyendo los estados de ánimo deprimido. Dichas intervenciones están integradas por técnicas como la reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento orientadas hacia el problema y ejercicios de relajación como un afrontamiento enfocado a la emoción para contrarrestar los efectos colaterales. Las intervenciones se han impartido grupalmente con medidas longitudinales (Antoni et al., 2006; Carrico et al., 2006).

Estas intervenciones no lograron impactar sobre la adhesión, no obstante, sí disminuyeron los síntomas depresivos (Antoni et al., 2006; Carrico et al., 2006), y esto es importante, pues se ha señalado en la literatura que el estado de ánimo depresivo es uno de los principales factores de riesgo para la no-adhesión, por tanto, el mitigar esta sintomatología probabiliza un mejor desempeño del paciente con respecto a la adhesión a los antirretrovirales. También hubo un impacto en el cambio de estilos de afrontamiento evitativos (Carrico et al., 2006).

El estudio de Jones et al. (2007), tenía por objetivo mejorar la calidad de vida y comportamientos de la salud en mujeres que viven con el VIH, mediante una terapia grupal cognitivo conductual del manejo del estrés (TCCMS) con un componente de estilos de vida saludables. La intervención incluyó en una primera fase 10 sesiones grupales con información sobre los efectos del estrés, cambio de distorsiones con respecto al estrés, estrategias de afrontamiento como la relajación, asertividad, manejo del enojo, identificación de apoyo social, expresión de emociones y comunicación médico-paciente.

Para la Fase 2, enfocada en estilos saludables, la intervención se conformó de 6 sesiones grupales que se enfocaban en información sobre la adhesión al medicamento, nutrición,

conductas sexuales de riesgo, ejercicio, abuso de sustancias, etc.) y solución de problemas (recordatorios para mejorar la adhesión). El contenido de la Fase 2 se dio por separado para probar si la TCC del manejo del estrés fue un precursor necesario para los pacientes para recibir mayor beneficio desde la fase 2.

Al final de la intervención se notó que las participantes incrementaron sus niveles en el auto-reporte de adhesión y sus herramientas de afrontamiento enfocadas a la emoción. A pesar de los buenos resultados alcanzados, estos datos deben tomarse con cautela, dado que las participantes reportaron altos niveles de adhesión desde la LB., además de que la intervención no se realizó en un ambiente clínico.

Las tres intervenciones descritas, fueron eficaces disminuyendo síntomas depresivos, sin embargo, el estudio de Jones et al. (2007) sí impactó sobre la adhesión, lo cual pudo deberse al número de sesiones (16 sesiones, seis sesiones más que en las primeras dos intervenciones), a las técnicas de intervención empleadas, y a los temas que se abarcaron, los cuales no solo involucraban hablar de la enfermedad sino también de otras áreas de vida, presentando una intervención más completa.

Por otro lado, existen estudios que han tenido por objetivo impactar la adhesión a los medicamentos de manera indirecta modificando otras variables que la entorpecen, como la sintomatología depresiva y otros factores de riesgo. Un ejemplo de esto, es el estudio llevado a cabo por Safren et al. (2009) en el cual se evaluó una terapia cognitivo conductual para aumentar la adhesión a los medicamentos y reducir la depresión en individuos con VIH con depresión. La intervención fue grupal y constaba de 10 a 12 sesiones, se trabajó una sesión con los 11 pasos vitales para la adhesión, se definían los problemas, se generaban soluciones y alternativas, se tomaba una decisión y se desarrollaba un plan para llevarlas a cabo. Las siguientes 11 sesiones fueron destinadas a trabajar con educación sobre VIH y depresión, ejercicios de entrevista motivacional, activación conductual, reestructuración cognitiva, solución de problemas, relajación muscular y respiración diafragmática.

Durante la evaluación de los resultados a los tres, seis y doce meses, se observó que los participantes mostraron significativamente mejoría en la adhesión a los medicamentos, en la CV y en la depresión. Una limitación que se presentó fue la falta de tiempo en los seguimientos, sobre todo para observar el cambio que se logró sobre la CV. Aun así, es una intervención que logra impactar la adhesión por medio de la mejora en la depresión, lo cual también permitió disminuir la CV. Lo anterior resalta que la depresión es un factor fundamental en el fallo de la adhesión, por lo tanto si un paciente está deprimido difícilmente va a lograr éxito en la toma de sus medicamentos. No obstante, a pesar de las limitaciones presentadas, esta intervención, a diferencia de las anteriores, sí logró impactar sobre la CV y mejoró la adhesión disminuyendo la depresión.

Siguiendo esta misma línea, los estados de ánimo negativos no son los únicos mediadores de la adhesión, existen otros comportamientos que pueden modificarse con la intención de mejorar la adhesión, como las conductas de riesgo.

Con respecto a este tema, se encuentra el estudio de Kalichman et al. (2011), en el que se evaluó una intervención conductual integrada, para mejorar la adhesión, por medio de la reducción de conductas de riesgo para infecciones de transmisión sexual y minimizando las creencias de riesgo. La intervención incluyó información sobre el VIH, los tratamientos y las infecciones oportunistas; se practicó la técnica de balance decisional para evaluar situaciones con respecto a los tratamientos y las relaciones sexuales en contextos de CV detectable o indetectable; se habló sobre las situaciones de riesgo como el abuso de sustancias, diferentes estados de ánimo, divulgación de los estados de ánimo y la CV; se plantearon herramientas para decisiones más seguras sobre el sexo seguro en relación al abuso de sustancias. Se emplearon contadores de píldoras (sin previo aviso) para monitorear la adhesión y se computarizaron las entrevistas para medir las conductas de riesgo.

La intervención redujo el riesgo de transmisión demostrando así un incremento en la terapia antirretroviral y menor número de relaciones sexuales sin protección con parejas no-sero-concordantes a los 3 y 6 meses, además de disminuir el número de infecciones de transmisión sexual a los 9 meses de seguimiento. La intervención también redujo las creencias de riesgo, la adhesión mejoró y se mantuvo a los 9 meses. De acuerdo a los autores, esta es la

primera investigación que se emplea para reducir la transmisión de VIH mejorando la adhesión, reducir relaciones sin protección y minimizando el riesgo de compensación. Lo cual vuelve a poner el énfasis en que existen factores mediadores que deben de trabajarse para impactar a la adhesión de manera indirecta.

Ahora bien, la efectividad de las intervenciones conductuales no sólo han demostrado superioridad en los tratamientos usuales impartidos en las clínicas de VIH, también lo han sido cuando se les compara con otras formas de intervención como las alarmas, empleadas para mejorar el recuerdo de las tomas de medicamentos.

En este sentido, estuvo dirigida la investigación realizada por Chung et al. (2011), donde se comparó el impacto de la consejería y el uso de un dispositivo de alarma sobre la adhesión y los resultados virológicos en pacientes con recursos limitados y que se encontraban en estadios III y IV.

En la intervención se abordaron las barreras personales que obstaculizaban la adhesión, se les habló sobre las características del VIH y el SIDA, medicamentos antirretrovirales y los riesgos de la falta de adhesión. Posteriormente, se evaluó la disposición de los participantes para empezar los ART y una vez iniciado el tratamiento se evaluaron cuestiones prácticas y personales que el paciente enfrentó durante el HAART. La intervención en el grupo de alarmas, se enfocó en otorgarles un dispositivo, se les entrenó a usarlo y lo emplearon durante 6 meses después de haber iniciado el tratamiento, el dispositivo daba 2 flashes cuando tenían que tomarse el medicamento. En el grupo de asesoría sobre adhesión y uso de alarmas se brindaron las intervenciones antes descritas. Se realizaron evaluaciones a los seis, doce y dieciocho meses después de haber iniciado el HAART, y tanto la CV como el conteo de CD4 se recolectaron cada 6 meses, en cuanto a la mortalidad y la adhesión fueron medidas mensualmente por el conteo de píldoras.

Al finalizar las intervenciones se encontró que el asesoramiento tuvo un impacto significativo sobre la adhesión y la CV durante los 18 meses, mientras que el uso de alarmas no mostró efecto alguno. Además ni el asesoramiento ni las alarmas fueron asociados significativamente con la mortalidad o la tasa de reconstitución inmune. Lo anterior muestra, que no es suficiente el empleo de las alarmas para impactar la adhesión, también es

importante dotar a los pacientes de habilidades para lidiar con las diversas barreras presentadas en la toma de medicamentos, lo cual es una de las principales aportaciones de la intervención y de lo cual, careció el uso de alarmas. Una de las limitaciones presentadas fue que a pesar de la aleatorización se encontraron diferencias entre los grupos durante la LB. Sin embargo, la intervención logró reducir el fracaso en más de la mitad de los pacientes, lo cual representa un ahorro significativo.

Existe evidencia sobre la eficacia de las intervenciones conductuales promoviendo la adhesión ya sea de manera directa o indirecta, sin embargo, es cierto que no todos los pacientes presentaron los mismos problemas para adherirse, pues algunos requieren de pocas sesiones terapéuticas para hacerlo, mientras que otros requieren un mayor número de consultas.

En el estudio propuesto por De Bruin et al. (2010) se hace una comparación entre dos tipos de intervenciones requeridas para los pacientes que eran adherentes o poco adherentes, se registró la adhesión de los pacientes por medio de MEMS durante 2 meses, posteriormente se les dio un cuestionario para registrar los datos demográficos y puntajes de depresión. El estudio incluyó 2 meses de LB., 3 meses de intervención, y 4 meses de seguimiento. Aquellos pacientes que tenían una adhesión de 95% o más en la LB recibieron una intervención mínima para mantener esos niveles altos, es decir se les retroalimentaba con los reportes registrados en las MEMS, reforzando e indagando si percibían alguna dificultad que necesitaran resolver. Mientras que, los participantes con niveles menores de 95% de adhesión recibieron una intervención intensiva, donde se les brindaba información sobre el VIH para corregir conceptos erróneos, se seleccionaba una meta y se identificaban las causas de la no adhesión visibles en los MEMS e identificaban soluciones; las metas que tenían una mayor dificultad se dividían en sub-tareas.

Finalmente se les preguntaba sobre el auto-monitoreo de sus medicamentos para identificar situaciones difíciles y dar soluciones. También se les brindó una intervención de cuidado usual, en el cual las enfermeras daban información oral y escrita acerca del tratamiento y consecuencias de la no-adhesión, el esquema en la vida diaria, efectos colaterales (los cuales fueron monitoreados y tratados). Se promovió el uso de alarmas, avisos, organizadores, se discutían problemas de adhesión y sus soluciones, y todas estas estrategias

fueron aplicadas repetidamente en el seguimiento y finalmente recibían feedback de su CD4 y CV.

La adhesión mejoró significativamente en pacientes con adhesión mayor al 95% de adhesión en la LB. y este efecto se mantuvo estable durante el seguimiento, por lo que el número de pacientes con CV indetectable incrementó, lo cual indica que la principal aportación de la intervención fue mantener los altos niveles de adhesión. Mientras que aquellos que tuvieron una adhesión menor al 95% desde la L.B no mostraron cambios después de la intervención. El uso de MEMS fue importante, desafortunadamente para aquellos que tomaban su medicamento en un ambiente público o para los que ya usaban pastilleros semanales, las MEMS no fueron prácticos.

Finalmente, es importante entender cuáles son los mecanismos asociados al cambio conductual que favorecen la adhesión a los antirretrovirales, para dar respuesta a esto, Znoj et al. (2010) llevaron a cabo un estudio exploratorio para analizar estos posibles mecanismos de cambio de comportamiento en una intervención cognitivo-conductual para apoyar el cumplimiento de la medicación en personas infectadas con VIH. La adhesión se midió por medio de un sistema de monitoreo de eventos y por los cambios sobre la experiencia y el comportamiento.

La intervención resultó benéfica para la adhesión, los participantes reportaron mejoría en su salud mental y conductual durante el estudio. Esta mejoría se correlacionó con el número de sesiones, los que tuvieron diez o más reportaron mayor mejoría, se sintieron más seguros, relajados, optimistas y con mejor sentido de solucionar sus problemas, en comparación con los que tuvieron menos de 10 sesiones. Estos hallazgos demuestran que la psicoterapia fue una intervención benéfica para personas infectadas con VIH, y la alianza terapéutica y la activación de los recursos no se diferencian de un tratamiento de psicoterapia en general. Lamentablemente no se describen las técnicas empleadas durante la intervención, lo cual dificulta la réplica de la misma, además hay que considerar que más de la mitad de los participantes eran adherentes.

En síntesis, las intervenciones cognitivo conductuales se han llevado a cabo en participantes que tienen una historia de más de siete años con el diagnóstico, lo cual habla de pacientes ya experimentados tanto con la enfermedad como con los tratamientos. Otra característica común es que se ha trabajado con participantes con síntomas depresivos. En general, el número de sesiones varía en cada estudio, pero aproximadamente se emplean más de diez sesiones, en las cuales se practican diferentes estrategias tanto cognitivas (brindar información, reestructuración cognitiva) como conductuales (solución de problemas, asertividad, relajación, activación conductual, auto-monitoreo, entre otras).

Los seguimientos se realizaron hasta un año después de la aleatorización, lo cual permite ver el efecto de estas intervenciones a través del tiempo. Pocas fueron las intervenciones que mejoraron la adhesión en pacientes poco adherentes, más bien lograron mantener los altos niveles de adhesión en aquellos participantes que desde la LB. tenían CV indetectable. Con respecto a la CV, también se reportan pocos resultados efectivos para prevenir su falla. Aun así, lograron tener un impacto positivo sobre la adhesión y otras variables que impiden la adhesión correcta a los medicamentos, además de que ofrecen paquetes de intervenciones más completos que otras.

Una vez revisada la literatura, se concluye que, diversas intervenciones mencionan ser eficaces, sin embargo las psico-educativas y las cognitivo conductuales mostraron mayores beneficios con respecto a la adhesión y a la modificación de comportamientos que interfieren con ésta, a pesar de que han sido pocas las investigaciones realizadas en pacientes con problemas de adhesión. Considerando lo anterior, es necesario continuar diseñando e implementando intervenciones en pacientes con problemas de adhesión, con el fin de mejorar su toma de medicamentos y con esto, mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, se vuelve relevante en primer lugar identificar cuáles son las barreras que impiden a los pacientes VIH positivos tomarse las dosis prescritas a las horas correctas, y una vez identificadas las variables que contribuyen a la falta de adhesión, es necesario modificarlas. Los autores de los modelos anteriormente presentados, mencionan la necesidad de tomar en cuenta las variables presentadas y diseñar intervenciones específicas para tratar

de modificar las conductas maladaptativas. Por lo cual es necesario dar continuidad a los modelos propuestos con el diseño de intervenciones.

Por otra parte, tener intervenciones que se han desarrollado con pacientes adherentes, limita la eficacia de las intervenciones al tratar de aumentar la adhesión, pues los pacientes que ya son adherentes, logran mantener sus niveles altos de adhesión, pero consistentemente es más difícil tratar de aumentarlos en los no-adherentes.

Los abordajes se han realizado tanto de manera grupal como individual y ambas modalidades han sido eficaces. Los estudios controlados aleatorizados también han sido metodológicamente una buena estrategia para observar el efecto de diversas intervenciones puestas a prueba para mejorar la adhesión a los tratamientos, sin embargo, para poder llevarlos a cabo se requieren de muestras grandes y representativas de la población a estudiar, y en ocasiones cumplir este supuesto resulta difícil, debido a las condiciones hospitalarias. No obstante, existen otros diseños que metodológicamente han demostrado ser eficaces, como los diseños de caso único con réplicas, que son procedimientos eficaces para evaluar el impacto de una intervención, preservando el rigor metodológico para la valoración del efecto.

Estos diseños involucran regularmente a un solo participante, aunque pueden incluirse más (tres u ocho) en un estudio; es posible también trabajar con un grupo cuyo rendimiento genera una puntuación única en un período específico. Cada participante funciona como su propio control y al igual que los estudios controlados, las variables dependientes son medidas repetidamente en una Línea Base (cinco o más mediciones son recomendables) para identificar patrones de conducta antes de comenzar la intervención, con el fin de compararlos con las conductas realizadas bajo la condición de intervención. Dado lo anterior, el uso de los diseños de caso único ofrecen un rigor metodológico que puede ser aplicado en cualquier escenario de la práctica clínica y de la salud (Horner et al., 2005).

Además, la investigación realizada con estos diseños ha documentado control experimental, lo cual puede verse como una aproximación parecida a la de los estudios controlados aleatorizados (Shavelson y Townc, 2002) que podría ser usada para establecer práctica basada en la evidencia. El principal propósito de estos diseños es analizar relaciones

causales o funcionales de las relaciones entre las variables independientes y dependientes. También se realizan comparaciones intra y entre sujetos para controlar las principales amenazas hacia la validez interna, y requieren de réplicas sistemáticas para aumentar su validez externa (Martella, Nelson y Marchand-Martella, 1999).

Dadas las consideraciones antes mencionadas es necesario continuar refinando los modelos en el contexto mexicano para poder identificar las variables que afectan la adhesión a los antirretrovirales y posteriormente diseñar intervenciones adecuadas para mejorarla. Es por eso que, la presente investigación tiene dos objetivos principales: 1) Evaluar el modelo hipotético a través del método de ecuaciones estructurales que permita valorar la relación entre el apoyo social, los estilos de afrontamiento, los estados de ánimo negativos y el tiempo desde el diagnóstico con respecto a la falta de adhesión a los antirretrovirales, el conteo de CD4 y la Carga Viral en pacientes con VIH/SIDA; y 2) a partir de los hallazgos del modelo, diseñar y poner a prueba la efectividad de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión a los medicamentos en pacientes con VIH/SIDA con baja adhesión.

ESTUDIO 1

Objetivo: Evaluar el modelo hipotético propuesto por medio del modelamiento de ecuaciones estructurales para explicar las relaciones existentes entre el apoyo social, los estilos de afrontamiento, los estados de ánimo negativos y el tiempo desde el diagnóstico con respecto a la falta de adhesión, el conteo de CD4 y la Carga Viral en pacientes con VIH/SIDA.

MÉTODO

• *Participantes*

Pacientes VIH positivos del departamento de Infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 a 65 años infectados con VIH/SIDA atendidos en departamento de Infectología del INCMNSZ, cuyo diagnóstico haya sido realizado por lo menos un año antes.
- Que aceptaran su inclusión en el estudio y firmaran el consentimiento informado.
- Que no hayan recibido tratamiento psiquiátrico o intervención psicoterapéutica previa.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años o mayores de 65 años.
- Que tuvieran una enfermedad agregada diagnosticada antes del diagnóstico de VIH.
- Con diagnóstico psiquiátrico previo.
- Ceguera o problemas visuales severos no corregidos.
- Retraso mental.
- Psicosis o trastornos psiquiátricos mayores.
- Que no aceptaran participar en el estudio.

Características demográficas de los participantes

Inicialmente se evaluaron 313 participantes, de los cuales se excluyeron 49 porque no completaron la batería de pruebas. Un total de 264 participantes se incluyeron en el modelo final. La mayoría fueron hombres (86.7%) y más de la mitad eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH, 54.6%). La media de edad fue de 39 años (de=9.3). La mayoría de los participantes eran solteros (74.2%), y el 70% de los participantes había concluido el bachillerato o una licenciatura. Sólo el 8.8% llevaban en promedio 40 meses con el diagnóstico. Más de la mitad (50.4%) tuvo un conteo de CD4 que oscilaba entre 200 y 499 cel/mm3 y la Carga Viral fue baja en el 83.5% de los participantes (500 cop/ml o menos). Los detalles de las características sociodemográficas se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2.
Características demográficas de los participantes

Variable	Participantes (N=260)			
	N	%	M	DS
<i>Edad</i>			39	(9.3)
<i>Tiempo desde el diagnóstico (meses)</i>			88.6	(653)
<i>Sexo</i>				
Hombre	225	(86.5)		
Mujer	35	(13.5)		
<i>Orientación sexual</i>				
HSH	142	(54.6)		
Heterosexual	97	(37.3)		
Bisexual	21	(8.1)		
<i>Estado civil</i>				
Soltero	194	(74.6)		
Casado/Unión-libre	46	(17.7)		
Separado/Divorciado/Viudo	20	(7.7)		
<i>Escolaridad</i>				
< Preparatoria	69	(26.5)		
Preparatoria o más	191	(73.5)		
<i>Ocupación</i>				
Con empleo	228	(87.7)		
Sin empleo	32	(12.3)		
<i>Conteo de CD4</i>				
<200	49	(18.8)		
200-400	131	(50.4)		
>400	80	(30.8)		
<i>Carga Viral</i>				
Detectable	53	(20.4)		
Indetectable	207	(79.6)		

a. N: Número; %: Porcentaje; M: Media; DS: Desviación Estándar; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

• Instrumentos

Las estrategias de *afrontamiento* fueron evaluadas a través de la versión en castellano del Cuestionario de Afrontamiento al SIDA (Remor, 2001). El cual tiene las siguientes características:

- Mide estrategias de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con VIH y SIDA. Consta de 45 preguntas con opción de respuesta tipo Likert que van desde 1 *Nunca* hasta 5 *Siempre*.
- Utilizado para evaluar las respuestas cognitivas y conductuales en el afrontamiento de la infección por VIH y SIDA.
- El rango de respuestas de este instrumento oscila entre 1 nunca y 5 siempre. El puntaje máximo es de 225 y el mínimo de 45.

Diseñado para identificar y cuantificar los tres estilos de afrontamiento siguientes:

Afrontamiento activo-cognitivo (16 reactivos, alpha 0,72) ejemplo: "He tratado de pensar de qué otra manera podría haber hecho las cosas"; afrontamiento activo-conductual (20 reactivos, alpha 0,76) "Consulta a algún amigo, o a algún profesional para que me aconsejen sobre cómo cambiar cosas en mi situación"; afrontamiento por evitación (11 reactivos, alpha 0,57) "He intentado reducir la tensión fumando más de lo habitual".

Para evaluar el *apoyo social* se empleó la versión en castellano del Cuestionario MOS de Apoyo Social (Martínez-Basurto, Sánchez-Román, Aguilar, Rodríguez y Riveros, 2014). Es un cuestionario breve y multidimensional que permite investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como cualitativos (dimensiones del apoyo social) del apoyo social de pacientes en atención primaria.

- Consta de 16 preguntas con opción de respuesta en escala de tipo Likert con valores que oscilan desde 1 *Nunca* a 5 *Siempre*. El puntaje máximo a obtener es de 80 e indica el mayor apoyo social posible y el mínimo de 16.
- Está dividido en dos escalas: Apoyo emocional/Informacional (14 reactivos, Alpha 0,97) ejemplo: "Alguien que le aconseje cuando tenga problemas"; y el Apoyo tangible (5 reactivos, Alpha 0,89) ejemplo: "Alguien que le llevé al médico cuando lo necesita". Además incluye una pregunta que mide el número de amigos y familiares cercanos.

El *distrés* fue medido con la versión mexicana (Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005) del Symptom Checklist 90:

- Es un cuestionario diseñado para medir la intensidad de síntomas psiquiátricos autoreportados, y también se emplea como una medida de *distrés* emocional.
- Consta de 90 reactivos, con opción de respuesta en escala Likert, el rango de respuestas va de 0 *Nunca* a 4 *Siempre*. El puntaje máximo a obtener es de 360 y el mínimo de 0.
- Se divide en 9 escalas: Somatizaciones (12 reactivos, Alpha 0,85) ejemplo: "Dolores de cabeza"; Obsesivo Compulsivo (10 reactivos, Alpha 0,78) ejemplo: "No poder terminar las cosas que empecé a hacer"; Sensibilidad interpersonal (9 reactivos, Alpha 0,76) ejemplo: "Criticar a los demás"; Depresión (13 reactivos, Alpha 0,83) ejemplo: "Sentirme con muy pocas energías"; Ansiedad (10 reactivos, Alpha 0,80) ejemplo: "Temblores en mi cuerpo"; Hostilidad (6 reactivos, Alpha 0,66) ejemplo: "Sentirme enojado/malhumorado; Ansiedad fóbica (7 reactivos, Alpha 0,71) ejemplo: "Miedo a los espacios abiertos o a las calles"; Ideación paranoide (6 reactivos, Alpha 0,69) ejemplo: "Sentir que otro son culpables de los que me pasa" y Psicoticismo (10 reactivos, Alpha 0,76) ejemplo: "Sentir que otro puede controlar mis pensamientos".

Para medir la *adhesión al tratamiento*, se empleó el Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH Y SIDA (Remor, 2006):

- Este cuestionario mide comportamientos de adhesión enfocados al consumo de medicamentos, ejemplo: ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?; conocimiento sobre el beneficio de la ingesta de los medicamentos, ejemplo: ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales? y los motivos que subyacen tras la práctica o la omisión de comportamientos de adhesión, ejemplo: ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?
- Consta de 20 reactivos que miden la frecuencia, intensidad o grado en que han realizado o experimentado determinadas conductas o aspectos relacionados con la adhesión al tratamiento. Se miden por medio de una escala Likert con 5 opciones ("*Siempre* a *En ninguna ocasión*"), o 2 opciones (e. g. *Si* o *No*), y en una de las preguntas del cuestionario (ítem 5) se debe escribir el nombre de los fármacos que el paciente está tomando. El puntaje máximo es de 89 y el mínimo de 18.

La carga viral y conteo de CD4 son medidas fisiológicas que indican la cantidad de virus existente en la sangre, y el número de linfocitos destruidos por el virus. Se retomaron los valores de las últimas muestras de sangre registradas en el expediente médico.

Diseño

No experimental, Transversal.

Procedimiento

- La investigación se llevó a cabo bajo la revisión y aprobación del Comité de ética del INCMNSZ.
- Se realizaron búsquedas en los expedientes clínicos para elegir a aquellos que cumplieran los criterios de inclusión para la investigación.
- Se invitó a los pacientes a participar en la investigación en la sala de espera de consulta externa del Departamento de Infectología, y aquellos que aceptaron participar firmaron el Consentimiento informado.
- Posteriormente, los participantes completaban la batería de pruebas psicológicas.

Análisis estadísticos

Con el fin de refinar y delimitar los factores que se someterán a prueba en el modelo hipotético, es necesario llevar a cabo: Análisis factoriales exploratorios para determinar la validez de constructo de las escalas y de esta manera observar si la estructura interna de cada escala se mantiene similar a su estructura original o si se modifica en población mexicana. Una vez obtenidos los factores, será pertinente observar si existe una relación entre ellos, mediante correlaciones de Pearson. Por último, se realizaron regresiones lineales con el método de pasos sucesivos para analizar las relaciones encontradas entre los diversos factores. Los factores con relaciones estadísticas más fuertes se incluirán en el modelo y serán evaluados mediante el modelamiento de ecuaciones estructurales.

RESULTADOS DEL ESTUDIO 1

• *Análisis Factoriales Exploratorios*

Se llevaron a cabo análisis factoriales exploratorios, y en todos los análisis el índice KMO fue mayor que .80, lo cual indica que es apropiado realizar un análisis factorial (Kaiser, 1974). La escala de apoyo social, con un alfa de Cronbach de .971, obtuvo dos factores con autovalores mayores a 1 que explicaron el 72.216% de la varianza. El primer factor se denominó Informativo-Afectivo (14 reactivos $\alpha = 0,97$), y el segundo Tangible (5 reactivos $\alpha = 0,89$) (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

Factores que conforman el constructo de Apoyo social derivados del Análisis Factorial Exploratorio.

Factor	Reactivos agrupados	Cargas Factoriales
Informativo-Afectivo (Infor-afec)	• Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	.656
	• Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	.618
	• Alguien con quién pasar un buen rato.	.737
	• Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	.730
	• Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y sus preocupaciones.	.794
	• Alguien que le abrace.	.701
	• Alguien con quien pueda relajarse.	.820
	• Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.	.709
	• Alguien que comprenda sus problemas.	.811
	• Alguien con quién divertirse.	.784
	• Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	.789
	• Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	.795
	• Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	.804
	• Alguien cuyo consejo realmente desee.	.737
	Alfa de Cronbach	.97
Tangible (Tang)	• Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	.860
	• Alguien que le muestre amor y afecto.	.579
	• Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	.657
	• Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	.733
	• Alguien que le ayude cuando tenga que estar enfermo en la cama	.846
	Alfa de Cronbach	.89

En el cuestionario de distrés, los reactivos se agruparon en doce factores con autovalores mayores que uno, que explicaban el 59.582% de la varianza. Sin embargo, se excluyeron tres factores que presentaban una confiabilidad inadecuada (menor a .50) y tres

más que correspondían a desórdenes psiquiátricos. Sólo se consideraron los siguientes seis factores: El primer factor fue de sintomatología de Ansiedad-Depresión (15 reactivos, $\alpha = .92$), el segundo factor fue Somatizaciones (9 reactivos, $\alpha = .88$), el tercer factor fue Ansiedad Fóbica (7 reactivos, $\alpha = .85$), el cuarto factor fue Hostilidad (5 reactivos, $\alpha = .85$), el quinto factor fue Obsesivo Compulsivo (3 reactivos, $\alpha = .74$), y el sexto factor fue Sensibilidad interpersonal (4 reactivos, $\alpha = .77$) (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Factores que conforman el constructo de Distrés derivados del Análisis Factorial Exploratorio.

Factor	Reactivos agrupados	Cargas Factoriales
Ansiedad-Depresión (Ans-Dep)	• Nerviosismo o inestabilidad interior	.550
	• Malos pensamientos, ideas o palabras	.513
	• Lloro fácilmente	.671
	• Se siente atrapada/o	.628
	• Se asusta de repente sin razón	.439
	• Explosiones temperamentales incontrolables	.523
	• Sentimiento de culpabilidad	.553
	• Se siente solo/a	.622
	• Tristeza	.760
	• Se preocupa demasiado por las cosas	.571
	• Siente miedo	.597
	• Se siente herido en sus sentimientos	.662
	• Se siente desesperado frente al futuro	.449
	• Sentirse tenso o excitado	.405
	• Sentirse lo/a aun cuando está con otra gente	.468
	Alfa de Cronbach	.92
Somatizaciones (Soma)	• Debilidad o mareos	.432
	• Sentimientos de falta de energía o lentitud	.553
	• Dolor en la parte inferior de la espalda	.429
	• Se siente limitado para hacer las cosas	.453
	• Dolor muscular	.645
	• Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	.612
	• Siente un nudo en la garganta	.409
	• Sentir debilidad en partes del cuerpo	.685
	• Pesadez en brazos y piernas	.735
	Alfa de Cronbach	.88
Ansiedad Fóbica (Ans-Fob)	• Siente miedo en los espacios abiertos o en las calles	.601
	• Tiene miedo a salir solo/a de casa	.596
	• Siente miedo a viajar en autobús, metro o trenes	.601
	• Sensación de ahogo	.405
	• Evita ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan	.533
	• Periodos de terror o pánico	.549
	• Sentirse nervioso cuando se queda solo	.599
	Alfa de Cronbach	.85
Hostilidad (Host)	• Tener necesidad urgente de golpear, dañar o herir a alguien	.781
	• Tener necesidad de romper o destrozarse cosas	.822
	• Sentirse tan intranquilo que no podría quedarse quieto	.438
	• Sentimiento de inutilidad	.438
	• Gritar, o tirar cosas	.740
	Alfa de Cronbach	.85

Obsesivo Compulsivo (Obs-comp)	•Problemas para recordar las cosas	.675
	•Se le queda la mente en blanco	.605
	•Dificultad para concentrarse	.577
Alfa de Cronbach		.74
Sensibilidad Interpersonal (Sen-inter)	•Se siente inferior a los demás	.526
	•Sentimiento de que está siendo observado o que los demás hablan de usted	.421
	•Sentirse incómodo cuando la gente le mira o le habla	.570
	•Sentirse muy tímido delante de otras personas	.716
	Alfa de Cronbach	.77

En el cuestionario de adhesión, se encontraron cuatro factores con autovalores mayores a 1 que explicaron el 59.843 % de la varianza. El primer factor se refiere a la Omisión del medicamento (4 reactivos, $\alpha= 0,95$), el segundo factor agrupó reactivos con respecto a la Valoración de la información sobre los medicamentos (4 reactivos, $\alpha= 0,91$), el tercero es sobre la Facilidad percibida para seguir el tratamiento (4 reactivos, $\alpha= 0,69$) y el cuarto factor se refiere a la Autoeficacia y la Relación con el médico (3 reactivos, $\alpha= 0,81$). Todos los factores fueron incluidos en los análisis posteriores (Ver Tabla 5). Cabe destacar que varios reactivos de este cuestionario tienen cargas factoriales mayores a .95, al realizar un diagnóstico de colinealidad se observó que los reactivos 3 y 4 presentaban puntajes de .93 y .94 respectivamente, motivo por el cual fue un reactivo excluido del modelo de ecuaciones estructurales.

Tabla 5.

Factores que conforman el constructo de Adhesión derivados del Análisis Factorial Exploratorio.

Factor	Reactivos agrupados	Cargas Factoriales
Omisión del medicamento (Om-med)	• ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	.869
	• Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?	.904
	• Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?	.939
	• Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?	.942
	Alfa de Cronbach	.95
Valoración de la información sobre los medicamentos (Val-med)	• ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	.809
	• ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	.928
	• ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	.928
	• ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	.891
	Alfa de Cronbach	.91
Dificultad percibida para seguir el tratamiento (Dif-med)	• ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	.686
	• ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	.737
	• ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?	.662
	• ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?	.704
	Alfa de Cronbach	.704

	Alfa de Cronbach	.70
Autoeficacia y relación con el médico (Auto-med)	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta? • Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante? • ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales? 	.840 .863 .581
	Alfa de Cronbach	.81

Finalmente, en el cuestionario de afrontamiento adaptado por Remor (2001), se eligieron aquellos reactivos de afrontamiento maladaptativo que de acuerdo con la literatura, interfieren con la adhesión al tratamiento (escape y evitación). En total fueron 11 reactivos que se dividieron en dos factores, el factor de escape (3 reactivos, $\alpha = 0,60$) y evitación (8 reactivos, $\alpha = 0,64$) (Ver Tabla 6), las alfas de Cronbach reportadas fueron débiles, sin embargo se prefirió conservar los reactivos originales en virtud de la relevancia teórica del afrontamiento evitativo en la adhesión y a su relevancia clínica.

Tabla 6.

Factores que conforman el constructo de Afrontamiento derivados del Análisis Factorial Exploratorio.

Factor	Reactivos agrupados	Cargas Factoriales
Escape (Esc)	• Trato de pensar de qué otra manera podría haber hecho las cosas	.754
	• Intento evitar pensar en ello	.763
	• Trato de recordar los buenos tiempos y sueño despierto con ellos	.594
	Alfa de Cronbach	.60
Evitación (Evi)	• Intento reducir la tensión fumando más de lo habitual	.764
	• Intento reducir la tensión comiendo más de lo habitual	.695
	• Trato que los demás no sepan cómo me siento	.744
	• Bromeo sobre ello, rechazando adoptar una actitud demasiado seria al respecto	.423
	• Evito estar en compañía de otras personas	.402
	• Intento reducir la tensión durmiendo más de lo habitual	.435
	• Trato de reducir la tensión consumiendo más drogas de lo habitual	.800
	• Intento reducir la tensión bebiendo más alcohol de lo habitual	.685
	Alfa de Cronbach	.64

• *Correlaciones*

En la Tabla 7 se muestran sólo las correlaciones que resultaron significativas estadísticamente. En general, los factores de adhesión terapéutica correlacionaron principalmente con el factor de apoyo social informativo afectivo y con los factores de distrés. Las relaciones más altas fueron las que se obtuvieron entre el factor de facilidad para seguir el

tratamiento y el distrés, las relaciones fueron negativas, es decir, a mayor facilidad percibida para seguir el tratamiento, menor ansiedad-depresión (-.357, p .001), menor somatización (-.367, p .001), menor ansiedad fóbica (-.304, p .001), menor obsesivo compulsivo (-.314, p .001) y menor sensibilidad interpersonal (-.375, p .001). Esto quiere decir que cuando los pacientes percibían que era fácil seguir el tratamiento había menos presencia de malestar emocional, ya que se tiene un control sobre la toma de los medicamentos, sus horarios y cuidados. Por otra parte, todas las correlaciones obtenidas fueron débiles, pero estadísticamente significativas.

Tabla 7.

Correlaciones significativas entre los factores de adhesión y los factores de Apoyo social, Distrés, CD4 y CV.

	INFO-AFEC	TANG	ANS-DEP	SOMA	ANS-FOB	HOST	OBS-COMP	SEN-INTER	TIEMPO DX	CD4	CV
OM-MED	.139**	-----	-.201**	-.146*	-----	-.169**	-.211**	-.195**	-----	-----	-----
VAL-MED	.135**	-----	-.155*	-----	-.145*	-----	-.157*	-----	-----	.158*	-.260**
FAC-TRAT	.191**	-----	-.357**	-.367**	-.304**	-.250**	-.314**	-.375**	-----	.204**	-----
AUTO-MED	.192**	.183**	-.255**	-.291**	-.265**	-.252**	-.348**	-.297**	-.141	-----	-----

Nota: Los factores del instrumento de Adhesión se encuentran en la primera columna del lado izquierdo, OM-MED= Omisión del medicamento; VAL-MED= Valoración de la información sobre los medicamentos; DIF-TRAT= Facilidad percibida para seguir el tratamiento; AUTO-MED= Autoeficacia y la Relación con el medico; en la parte superior se presentan los factores del instrumento de Apoyo Social, INFO-AFEC= Apoyo Social Informativo-Afectivo; TANG= Apoyo Social Tangible; los factores del instrumentos de distrés, ANS-DEP= Ansiedad-Depresión; SOMA= Somatizaciones; ANS-FOB= Ansiedad Fóbica; HOST= Hostilidad; OBS-COMP= Obsesivo Compulsivo; SEN-INTER= Sensibilidad interpersonal; y las variables biológicas, CD4= Conteo de CD4; y CV= Carga Viral; los guiones hacen referencia a que no hubo correlación entre esas variables; (*) Nivel de significancia ≤ 0.05 ; (**) Nivel de significancia ≤ 0.001 .

En la Tabla 8 se observan las correlaciones que resultaron estadísticamente significativas. Los dos factores de apoyo social se relacionaron con los factores del distrés negativamente, es decir, a mayor apoyo social, menor distrés. Sin embargo, el apoyo social Informativo-afectivo fue el que obtuvo relaciones más altas con el factor de ansiedad-depresión (-.354, p .001), el factor de somatizaciones (-.309, p .001) y con el factor de sensibilidad interpersonal (-.3487, p .05). Estas cargas factoriales aunque fueron estadísticamente significativas también fueron débiles.

Tabla 8.

Correlaciones significativas entre los factores de Apoyo social y los factores de Distrés y CD4.

	ANS-DEP	SOMA	ANS-FOB	HOST	OBS-COMP	SEN-INTER	CD4
INFO-AFEC	-.354**	-.309**	-.237**	-.199**	-.239**	-.348**	.138*
TANG	-.225**	-.211**	-.169**	-.154*	-.207**	-.248**	-----

Nota: Los factores del instrumento de Apoyo Social se encuentran en la primera columna del lado izquierdo, Apoyo Social, INFO-AFEC= Apoyo Social Informativo-Afectivo; TANG= Apoyo Social Tangible; en la parte superior se presentan los factores del instrumento de distrés, ANS-DEP= Ansiedad-Depresión; SOMA= Somatizaciones; ANS-FOB= Ansiedad Fóbica; HOST= Hostilidad; OBS-COMP= Obsesivo Compulsivo; SEN-INTER= Sensibilidad interpersonal; y la variable biológica, CD4= Conteo de CD4; los guiones hacen referencia a que no hubo correlación entre esas ;(*) Nivel de significancia ≤ 0.05 ; (**) Nivel de significancia ≤ 0.001 .

En la Tabla 9 se muestran las correlaciones estadísticamente significativas del distrés. Los factores de distrés se relacionaron principalmente con los factores de afrontamiento maladaptativo (escape y evitación), las relaciones fueron positivas, es decir, a mayor afrontamiento maladaptativo, mayor distrés. El factor de hostilidad obtuvo la relación más alta con el factor de evitación (373, p. 001). Al igual, que en las correlaciones pasadas, estas asociaciones fueron débiles.

Tabla 9.

Correlaciones significativas entre los factores de Distrés y los de Afrontamiento, Tiempo desde el diagnóstico, CD4 y CV.

	ESC	EVI	TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO	CD4	CV
ANS-DEP	.188**	.288**	----	-.133*	----
SOMA	----	.214**	----	-.158*	.144*
ANS-FOB	.193**	.271**	----	-.126*	-----
HOST	.131*	.373**	----	-.134*	----
OBS-COMP	.129*	.172**	----	----	-----
SEN-INTER	.169**	.281**	.134*	----	----

Nota: Los factores del instrumento de Distrés se encuentran en la primera columna del lado izquierdo, ANS-DEP= Ansiedad-Depresión; SOMA= Somatizaciones; ANS-FOB= Ansiedad Fóbica; HOST= Hostilidad; OBS-COMP= Obsesivo Compulsivo; SEN-INTER= Sensibilidad interpersonal; en la parte superior se presentan los factores del instrumento de Afrontamiento, ESC= Escape; EVI= Evitación; el tiempo desde el diagnóstico y las variables biológicas CD4= Conteo de CD4; y CV= Carga Viral; los guiones hacen referencia a que no hubo correlación entre esas ;(*) Nivel de significancia ≤ 0.05 ; (**) Nivel de significancia ≤ 0.001 .

El tiempo desde el diagnóstico se relacionó negativamente con el afrontamiento de escape (-142, p. 05), a mayor tiempo desde el diagnóstico, menor afrontamiento de escape. Y se

relacionó positivamente con el conteo de CD4 (155, p .05), a mayor tiempo desde el diagnóstico, mayor conteo de CD4 que podría denotar efectividad del tratamiento. Finalmente, el conteo de CD4 se relacionó negativamente con la CV (-.286, p .001), a mayor conteo de CD4 menor CV como es esperable, todas las asociaciones fueron significativas pero débiles.

• **Regresiones lineales**

Se presentan las regresiones lineales más fuertes y significativas estadísticamente en la Tabla 10. Los factores de adhesión fueron predichos por factores de distrés. Los factores que tuvieron predictores más fuertes fueron la Facilidad percibida para seguir el tratamiento y la Autoeficacia y la relación con el médico.

La Facilidad percibida para seguir el tratamiento fue predicha principalmente por la Sensibilidad Interpersonal ($\beta = -.375$, $p = .001$), que explicó 13.7% de la varianza ($R^2 = .137$) y la predicción fue significativa $F(2, 258) = 42.173$, $p = .001$.

La Autoeficacia y relación con el médico tuvo como principal predictor el factor Obsesivo Compulsivo ($\beta = -.348$, $p = .001$), el cual explicó 11.7% de la varianza ($R^2 = .117$) y tuvo una relación significativa $F(1, 259) = 35.475$, $p = .001$.

Tabla 10.
Predictores significativos de los factores de Adhesión.

	Facilidad percibida para seguir el tratamiento (R^2 total= .137)					Autoeficacia y la Relación con el médico (R^2 total= .132)				
	R ²	F	p	β	p	R ²	F	p	β	p
Somatizaciones	.171	27.801	.001	-.231	.001					
Sensibilidad Interpersonal	.137	42.173	.001	-.375	.001	.132	20.623	.001	-.156	.023
Obsesivo-Compulsivo						.117	35.475	.001	-.348	.001

Nota: B: Beta; p: probabilidad de Beta; R²: R cuadrada; gl: grados de libertad; F: Valor de F; p: probabilidad de F.

Los principales predictores de los factores del distrés fueron la falta de apoyo social Informativo-Afectivo y el afrontamiento Evitativo. Los factores de distrés que tuvieron predictores más fuertes fueron la Ansiedad-Depresión y la Hostilidad (Ver Tabla 11).

El principal predictor de la Ansiedad-Depresión fue la falta de apoyo social Informativo-Afectivo ($\beta = -.354$, $p = .001$), que explicaba el 12.2% de la varianza ($R^2 = .122$) y tuvo una relación significativa $F(1, 259) = 36.957$, $p = .001$.

El principal predictor de la Hostilidad fue el afrontamiento Evitativo ($\beta = .373$, $p = .001$), que explicaba el 13.9% de la varianza ($R^2 = .139$) y tuvo una relación significativa $F(1, 258) = 41.700$, $p = .001$.

Tabla 11.
Predictores significativos de los factores de Distrés.

	Ansiedad-Depresión (R^2 total= -.265)					Hostilidad (R^2 total= -.174)				
	R^2	F	p	β	p	R^2	F	p	β	p
Informativo-Afectivo	.122	36.957	.001	-.354	.001	.163	26.178	.001	-.174	.003
Evitación	.189	31.129	.001	.265	.001	.136	41.700	.001	.373	.001

Nota: B: Beta; p: probabilidad de Beta; R^2 : R cuadrada; gl: grados de libertad; F: Valor de F; p: probabilidad de F.

En cuanto a las variables fisiológicas (CD4 y CV), se encuentra que los principales predictores fueron los factores de adhesión

El principal predictor del conteo de CD4 fue la CV ($\beta = -.207$, $p = .001$), que explicaba el 3.9% de la varianza ($R^2 = .039$) y tuvo una relación significativa $F(1, 259) = 22.981$, $p = .001$. El principal predictor de la CV fue la Valoración de la información sobre los medicamentos ($\beta = -.260$, $p = .001$), que explicó el 6.4% de la varianza ($R^2 = .064$) y tuvo una relación significativa $F(1, 259) = 18.640$, $p = .001$ (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

Predictores significativos de los factores de Distrés.

	CD4						CV						
	β	p	R ²	gl	F	p	β	p	R ²	gl	F	p	
CV	-0.286	.001	.082	1, 258	22.981	.001							
Valoración de la información sobre los medicamentos							-0.324	.001	.105	1, 258	30.205	.001	

Nota: B: Beta; p: probabilidad de Beta; R²: R cuadrada; gl: grados de libertad; F: Valor de F; p: probabilidad de F.

Finalmente, basándonos en la literatura y después de analizar las correlaciones y las regresiones, se decidió que los factores que establecieron relaciones más fuertes y que se relacionaban con la mayoría de las variables fueran incorporadas en el modelo de ecuaciones estructurales hipotético (Ver Figura 13). Por lo tanto, el modelo final (Ver Figura 14) se hipotetizó de la siguiente manera: el afrontamiento evitativo y la falta de apoyo social informativo-afectivo como predictores del distrés (síntomatología ansiosa-depresiva), a su vez bajos niveles de distrés y el tiempo desde el diagnóstico predicen la facilidad percibida para seguir el tratamiento; así mismo, el factor de adhesión es un predictor de CD y CV. Por lo tanto, el modelo hipotético se integró de la siguiente manera:

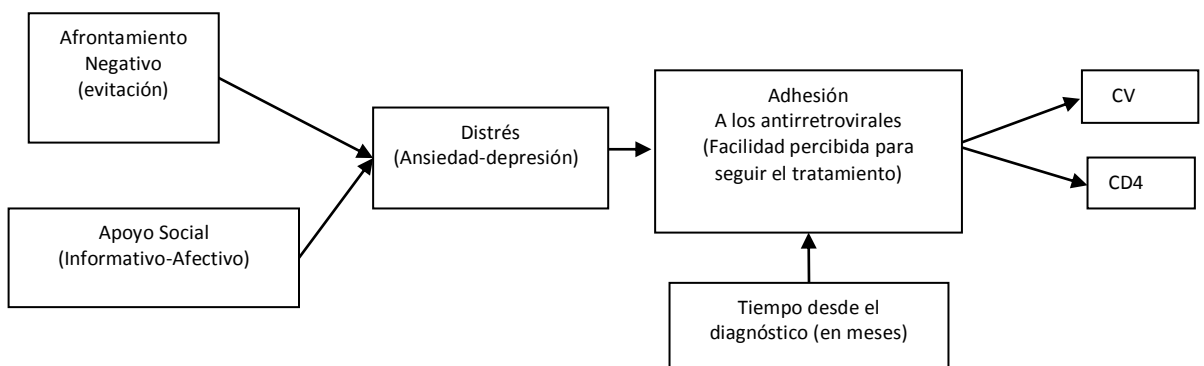


Figura 14. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales

• **Modelo de ecuaciones estructurales**

Con base en los análisis previos se evaluó el modelo hipotético anteriormente propuesto (Ver Figura 15) por medio del modelamiento de ecuaciones estructurales; se empleó un Análisis de Senderos, el cual es un modelo estructural para variables observables, por lo que sólo se incluye una medida para cada variable teórica y se establecen relaciones causales entre estas variables. Se tomó en cuenta el estadístico X^2 , el cual permite contrastar la hipótesis de que el modelo se ajusta a los datos observados, para aceptar el modelo se debe tener una probabilidad mayor a 0.05; y algunos índices que comparan la mejoría en la bondad de ajuste como el índice de ajuste normado (NFI), el índice no normado (NNFI) y el índice de ajuste comparativo (CFI). Estos índices de bondad de ajuste suelen oscilar entre 0 y 1, donde 1 representa un ajuste perfecto (Kline, 2004). El modelo fue evaluado con el software AMOS 15 (Arbuckle, 2011).

El modelo hipotético mostró un buen ajuste $\chi^2 (14, N = 260) = 18,459, p = .187, CFI = .96, RMSEA = .035$, y todos los senderos fueron estadísticamente significativos. Como se hipotetizó, la sintomatología ansiosa-depresiva tuvo una asociación directa negativa con la facilidad percibida para seguir el tratamiento ($\beta = -.35; p = .001$), además de que fue el principal mediador de las relaciones entre el apoyo social, el afrontamiento evitativo y la adhesión.

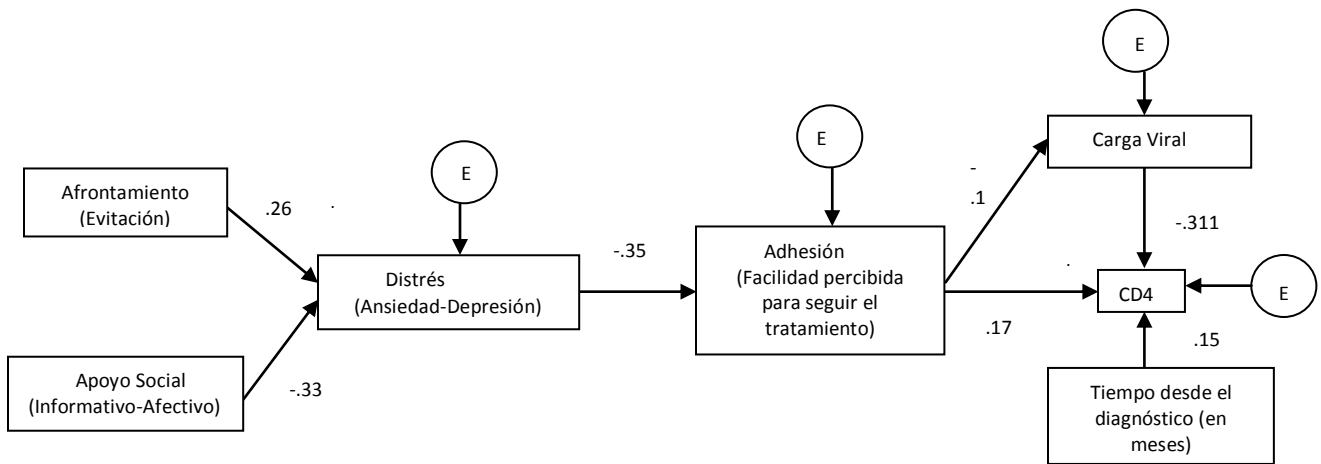


Figura 15. Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre el Afrontamiento (Evitación), el Apoyo social (Informativo-Afectivo), el Distrés (Ansiedad-Depresión) y la Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento). Todos los senderos fueron significativos ($p < 0.05$)

La falta de apoyo social (informativo-afectivo) tuvo un efecto negativo y directo sobre la sintomatología depresiva-ansiosa ($\beta = -.33; p = .001$), mientras que el afrontamiento evitativo

tuvo un efecto positivo y directo y ($\beta = .26; p = .001$) sobre la sintomatología depresiva-ansiosa. La facilidad percibida para seguir el tratamiento se asoció negativa y directamente sobre el conteo de la CV ($\beta = -.16; p = .009$), pero positiva y directamente con el conteo de CD4 ($\beta = .17; p = .003$). Finalmente, el tiempo desde el diagnóstico no se relacionó con la adhesión directamente, pero para aumentar el ajuste estadístico, el programa sugirió que esta variable explicaba mejor el conteo de CD4, con una relación positiva ($\beta = .15; p = .008$) (Ver Tabla 13).

Tabla 13.

Estimaciones de los parámetros estandarizados de la relación entre el Afrontamiento (Evitación), el Apoyo social, (Informativo-Afectivo), el Distrés (Ansiedad-Depresión) y la Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento).

Relaciones entre factores			β	P
Afrontamiento evitativo	→	Ansiedad-Depresión	.266	.000
Apoyo social	→	Ansiedad-Depresión	-.337	.000
Ansiedad-Depresión	→	Facilidad percibida para seguir el tratamiento	-.355	.000
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	→	CV	-.161	.009
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	→	CD4	.171	.003
CV	→	CD4	-.311	.000
Tiempo desde el diagnóstico	→	CD4	.150	.008

Nota: CV: Carga Viral; CD4: conteo de células CD4

DISCUSIÓN

El objetivo del primer estudio del presente trabajo fue evaluar el modelo hipotético para explicar las relaciones existentes entre el afrontamiento (evitativo), el apoyo social (informativo-afectivo), los estados de ánimo negativos (síntomatología depresiva-ansiedad), la adhesión (facilidad percibida para seguir el tratamiento antirretroviral), el conteo de CD4 y la Carga Viral, mediante la técnica de modelos de ecuaciones estructurales en una muestra de pacientes VIH positivos.

Los estados de ánimo negativos (síntomatología depresiva-ansiosa) mediaron la relación entre el apoyo social informativo-afectivo, el afrontamiento evitativo y la facilidad percibida para seguir el tratamiento. Este hallazgo apoya los resultados encontrados por Johnson, Heckman, et al. (2009) quienes en un estudio con 244 pacientes encontraron que los estados de ánimo negativos mediaban la relación entre el apoyo social, el afrontamiento mal-adaptativo y la adhesión, lo cual señala que los estados de ánimo negativos son el principal mecanismo por el cual los pacientes no se adhieren a su tratamiento antirretroviral, en coincidencia con otros estudios (Amico, et al., 2009; Catz et al., 2000; Dal-Bó et al., 2013; DiIorio et al., 2009; Johnson et al., 2006; Johnson, Carrico, Chesney y Morin, 2008; Kunches et al., 2002; Remor 2002a, Mellins et al., 2009; Murphy et al., 2004; Perry y Karasic, 2002; Piña et al., 2008; Royal et al., 2009; Remien et al., 2006)

Estos resultados son consistentes con las investigaciones que han evaluado la relación entre la depresión y/o ansiedad y la adhesión, las cuales sugieren que experimentar síntomas depresivos y ansiosos disminuye la habilidad de concentración y aumentan los pensamientos de inutilidad en los pacientes, entorpeciendo la adhesión al tratamiento (Rao et al., 2012; Safren et al., 2009).

En este modelo al igual que en el propuesto por Johnson, Heckman, et al. (2009) el afrontamiento evitativo está ligado con el aumento de los estados de ánimo negativos (síntomatología depresiva-ansiosa), esto quiere decir que los pacientes que evitan la enfermedad pueden presentar altos niveles de depresión o ansiedad por su poca participación activa con respecto a su tratamiento (Sánchez et al., 2010; Weaver et al., 2005).

De la misma manera que en estudios previos, la relación que encontramos del apoyo social informativo-afectivo con la adhesión (facilidad percibida para seguir el tratamiento) fue indirecta (DiIorio et al., 2009; Johnson et al., 2009; Simoni et al., 2006; Weaver et al., 2005). Los datos del modelo sugieren que un pobre apoyo social aumenta los niveles de depresión y/o ansiedad, y que por el contrario, altos niveles de apoyo social disminuyen la sintomatología emocional.

Diversas investigaciones que han estudiado esta relación entre el apoyo social y la adhesión han enfatizado el papel positivo que juegan la pareja, la familia y los amigos para mantener las conductas adherentes a los medicamentos (Alfonso et al., 2006; Davies et al., 2006; Campero, Herrera, Kendall y Caballero, 2007; Kumarasamy et al., 2005). Sin embargo, el apoyo informativo que brinda principalmente el médico resulta relevante para una óptima adhesión, ya que disminuye la incertidumbre con respecto al tratamiento y a la enfermedad (Alfonso et al., 2006; DiIorio et al., 2009; Godin et al., 2005; Miller et al., 2007; Remien et al., 2005; Sandelowski et al., 2009; Södergard et al., 2006). En investigaciones mexicanas se ha identificado que la falta de información sobre el tratamiento antirretroviral, sus efectos colaterales son los principales factores para una adhesión deficiente (Campero et al., 2007; González-Puente, 2006; Herrera, Campero, Caballero y Kendall, 2008).

Nuestros hallazgos no apoyan la asociación entre el apoyo social y el afrontamiento, como lo sugieren Weaver et al. (2005) y Johnson, Heckman, et al. (2009) lo cual nos podría indicar que en la población mexicana el tener una red social amplia y estable no garantiza que el paciente afronte de manera adaptativa la enfermedad o por el contrario, el tener un bajo apoyo social no significa que el paciente vaya a evitar la enfermedad.

Finalmente, nuestros datos no apoyan la relación directa que se ha encontrado en estudios previos del tiempo desde el diagnóstico con la adhesión. A pesar de esto, el tiempo desde el diagnóstico se relacionó positivamente con el aumento de CD4, indicando que a mayor tiempo con el diagnóstico mayor es el conteo de CD4, lo cual sugiere que con el paso del tiempo los pacientes se vuelven más competentes para seguir su tratamiento.

Una limitación que debe considerarse, es que después de eliminar tres factores en el análisis factorial exploratorio del cuestionario de distrés, se corrió de nuevo el análisis factorial exploratorio para verificar si se conservaba la consistencia de los nueve factores, sin embargo,

los factores no se agruparon como se esperaba, lo cual puede estar implicando una deficiencia del instrumento para reconocer los reactivos, será necesario en posteriores estudios revisar detalladamente las propiedades psicométricas. También se sugiere que para aumentar el poder del modelo de ecuaciones estructurales se incluya más mediciones de las variables. Otra limitación que se observó fue la debilidad de las alfas de Cronbach en los reactivos de afrontamiento evitativo, tanto en la escala original como en los factores obtenidos en el análisis factorial exploratorio, por lo que sería conveniente en otros estudios evaluar otros reactivos.

Por último, los reactivos que se agruparon en el factor de obsesivo compulsivo refieren a características de déficit cognitivo, más que a un trastorno de personalidad, razón por la cual algunas correlaciones y regresiones no corresponden teóricamente, sería conveniente en futuros estudios realizar un análisis más detallado con respecto a este factor para seleccionar sólo aquellos factores que correspondan teóricamente al constructo.

Dado que los resultados anteriores, enfatizaron el papel de la sintomatología ansiosa y depresiva como un predictor importante sobre la falta de adhesión, se diseñó y evaluó el impacto de una intervención cognitivo conductual que tenía como principal objetivo disminuir la sintomatología depresiva y/o ansiosa en pacientes con VIH que presentaban baja adhesión terapéutica para tratar de aumentar la misma, además de analizar el impacto de esta intervención sobre el afrontamiento evitativo, apoyo social, el conteo de CD4 y la CV.

ESTUDIO 2

Objetivo: Con base en el modelo construido en el primer estudio, el estudio dos del protocolo tiene como objetivo evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología de ansiedad y depresión y su impacto en la adhesión terapéutica, afrontamiento, apoyo social, facilidad percibida para seguir el tratamiento y variables fisiológicas como CD4 y CV.

MÉTODO

- **Participantes**

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Con diagnóstico de infección por VIH o SIDA confirmado por el médico tratante.
- Que presentaran bajos niveles de adherencia (menor al 95%, confirmado por el médico o con base en el cuestionario de adherencia) en su esquema de tratamiento actual.
- Que presentaran niveles moderados o altos en las escalas de Depresión y/o Ansiedad de Beck.
- Que desearan participar en la investigación y firmaran el Consentimiento Informado.

Criterios de exclusión:

- Retraso mental.
- Psicosis o trastornos psiquiátricos mayores
- Que no aceptaran participar en el estudio

Siete pacientes completaron el tratamiento; 4 eran hombre y 3 mujeres; la media de edad fue de 32.7 años; con una media de 8 años desde el diagnóstico. Dos eran estudiantes; todos solteros; cuatro ya recibían en tratamiento antirretroviral y tres tenían tratamiento de contención. En promedio tomaban 26 pastillas a la semana; y en cuanto al conteo de CD4 tenían una media de 252.2 y una CV de 103.2, no obstante aunque tres pacientes no tomaban constantemente su tratamiento, tenían un registro de CV indetectable (Ver Tabla 14).

Tabla 14.

Características sociodemográficas de los participantes.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	4	57.1
Mujer	3	42.8
Ocupación		
Estudiante	2	28.5
Profesionista	1	14.2
Auto-empleo	1	14.2
Empleados	2	28.5
Ama de casa	1	14.2
Estado Civil		
Solteros	6	85.7
Viuda	1	14.2
Condición de tratamiento médico		
En tratamiento	4	57.1
En contención	3	42.8
Características	Media	DE
Edad	32.7	12.3
Tiempo desde el diagnóstico (años)	8.7	4.9
No de pastillas tomadas a la semana	26	26.7
CD4	252.2	146.4
CV	103.2	88.50

Nota: CV: Carga Viral; CD4: conteo de Células CD4

• Instrumentos

Para medir las variables de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión se retomaron los factores contemplados en el modelo de ecuaciones estructurales; con respecto a la variable de sintomatología ansiosa-depresiva se decidió emplear escalas independientes para medir la sintomatología. No se empleó el SCL-90 en este estudio, debido a que en los análisis factoriales exploratorios previos no se definieron de manera clara ambas sintomatologías. Además, una de las características principales del instrumento es que es más adecuado para dar un dato global de malestar, que para el diagnóstico o la identificación de un cuadro clínico específico (Carrasco, Sánchez, Ciccotelli y Del Barrio, 2003).

Dadas estas consideraciones, se decidió emplear los cuestionarios de Beck tanto para Ansiedad como para depresión, debido a que han sido comparados constantemente con el SCL90 para evaluar validez convergente y se han tenido resultados adecuados, por otro lado, estos

instrumentos han mostrado sensibilidad al cambio después de una intervención psicológica (Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil y Cavazos, 2005).

- **Afrontamiento:** Cuestionario de Afrontamiento al SIDA (Remor, 2001), factor de evitación (reactivos 3, 9, 11, 12, 17, 22, 42 y 44) con alfa de Cronbach de .64. El rango de respuestas de este instrumento oscila entre 1 nunca y 5 siempre, con un máximo puntaje de 40 y un mínimo de 8.
- **Apoyo Social:** Cuestionario MOS de Apoyo Social. (Martínez-Basurto et al., 2014), factor de apoyo Informativo-Afectivo (reactivos 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18 y 19) con alfa de Cronbach de .97. Con opción de respuesta en escala de tipo Likert con valores que oscilan desde 1 *Nunca* a 5 *Siempre*, y un puntaje máximo de 70 y un mínimo de 14.
- **Adhesión:** Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH Y SIDA (Remor, 2006), factor de facilidad percibida para seguir el tratamiento (reactivos 7, 15, 16 y 18) con opciones de respuesta de Nada a Mucho, pero que varían en puntuación de 1 a 5, la puntuación máxima a obtener es de 20 y la mínima es de 4. Además del cuestionario, la adhesión también se midió contabilizando el número de dosis tomadas a la hora correcta.
- **Ansiedad y Depresión:** Inventarios de Depresión (Jurado et al., 1998) y Ansiedad (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) de Beck en sus versiones adaptadas y validadas para población mexicana, con un índice de consistencia interna de 0.87 para depresión y 0.83 en ansiedad. Ambos inventarios constan de 21 reactivos que miden sintomatología presentada durante la última semana. Las opciones de respuestas van de 0 a 3, con un puntaje máximo de 63 y un mínimo de 0.

• **Diseño**

Pretest-post test con seguimiento.

Línea Base Múltiple No Recurrente

Los diseños de Línea Base Múltiple demuestran el efecto de una intervención introduciendo la intervención en diferentes líneas base. Si cada línea base cambia cuando se introduce la intervención los efectos pueden atribuirse a la intervención y no a variables

extrañas. En especial los diseños de Línea Base No concurrente no recolectan los datos de manera simultánea entre sujetos. Este tipo de diseños buscan control de variables como la maduración, sensibilidad al test-retest e instrumentación (Harvey, May y Kennedy, 2004).

Generalmente el efecto del tratamiento se comprueba cuando:

- La primera conducta tratada cambia mientras las otras permanecen sin modificaciones.
- Los cambios de conducta se producen cuando se ha aplicado el tratamiento de manera contingente.
- La réplica del procedimiento en series de respuestas, estímulos o de sujetos de (9 a 15 participantes).
- Entre más líneas bases se establezcan más se incrementa el poder del diseño (Se recomiendan entre tres y cuatro).

• ***Intervención cognitivo conductual***

La intervención se llevó a cabo de manera individual, entre 10 y 12 sesiones semanales de aproximadamente 2 horas de duración, impartidas idealmente en aulas ubicadas dentro del Instituto, pero cuando el paciente tuvo alguna dificultad para asistir, se ofreció la opción de visita domiciliaria (la cual fue necesaria para una paciente) y consultorio privado (el cual fue necesario para tres pacientes), en el cual recibieron la atención sin ningún costo económico.

Módulo de Psico-educación (2 sesiones aproximadamente) (Ver Anexo 1)

Objetivo.- Brindar información sobre aspectos generales relacionados con el curso natural de la enfermedad (VIH y SIDA), su tratamiento, las implicaciones relacionadas con la falta de adherencia y el tratamiento psicológico. Durante la Línea Base (LB), se aplicó un cuestionario para identificar el nivel de conocimientos que tiene el paciente con respecto a la enfermedad. La psico-educación se realizó por medio de una presentación power point.

Contenidos de la psico-educación en VIH/SIDA

- Dar la definición de VIH
- Explicar la función del sistema inmunológico

- ¿Qué son los CD4 y cuál es su función?
- ¿Cómo el VIH afecta en el cuerpo?
- ¿Qué es el SIDA?
- Describir las infecciones causadas por el SIDA
- Describir síntomas del VIH y SIDA
- Explicar la importancia del Tratamiento Antirretroviral
- Explicar la relación entre los medicamentos y la progresión de la enfermedad.
- Explicar la importancia de la adherencia a los antirretrovirales.

Psico-educación en Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

- Explicar el modelo cognitivo conductual y las bases que lo subyacen.
- Explicar la relación existente entre los pensamientos, emociones, conductas y ambiente
- Explicar las características y diferencias entre estos componentes.
- Analizar cómo se explica el problema de adherencia presentado por medio del modelo de la TCC.

Dependiendo del estado emocional predominante del paciente se brindó psico-educación más específica sobre alguno de los siguientes temas:

Psicoeducación Ansiedad (Ver Anexo 2)

Se brindó información con respecto a la ansiedad, sus características clínicas, fisiológicas, principales problemas de ansiedad, mitos relacionados con la ansiedad, métodos para prevenir una crisis de ansiedad y tratamiento psicológico a seguir.

Psicoeducación Depresión (Ver Anexo 3)

Se brindó información con respecto a la depresión, características clínicas, fisiológicas y tratamiento psicológico a seguir.

A continuación se describirán los módulos empleados durante el tratamiento psicológico, la secuencia de los mismos se estableció en función de las necesidades del paciente. Algunos módulos se retomaron en sesiones subsecuentes, con el objetivo de que los pacientes dominaran algunas estrategias a lo largo de las sesiones. En general, este tipo de propuestas suelen llevar entre 8 y 12 sesiones con cada paciente.

Módulo de pasos vitales (Safren, Otto y Woth, 1999) (1 sesión aproximadamente) (Ver Anexo 4)

Objetivo.-Este módulo educativo, brindó un espectro general de procedimientos con el esquema de solución de problemas para promover la adherencia terapéutica a los medicamentos

- Presentación sobre los esquemas de tratamiento y adherencia terapéutica.
- Abarcar y dar solución a problemas de transporte a las consultas psicológicas.
- Explicar la importancia de la comunicación con el equipo de salud.
- Afrontar efectos secundarios de los medicamentos.
- Abarcar y dar solución a la obtención de medicamentos.
- Crear un horario de toma de medicamentos.
- Planear en dónde guardará los medicamentos.
- Adaptar señales para mejorar la adherencia.
- Ejercicio de imaginación guiada.
- Instruir al paciente sobre el manejo de los olvidos.
- Repasar pasos vitales.

Módulo de Activación Conductual (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001) (10 sesiones aproximadamente)

Objetivo.- Este módulo se diseñó para incrementar la exposición a consecuencias positivas producidas por conductas saludables y placenteras, además de incrementar la probabilidad de recurrencia de tales conductas y por lo tanto reducir la probabilidad de conductas depresivas.

- Realizar un registro de síntomas depresivos y el nivel de actividad que tiene actualmente.
- Identificar las actividades potenciales en diferentes áreas de la vida.
- Enlistar 15 actividades que cubran objetivos realistas, y jerarquizarlas de menor a mayor dificultad.
- Planear cómo se trabajarán las actividades elegidas y medir los progresos.
- Recompensar y graficar progresos.

- Este módulo se trabajó a lo largo de las sesiones con la finalidad de que el paciente logre dominar y/o realizar actividades que vayan aumentando su complejidad, además de revisar los progresos logrados.

Módulo de reestructuración Cognitiva (Greenberg y Padesky, 1998) (aproximadamente 6 sesiones)

Objetivo.- Detectar y reestructurar cogniciones defectuosas o sesgadas que generen reacciones emocionales negativas o conductas instrumentales que interfieren con el cumplimiento de una óptima adherencia a los medicamentos.

- Describir el modelo cognitivo conductual
- Explicar la relación entre situaciones, emociones, pensamientos y conductas.
- Explicar las características de los pensamientos automáticos e identificarlos.
- Brindar ejemplos de pensamientos automáticos (asociados con la ansiedad, depresión, tratamiento antirretroviral, efectos colaterales).
- Identificar pensamientos de alta tensión.
- Buscar evidencia de aquellos pensamientos de alta tensión.
- Brindar opciones de pensamientos alternativos o equilibrados

Módulo de Entrenamiento en relajación (Moreno, 2010) (aproximadamente 8 sesiones)

Objetivo.- Brindar un entrenamiento en auto-regulación emocional de aquellas reacciones emocionales que interfieren con el funcionamiento inmune, la falta de adherencia a los medicamentos o con el bienestar de los pacientes.

Adicional a la psicoeducación brindada al principio de la intervención, se expusieron los siguientes puntos:

- Explicar el tema de la respiración, su función y características.
- Explicar las características de la hiperventilación.
- Brindar procedimientos para llevar a cabo una respiración apropiada.
- Realizar ejercicios de respiración.
- Diferenciar entre respiración torácica y abdominal.
- Realizar ejercicios de respiración abdominal.

- Entrenar en relajación progresiva, autógena o imaginación guiada.

Módulo de Solución de problemas (D´Zurilla y Nezu, 1999) (aproximadamente 2 sesiones)

Objetivo.- Apoyar al paciente en el análisis de situaciones que percibe como problemáticas y crear soluciones objetivas a los problemas planteados.

- El terapeuta y la paciente identifican las razones por las cuales ciertas situaciones significan un problema.
- Se plantean objetivos realistas especificando metas alcanzables para el paciente.
- Posteriormente el terapeuta y el paciente mencionan todas las alternativas que a su juicio se podrían emplear para solucionar el problema.
- A continuación, terapeuta y paciente revisan cada una de las opciones y hacen un análisis sistemático de conveniencia de las diversas opciones con el fin de elegir las más eficaces para resolver el problema.
- Una vez elegidas, se le pide al paciente que lleve a cabo el plan propuesto.

Módulo de Apoyo Social (Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán, 2000) (aproximadamente 4 sesiones).

Objetivo.- Detectar, aumentar y mantener las redes sociales de los pacientes, con el fin de involucrar a personas cercanas al paciente ya sean amigos y/o familiares que ayuden y motiven al paciente a seguir correctamente su régimen terapéutico.

- Abordar la importancia del apoyo social.
- Identificar la cantidad y calidad de redes de apoyo actuales.
- Habilidades sociales para establecer nuevas relaciones de apoyo.
- Habilidades sociales para mantener las redes sociales que se tienen.

Durante este módulo se contará con la participación de un paciente adherente a sus antirretrovirales, con el fin de compartir experiencias con los pacientes y brindar soluciones a problemas en común que presenten.

PROCEDIMIENTO

Fase de Línea Base

- Se determinó la duración de cada Línea Base (7, 14 o 21 días).
- Se asignó aleatoriamente a los pacientes a una LB.
- Se retomaron de los expedientes médicos los últimos registros de CV y CD4.
- Dado que la variable principal del estudio es la adherencia terapéutica, durante la LB. sólo se registraron los comportamientos adherentes de los últimos 7, 14 o 21 días por medio de una entrevista y un cuestionario de adherencia (descrito anteriormente).

Fase de intervención psicológica

- Antes de comenzar la intervención, se aplicó una batería de pruebas psicológicas que evaluaba los comportamientos adherentes, la sintomatología depresiva, ansiosa, los estilos de afrontamiento y el apoyo social de los últimos siete días. También se registró el porcentaje semanal de adhesión a los medicamentos y se les pidió que registraran diariamente su toma de medicamentos.
- Previo a cada sesión se revisaban los registros semanales de la toma de medicamentos y se evaluaban los síntomas de ansiedad y depresión semanales (se consideraron sólo estas dos variables porque fueron los principales predictores de la adhesión terapéutica)
- Se impartieron 11 sesiones de TCC en promedio (17 fue el máximo de sesiones recibidas y 6 el mínimo de sesiones).
- Una vez finalizada la intervención se aplicó la batería de pruebas psicológicas que se aplicó al inicio de la intervención y se registró el porcentaje de adhesión semanal.

Fase de seguimiento

- Se realizó seis meses después de haber finalizado la intervención psicológica.
- Se aplicó la batería de pruebas psicológicas, se retomaron los últimos registros de CV y CD4 de los expedientes médicos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

• *Análisis individual*

Se muestran los datos individuales de los participantes. Primero se mostrará una ficha con los datos demográficos y características del tratamiento antirretroviral, dentro de las tablas se resaltan en negritas y cursivas los datos recolectados una semana antes de la sesión y las estrategias trabajadas durante la sesión. Los registros que no están en negritas ni cursivas hacen referencia a las semanas en las que no acudió el o la paciente a sesión, sin embargo se registraron retrospectivamente los puntajes de ansiedad, depresión y adhesión que mantuvo el paciente durante esas semanas.

Segundo, en las tablas se describen de manera general las sesiones terapéuticas y los registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adhesión terapéutica a los antirretrovirales; en cada sesión se registraron de manera retrospectiva los datos de las sesiones en las que el paciente no pudo acudir a consulta y en negritas se describen los datos la semana anterior a la sesión.

Tercero, se presentan las gráficas de los puntajes semanales de la Sintomatología Ansiosa-Depresiva y el porcentaje de Adhesión semanal tomando en cuenta todas las semanas incluidas en la intervención psicológica. Cuarto, se describen cuantitativa y cualitativamente los cambios obtenidos en los factores de Afrontamiento evitativo, Apoyo social Informativo-Afectivo y Adhesión-Facilidad percibida para seguir el tratamiento (Antes de la Intervención, Después de la Intervención y en el Seguimiento). Quinto, se reportan los cambios evaluado en CV y CD4 (Durante la LB y el Seguimiento). Finalmente, se describen algunas consideraciones clínicas de cada paciente.

• *Análisis por grupo*

Se describen las características de los tratamientos psicológicos y sus efectos considerando el predominio de la sintomatología emocional. Primero se presentan los gráficos de Línea Base Múltiple no concurrente de los Niveles de Ansiedad y Depresión, y los

porcentajes de Adhesión por sesión de los pacientes con sintomatología ansiosa predominante, incluyendo los tamaños del efecto obtenidos por el NAP. Posteriormente se analizan y grafican los puntajes obtenidos en los factores de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión al tratamiento (Antes de la Intervención, Después de la Intervención y en el Seguimiento). También se reportan los cambios evaluado en CV y CD4 (Durante la LB y el Seguimiento). El mismo procedimiento se realizó con los pacientes con sintomatología depresiva predominante.

Tamaño del efecto

En las investigaciones de caso único, la no sobre posición de los datos (NAP, por sus siglas en inglés), es usado como un indicador de diferencias de ejecuciones entre fases. Los datos de la Línea Base que no se solapan con los datos de la fase de intervención son aceptados como un indicador de la cantidad de cambio ejecutado. El NAP es igual al número de pares comparados que no muestran solapamiento, dividido por el total de número de comparaciones (Parker y Vannest, 2009).

Procedimiento:

1. Calcular los pares posibles pares (N total), multiplicando el número de datos de la fase A por el número de datos de la fase B ($NA \times NB$).
2. Se cuentan todos los puntos de datos sobrepuestos entre la fase A y B. Cuando se espera reducción de conducta (como en el caso de la sintomatología ansiosa depresiva), si los datos de la fase A están por encima de los datos de la fase B, a ese par no se le asigna puntos. Si los datos de la fase A están por debajo de los datos de la fase B, ese par obtiene un punto. Si los datos de la fase A coinciden con los datos de la fase B el par se asigna medio punto. Por el contrario, si se espera aumentar la conducta (como la adhesión), el procedimiento se realiza a la inversa, es decir, si los datos de la fase A están por encima de los datos de la fase B, los datos están sobrepuestos y a ese par se le asigna un punto. Si los datos de la fase A están por debajo de los datos de la fase B, ese par obtiene no obtiene puntos. Si los datos de la fase A coinciden con los datos de la fase B el par se asigna medio punto.

3. Al número total de pares posibles se le resta la suma de los datos de los pares. Finalmente, el resultado de esta resta se divide entre el número de posibles pares totales.

Fórmula: $(NA \times NB) - \text{suma de los datos de los pares} = N / (NA \times NB)$

Las puntuaciones del NAP se pueden interpretar de la siguiente manera: 0-65% indica efecto débil, 66-92% indica efecto medio y 93-100% indica efecto grande o fuerte (Parker y Vannest, 2009).

En las gráficas de ansiedad-depresión y en las de adhesión, se muestran los tamaños del efecto, se colocó una línea roja para observar cuántos de los puntajes que están en la fase de intervención son mayores o menores que los obtenidos en la línea base.

RESULTADOS DEL ESTUDIO 2

Análisis individual

Participante 1 (Ver Tabla 15)

Edad:	21 años.
Ocupación:	Estudiante.
Estado civil:	Soltero.
Tiempo desde el dx:	16 años.
Tratamiento:	Darunavir una pastilla en la mañana y una en la noche, Ritonavir una pastilla en la mañana y una en la noche, Tenofovir mañana y noche, Zidovudina mañana y noche, Bactrim 3 veces a la semana.
Problema de Adherencia	No ha tomado su medicamento desde hace 2 meses.
CV	184 (detectable)
CD4	97. (no estable)

Tabla 15.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adherencia terapéutica a los antirretrovirales del participante 1

Línea Base (1 semana)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<p>CEAT-VIH (Adhesión) :8 Afrontamiento evitativo: 17 Apoyo social afectivo-informativo:-20</p> <p>Semana 1 BAI: 18 BDI: 10 Adherencia: Darunavir mañana (0/7) Ritonavir mañana (0/7) Tenofovir mañana (0/7) Zidovudina mañana (0/7) Darunavir noche (0/7) Ritonavir noche (0/7) Tenofovir noche (0/7) Zidovudina noche (0/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 0%</p> <p>Observaciones: Aunque las puntuaciones del BAI (18) y BDI (10) son bajas, clínicamente muestra sintomatología ansiosa.</p>	<p>Semana 2 BAI: 17 BDI: 7 Adherencia: Darunavir mañana (1/7) Ritonavir mañana (1/7) Tenofovir mañana (1/7) Zidovudina mañana (1/7) Darunavir noche (1/7) Ritonavir noche (1/7) Tenofovir noche (1/7) Zidovudina noche (1/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 13.5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de respiración diafragmática. <p>Observaciones: El paciente mostraba sintomatología ansiosa cuando llegó, por lo cual se eligió dar técnica de respiración en lugar de psico-educación.</p>	<p>Semana 3 BAI: 15 BDI: 7 Adherencia: Darunavir mañana (0/7) Ritonavir mañana (0/7) Tenofovir mañana (0/7) Zidovudina mañana (0/7) Darunavir noche (0/7) Ritonavir noche (0/7) Tenofovir noche (0/7) Zidovudina noche (0/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 0%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre VIH. • Psico-educación sobre VIH. <p>Observaciones: a pesar de presentar sintomatología ansiosa, el paciente prefiere tratar los síntomas depresivos porque menciona que son los que más le preocupan.</p>	<p>Semana 4 BAI: 21 BDI: 10 Adherencia: Darunavir mañana (1/7) Ritonavir mañana (1/7) Tenofovir mañana (1/7) Zidovudina mañana (1/7) Darunavir noche (3/7) Ritonavir noche (3/7) Tenofovir noche (3/7) Zidovudina noche (3/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 27.1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psico-educación sobre Depresión y TCC. • Explicación de la técnica de Activación Conductual. • Repaso de técnicas de relajación. Observaciones: Se dio la técnica de Activación Conductual porque el paciente necesitaba realizar actividades específicas para pasar un examen.

Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
<p>Semana 5 (No asistió a la sesión) BAI: 5 BDI: 7 Adherencia: Darunavir mañana (3/7) Ritonavir mañana (3/7) Tenofovir mañana (3/7) Zidovudina mañana (3/7) Darunavir noche (3/7) Ritonavir noche (3/7) Tenofovir noche (3/7) Zidovudina noche (3/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 40.6%</p> <p>Semana 6 BAI: 5 BDI: 3 Adherencia: Darunavir mañana (3/7) Ritonavir mañana (3/7) Tenofovir mañana (3/7) Zidovudina mañana (3/7) Darunavir noche (3/7) Ritonavir noche (3/7) Tenofovir noche (3/7) Zidovudina noche (3/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 40.6%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea: Registro diario de actividades. • Se planificaron las actividades de la siguiente semana. 	<p>Semana 7 BAI: 2 BDI: 3 Adherencia: Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (4/7) Tenofovir mañana (4/7) Zidovudina mañana (4/7) Darunavir noche (5/7) Ritonavir noche (5/7) Tenofovir noche (5/7) Zidovudina noche (5/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 61%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea: Registro diario de actividades. • Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana. 	<p>Semana 8 (No asistió a la sesión) BAI: 6 BDI: 5 Adherencia: Darunavir mañana (5/7) Ritonavir mañana (5/7) Tenofovir mañana (5/7) Zidovudina mañana (6/7) Darunavir noche (6/7) Ritonavir noche (6/7) Tenofovir noche (6/7) Zidovudina noche (6/7) Bactrim (2/3) Porcentaje semanal: 79.6%</p> <p>Semana 9 (No asistió a la sesión) BAI: 1 BDI: 1 Adherencia: Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (4/7) Tenofovir mañana (4/7) Zidovudina mañana (4/7) Darunavir noche (6/7) Ritonavir noche (6/7) Tenofovir noche (6/7) Zidovudina noche (6/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 72.8%</p> <p>Semana 10 BAI: 1 BDI: 0 Adherencia: Darunavir mañana (5/7) Ritonavir mañana (5/7) Tenofovir mañana (5/7) Zidovudina mañana (5/7) Darunavir noche (5/7) Ritonavir noche (5/7) Tenofovir noche (5/7) Zidovudina noche (5/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 72.8%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva (registro de pensamientos). • Revisión de actividades y avances y planificación de nuevas actividades. 	<p>Semana 11 BAI: 6 BDI: 9 Adherencia: Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (4/7) Tenofovir mañana (4/7) Zidovudina mañana (4/7) Darunavir noche (4/7) Ritonavir noche (4/7) Tenofovir noche (4/7) Zidovudina noche (4/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 54.2%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imaginería. • Pasos vitales. • Revisión de registros de pensamientos.

Semana 12 (No asistió a la sesión)

BAI: 11

BDI: 9

Adherencia:

Darunavir mañana (5/7)

Ritonavir mañana (5/7)

Tenofovir mañana (5/7)

Zidovudina mañana (5/7)

Darunavir noche (5/7)

Ritonavir noche (5/7)

Tenofovir noche (5/7)

Zidovudina noche (5/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 67.7%

Semana 13

BAI: 10

BDI: 8

Adherencia:

Darunavir mañana (5/7)

Ritonavir mañana (5/7)

Tenofovir mañana (5/7)

Zidovudina mañana (5/7)

Darunavir noche (3/7)

Ritonavir noche (3/7)

Tenofovir noche (3/7)

Zidovudina noche (3/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 54.2%

• Pasos vitales.

• Repaso de técnicas de relajación.

• Revisión de registro de pensamiento.

Semana 14

BAI: 10

BDI: 7

Adherencia:

Darunavir mañana (3/7)

Ritonavir mañana (3/7)

Tenofovir mañana (3/7)

Zidovudina mañana (3/7)

Darunavir noche (4/7)

Ritonavir noche (4/7)

Tenofovir noche (4/7)

Zidovudina noche (4/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 47.4%

• Reestructuración cognitiva.

• Repaso de técnicas aprendidas.

Semana 15 (No asistió a la sesión)

BAI: 3

BDI: 3

Adherencia:

Darunavir mañana (5/7)

Ritonavir mañana (5/7)

Tenofovir mañana (5/7)

Zidovudina mañana (5/7)

Darunavir noche (6/7)

Ritonavir noche (6/7)

Tenofovir noche (6/7)

Zidovudina noche (6/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 74.5%

Semana 16

BAI: 1

BDI: 2

Adherencia:

Darunavir mañana (6/7)

Ritonavir mañana (6/7)

Tenofovir mañana (6/7)

Zidovudina mañana (6/7)

Darunavir noche (6/7)

Ritonavir noche (6/7)

Tenofovir noche (6/7)

Zidovudina noche (6/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 81.3%

• Reestructuración.

• Técnica de relajación muscular

Semana 17 (No asistió a la sesión)

BAI: 2

BDI: 2

Adherencia:

Darunavir mañana (7/7)

Ritonavir mañana (7/7)

Tenofovir mañana (7/7)

Zidovudina mañana (7/7)

Darunavir noche (7/7)

Ritonavir noche (7/7)

Tenofovir noche (7/7)

Zidovudina noche (7/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 94.9%

Semana 18

BAI: 3

BDI: 2

Adherencia:

Darunavir mañana (7/7)

Ritonavir mañana (7/7)

Tenofovir mañana (7/7)

Zidovudina mañana (7/7)

Darunavir noche (7/7)

Ritonavir noche (7/7)

Tenofovir noche (7/7)

Zidovudina noche (7/7)

Bactrim (0/3)

Porcentaje semanal: 94.9%

• Solución de problemas.

• Repaso de técnica de relajación.

Sesión 12	Sesión 13	Sesión 14	Sesión 15
<p>Semana 19 (No asistió a la sesión)</p> <p>BAI: 1 BDI: 0</p> <p>Adherencia:</p> <p>Darunavir mañana (6/7) Ritonavir mañana (6/7) Tenofovir mañana (6/7) Zidovudina mañana (6/7) Darunavir noche (7/7) Ritonavir noche (7/7) Tenofovir noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 88.1%</p> <p>Semana 20 BAI: 1 BDI: 1</p> <p>Adherencia:</p> <p>Darunavir mañana (6/7) Ritonavir mañana (6/7) Tenofovir mañana (6/7) Zidovudina mañana (6/7) Darunavir noche (5/7) Ritonavir noche (5/7) Tenofovir noche (5/7) Zidovudina noche (5/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 74.5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración. • Revisión de registro de pensamiento. 	<p>Semana 21 (No asistió a la sesión)</p> <p>BAI: 2 BDI: 1</p> <p>Adherencia:</p> <p>Darunavir mañana (7/7) Ritonavir mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Darunavir noche (7/7) Ritonavir noche (7/7) Tenofovir noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 94.9%</p> <p>Semana 22 (No asistió a la sesión)</p> <p>BAI: 4 BDI: 2</p> <p>Adherencia:</p> <p>Darunavir mañana (7/7) Ritonavir mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Darunavir noche (7/7) Ritonavir noche (7/7) Tenofovir noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 94.9%</p> <p>Semana 23 BAI: 5 BDI: 4</p> <p>Adherencia:</p> <p>Darunavir mañana (7/7) Ritonavir mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Darunavir noche (7/7) Ritonavir noche (7/7) Tenofovir noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 94.9%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Activación conductual. 	<p>Post-evaluación</p> <p>Semana 24 BAI: 0 BDI: 0</p> <p>Adherencia:</p> <p>Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (4/7) Tenofovir mañana (4/7) Zidovudina mañana (4/7) Darunavir noche (3/7) Ritonavir noche (3/7) Tenofovir noche (3/7) Zidovudina noche (3/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 40.6%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Revisión de metas de la terapia • Finalizar sesión. <p>Observaciones: Desde el 15 de octubre no se ha tomado el medicamento por indicación del médico. Reportó síntomas de intolerancia vía oral, dispepsia, diarrea, pérdida de peso.</p> <p>CEAT-VIH :16 Afrontamiento evitativo: 13 Apoyo social afectivo-informativo: 52</p>	<p>Seguimiento (seis meses después)</p> <p>Semana 48 BAI: 18 BDI: 11</p> <p>Adherencia:</p> <p>Truvada noche (7/7) Etravirina mañana (7/7) Etravirina noche (7/7) Raltegravir mañana (7/7) Raltegravir noche (7/7) Bactrim (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Observaciones: El paciente se sentía mal físicamente y estaba en fin de semestre. Hubo un cambio de tratamiento antirretroviral que tenía menos efectos secundarios.</p> <p>CEAT-VIH :17 Afrontamiento evitativo: 13 Apoyo social afectivo-informativo: 36</p>

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

El paciente presentaba nivel moderado de ansiedad (18) y un nivel leve de depresión (10) durante la LB, y al final de la intervención psicológica la ansiedad y depresión se mantuvieron en un nivel mínimo (0); y en el seguimiento la ansiedad y la depresión aumentaron a un nivel moderado (18) y leve (11) respectivamente (Ver Figura 12). Se puede observar que en el seguimiento los datos son similares a los de la LB, este efecto conocido como regresión a la media puede deberse a que durante este periodo, el paciente estuvo sometido a eventos estresantes como malestar físico, cambio de antirretrovirales, y estaba en fin de semestre en la escuela.

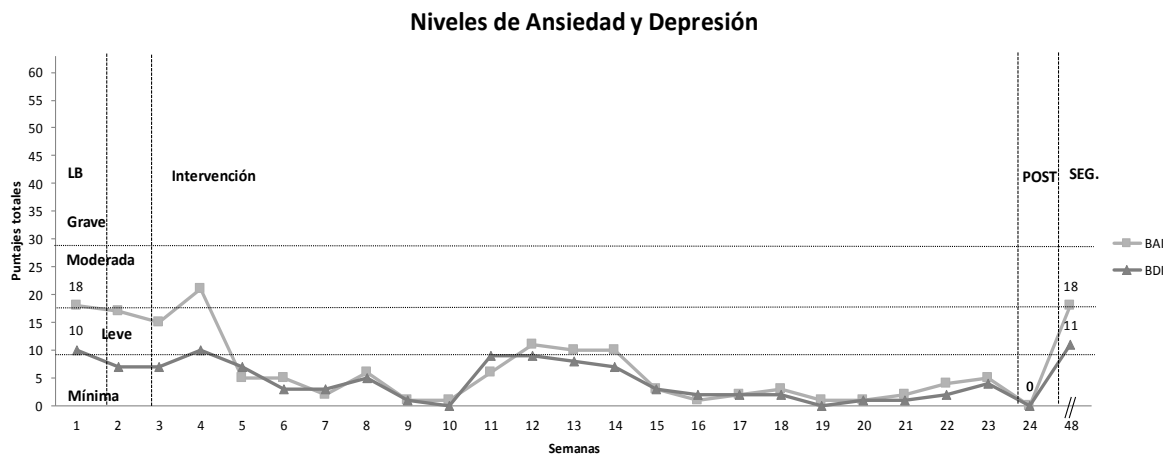


Figura 12. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 1 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB., el paciente presentó porcentajes de adhesión del 0%, al final de la intervención el paciente obtuvo un porcentaje por debajo del 95% (40.6%), esta disminución fue debido a que el médico le había indicado suspender el medicamento debido a la intolerancia que presentó; y en el seguimiento los porcentajes de adhesión aumentaron a 100% (Ver Figura 13).

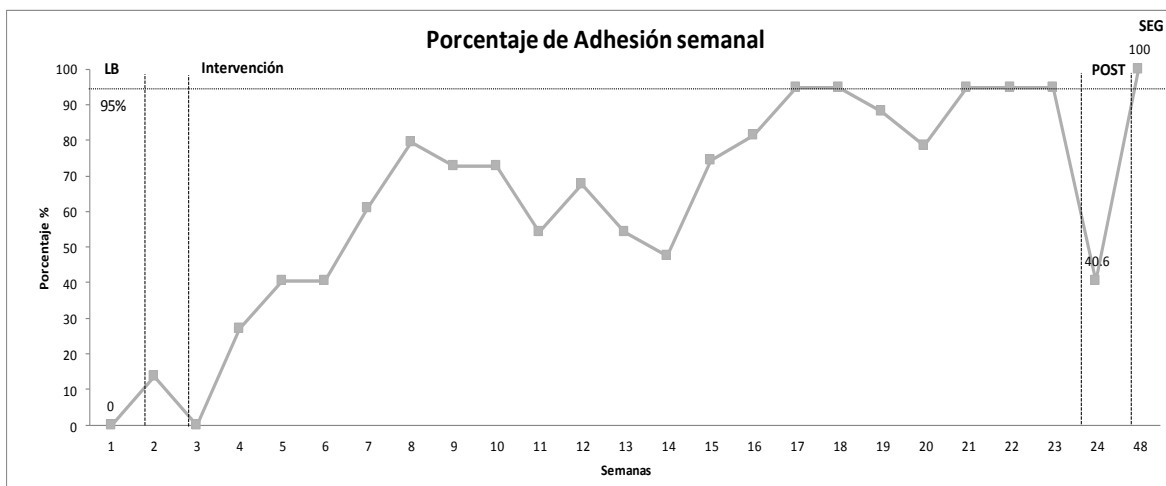


Figura 13. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 1 (Incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento.

A continuación se muestran los puntajes obtenidos por el paciente en cada una de las variables evaluadas. El afrontamiento evitativo disminuyó en la post evaluación y se mantuvo durante el seguimiento. El apoyo social informativo-afectivo aumentó durante la post evaluación y disminuyó durante el seguimiento, aun así el puntaje del seguimiento fue mayor que el de la LB La facilidad percibida para seguir el tratamiento aumentó en la post evaluación y en el seguimiento (Ver Tabla 16) .

Tabla 16.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento del participante 1.

Factores	L		POS	SE
	B	T	G	
Afrontamiento evitativo	7	1	13	13
Apoyo social Informativo-Afectivo	0	2	52	36
Facilidad percibida para seguir el tratamiento		8	16	17

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): Antes de la intervención, el paciente *siempre* trataba que los demás no supieran cómo se sentía; *a veces* comía, bebía y dormía más de lo habitual para reducir la tensión. *A veces* bromeaba sobre su condición y evitaba estar en compañía de otros; después de la intervención no hubo cambios importantes en esta variable; y durante el seguimiento el paciente reportó que ya no comía, bebía ni dormía más de lo habitual para reducir la tensión, ni evitaba estar en compañía de otros.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): En la pre evaluación el paciente percibía que eran pocas las personas con las que podía compartir consejos, confiar, informarse, divertirse, etc.; al finalizar la intervención, el paciente refirió que aumentó el número de amistades y mantuvo las que ya tenía; y durante el seguimiento, el paciente mantuvo una red social amplia.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): Antes del tratamiento, el paciente percibía mucho esfuerzo y dificultad para tomarse el medicamento; mencionaba que padecía efectos colaterales medianamente intensos y que sí le tomaba tiempo tomarse los antirretrovirales; al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento, el paciente percibía menos esfuerzo y nada de dificultad para tomarse los medicamentos; ya no sentía intensos los efectos colaterales y percibía que tardaba poco tiempo tomando las medicinas.

Resultados obtenidos en el conteo de CD4 y CV.

Durante la LB, el paciente presentó un bajo conteo de CD4 de 97 y una CV de 184. A los seis meses de haber finalizado la intervención, a pesar de que el paciente reportó una buena adhesión, se registró un conteo bajo de CD4 de 48 y una alta CV de 54,395. Este empeoramiento es consecuencia de la historia de baja adhesión que tenía antes de la intervención (Ver Tabla 17).

Tabla 17.
Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB y el Seguimiento del participante 1

	LB	Seguimiento
CD4	97	48
CV	184	54,395

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

Para este paciente fue difícil tomar sus medicamentos y a pesar de que no se lograron porcentajes satisfactorios durante la intervención y al finalizar ésta, sí hubo un efecto importante en el seguimiento. El paciente ya había abandonado varios esquemas de tratamiento anteriormente y eso tuvo un peso importante, lo cual se ve reflejado en su conteo de CD4 y de CV, así como en la progresión de la enfermedad.

Participante 2 (Ver Tabla 18)

Edad:	39 años.
Ocupación:	Arquitecta.
Estado civil:	Soltera.
Tiempo desde el dx:	10 años.
Tratamiento:	Kaletra (2 pastillas en la mañana y 2 pastillas en la noche) y Truvada (1 pastilla diaria en la noche).
Problema de Adherencia	Las pastillas de Kaletra deben ser tomadas en un intervalo de 12 hrs., ella se las tomaba en intervalos de 10, 14 hrs o más. Olvidaba tomarse una pastilla en la noche constantemente.
CV	40 (Indetectable)
CD4	366 (estable)

Tabla 18.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adhesión terapéutica a los antirretrovirales de la participante 2.

Línea Base (2 semanas)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<p>CEAT-VIH :11 Afrontamiento evitativo: 14 Apoyo social informativo-afectivo:33</p> <p>Semana 1 BAI: 21 BDI: 20 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (9/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 80%</p> <p>Semana 2 BAI: 20 BDI: 17 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (6/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal:71.4%</p>	<p>Semana 3(No asistió a la sesión) BAI: 20 BDI: 17 Adherencia: Kaletra día (11/14) Kaletra noche (7/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal:71.4%</p> <p>Semana 4 BAI: 22 BDI: 19 Adherencia: Kaletra día (13/14) Kaletra noche (9/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 82.8%</p> <p>• Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre VIH.</p> <p>• Psico-educación sobre VIH y TCC.</p> <p>Observaciones: En general tenía buena información sobre VIH, incrementó su conocimiento sobre el funcionamiento del sistema inmunitario, síntomas de VIH, función de las células CD4, y cómo ataca el virus.</p>	<p>Semana 5 BAI: 24 BDI: 17 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (9/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 80%</p> <p>• Psico-educación sobre Ansiedad.</p> <p>• Estrategias de Respiración.</p>	<p>Semana 6 BAI: 22 BDI: 17 Adherencia: Kaletra día (12/14), Kaletra noche (10/14) Truvada noche (7/7), Porcentaje semanal: 82.8%</p> <p>• Repaso de ejercicios de respiración.</p> <p>• Relajación muscular.</p> <p>Observaciones: La paciente pensaba que tomar el medicamento con coca cola y/o dosis juntas le provocaba diarrea.</p>

Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
<p><i>Semana 7</i> BAI: 21 BDI: 19 Adherencia: Kaletra día (13/14) Kaletra noche (9/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 82.8%</p> <p>• <i>Relajación autógena.</i></p>	<p>Semana 8 (No asistió a la sesión) BAI: 10 BDI: 16 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (8/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 77.1%</p> <p>Semana 9 (No asistió a la sesión) BAI: 7 BDI: 12 Adherencia: Kaletra día (9/14) Kaletra noche (9/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 71.4%</p> <p><i>Semana 10</i> BAI: 12 BDI: 12 Adherencia: Kaletra día (10/14), Kaletra noche (11/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 80%</p> <p>• <i>Pasos Vitales (hasta el paso 8)</i></p>	<p><i>Semana 11</i> BAI:14 BDI:9 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (8/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 77.1%</p> <p>• <i>Se revisaron todos los Pasos Vitales.</i></p> <p>• <i>Identificación de situaciones, Emociones y Pensamientos.</i></p> <p>• <i>Introducción al auto-registro.</i></p>	<p><i>Semana 12</i> BAI:18 BDI:17 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (8/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 82.8%</p> <p>• <i>Los pensamientos automáticos.</i></p> <p>• <i>Identificación de pensamientos de alta tensión.</i></p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Comenzó a tomarse las dosis de la mañana y de la noche junta.</i> • <i>Salió de vacaciones y no se tomó 4 dosis en la noche.</i>

Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11
<p><i>Semana 13</i> BAI: 13 BDI: 13 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (8/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 77.1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Modificación de pensamientos: ¿Dónde está la evidencia?</i> • <i>Generación de pensamientos alternativos o equilibrados.</i> • <i>Relajación.</i> 	<p>Semana 14 (No asistió a la sesión) BAI: 12 BDI: 12 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (10/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 88.5%</p> <p>Semana 15 (No asistió a la sesión) Adherencia: BAI: 19 BDI: 12 Kaletra día (14/14) Kaletra noche (10/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 88.5%</p> <p><i>Semana 16</i> BAI: 13 BDI: 9 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (10/14) Truvada noche (5/7) Porcentaje semanal: 77.1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Estando con otros.</i> • <i>Componentes del Lenguaje no verbal.</i> • <i>Estrategias para Iniciar conversaciones.</i> 	<p><i>Semana 17</i> BAI: 10 BDI: 9 Adherencia: Kaletra día (12/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 94.2%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensamientos y comportamientos con respecto al otro.</i> • <i>Mantener relaciones sociales.</i> 	<p><i>Semana 18</i> BAI:10 BDI:9 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Presentación de Asertividad y Expresión del enojo.</i>

Sesión 12	Sesión 13	Sesión 14	Sesión 15
<p>Semana 19 (No asistió a la sesión) BAI: 11 BDI: 9 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 20 BAI: 9 BDI: 10 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repaso de las sesiones. • Nuevos objetivos para la terapia. 	<p>Semana 21 Adherencia: BAI: 12 BDI: 11 Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comenzó la técnica de Activación Conductual para tratar síntomas depresivos. • Se enlistaron las actividades a realizar en cada una de las áreas de la vida. 	<p>Semana 22 (No asistió a la sesión) BAI: 12 BDI: 15 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 23 BAI: 15 BDI: 12 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las actividades de la primera semana. 	<p>Semana 24 (No asistió a la sesión) BAI: 5 BDI: 9 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 25 (No asistió a la sesión) BAI: 14 BDI: 9 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <p>Semana 26 BAI: 26 BDI: 30 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se revisó la técnica de reestructuración cognitiva. • Se acordaron las actividades de la segunda semana. <p>Observaciones: La paciente tuvo un evento estresante en las semanas anteriores.</p>

Sesión 16	Sesión 17	Sesión 18	Sesión 19
<p><i>Semana 27</i> BAI: 13 BDI: 18 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <p>• <i>Se revisaron las actividades de la segunda semana y se acordaron las actividades de la tercera semana.</i></p>	<p>Semana 28 (No asistió a la sesión) BAI: 8 BDI: 11 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 29(No asistió a la sesión) BAI: 12 BDI: 18 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 30 (No asistió a la sesión) BAI: 11 BDI: 12 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <p>Semana 31 BAI: 13 BDI: 15 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <p>• <i>Se revisaron las actividades de la tercera semana y se acordaron las actividades de la cuarta semana.</i></p>	<p>Semana 32 (No asistió a la sesión) BAI: 13 BDI: 9 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <p>Post-evaluación</p> <p>Semana 33 BAI: 10 BDI: 1 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (13/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 97.1%</p> <p>• <i>Se revisaron las actividades de la cuarta semana.</i> • <i>Se habló de los logros de la terapia.</i> • <i>Se finalizó la intervención.</i></p> <p>CEAT-VIH :14 Afrontamiento evitativo: 14 Apoyo social afectivo-informativo:42</p>	<p>Seguimiento <i>(seis meses después)</i></p> <p>Semana 57 BAI: 1 BDI: 3 Adherencia: Kaletra día (14/14) Kaletra noche (14/14) Truvada noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>CEAT-VIH :16 Afrontamiento evitativo: 16 Apoyo social afectivo-informativo:48</p>

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

La paciente presentaba niveles moderados de ansiedad (21,20) y depresión (20, 17) durante la LB; al final de la intervención psicológica los niveles de ansiedad disminuyeron a un nivel leve (10) y los de depresión a un nivel mínimo (1); y en el seguimiento presentó niveles de ansiedad y depresión mínimos (1 y 3), (Ver Figura 14).

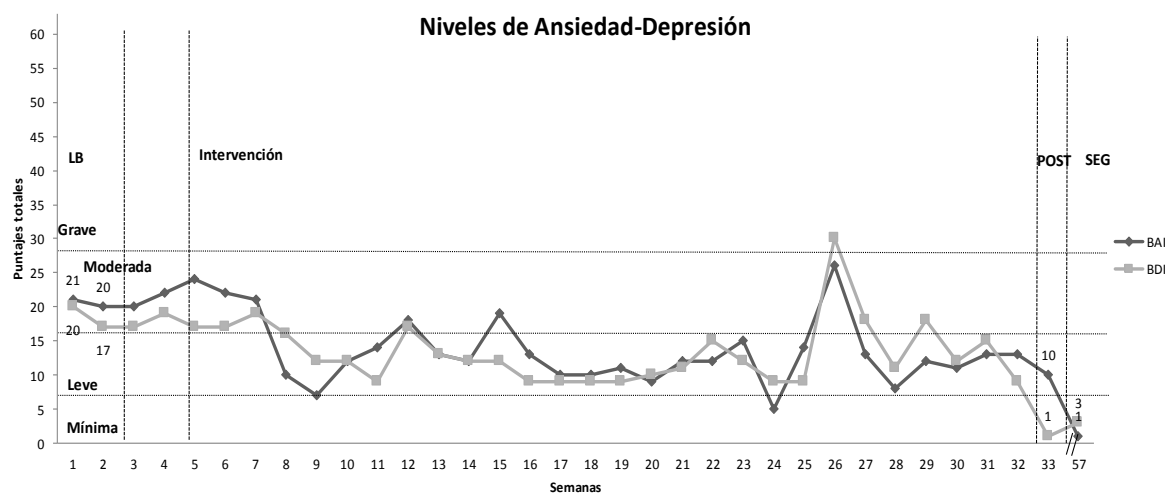


Figura 14. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento de la participante 2 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB la paciente presentó porcentajes de adhesión por debajo del 95% (80% y 71.4%), al final de la intervención la paciente aumentó los porcentajes a más del 95% (97.1), y en el seguimiento el porcentaje aumentó a 100 (Ver Figura 15).

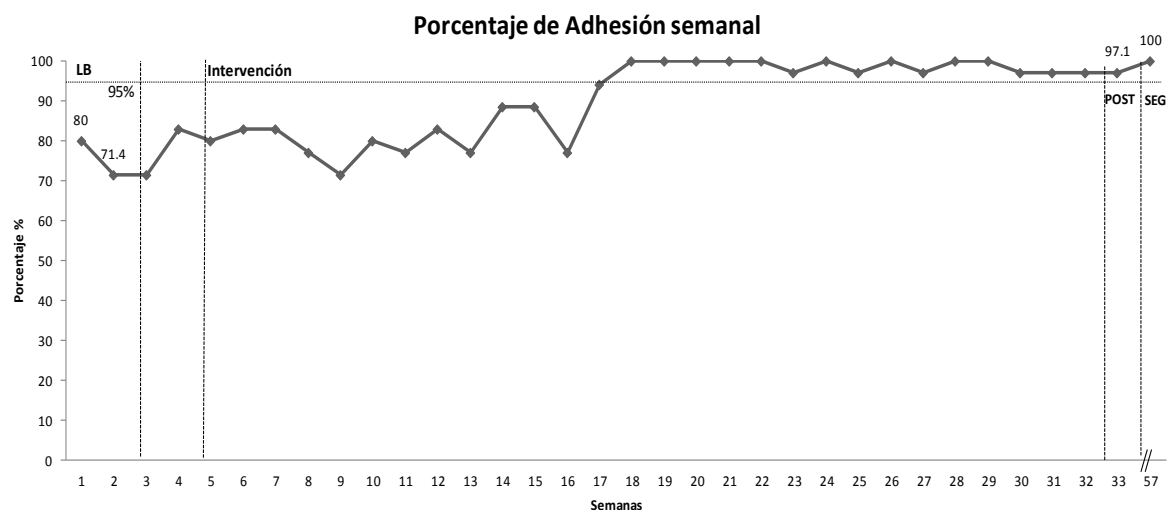


Figura 15. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento de la participante 2 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento.

El afrontamiento evitativo se mantuvo igual en la post evaluación e incrementó un poco en el seguimiento. El apoyo social informativo-afectivo y la facilidad percibida para seguir el tratamiento aumentaron en la post evaluación y en el seguimiento (Ver Tabla 19).

Tabla 19.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento de la participante 2.

Factores	LB	POST	SEG
Afrontamiento evitativo	14	14	16
Apoyo social Informativo-Afectivo	33	45	48
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	11	17	16

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): La paciente antes de la intervención comentaba que evitaba estar en compañía de otros, lo cual modificó después de la intervención, y durante el seguimiento indicó que intentaba bromear sobre su condición, lo cual significó un avance para ella, ya que anteriormente no le gustaba hacer referencia sobre su condición médica frente a otros, no obstante, aún trataba de que los demás no supieran cómo se sentía.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): Antes de la intervención la paciente percibía que eran pocas las personas con las que podía compartir consejos, confiar, informarse, divertirse, etcétera; después de la intervención aumentó el número de amistades y mantuvo las que ya tenía. En el seguimiento mencionaba que *la mayoría de la veces* contaba con alguien, y que *algunas veces* tenía alguien con quien compartir temores o que le aconsejara.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): Antes de la intervención, la paciente percibía bastante esfuerzo y dificultad para tomarse el medicamento y mencionaba que padecía efectos colaterales intensos; al finalizar la intervención y en el seguimiento, la paciente percibió menos esfuerzo y dificultad para tomarse los medicamentos, también disminuyó la intensidad de los efectos colaterales.

Resultados obtenidos en el conteo de CD4 y CV

Durante la LB, la paciente presentó un conteo de CD4 de 366 y una CV indetectable. Después de seis meses de haber finalizado la intervención el conteo de CD4 aumentó a 413 y continuó con una CV indetectable (Ver Tabla 20).

Tabla 20.

Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB y el Seguimiento de la participante 2.

	LB	SEG
CD4	366	413
CV	40 (Indetectable)	40 (Indetectable)

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

La paciente mejoró su conocimiento sobre el funcionamiento del tratamiento antirretroviral; cambió cogniciones erróneas sobre el tratamiento y los efectos colaterales (pensaba que tomarse las pastillas con coca cola le provocaba diarrea y que no podía tomarse las pastillas juntas porque le hacía daño y le podrían provocar más efectos colaterales); comenzó a tomar pastillas juntas para no olvidar dosis; se planteó nuevos objetivos y aumentó el número de actividades agradables mientras realizaba la activación conductual.

Participante 3 (Ver Tabla 21)

Edad:	37 años.
Ocupación:	Comerciante.
Estado civil:	Soltera.
Tiempo desde el dx:	12 años.
Tratamiento:	Bactrim (contención).
Problema de Adherencia	Hace 1 año aproximadamente que no se toma el medicamento.
CV	14, 131 (detectable)
CD4	135 (no estable)

Tabla 21.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adhesión terapéutica a los antirretrovirales de la participante 3.

Línea Base (3 semanas)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<p>CEAT-VIH : 6 Afrontamiento evitativo: 16 Apoyo social informativo-afectivo:39</p> <p>Semana 1 BAI: 48 BDI: 30 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 2 BAI: 45 BDI: 25 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 3 BAI: 45 BDI: 23 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p>	<p>Semana 4 (No asistió a la sesión) BAI: 50 BDI: 33 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 5 BAI: 48 BDI: 25 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre VIH. • Psico-educación sobre VIH y TCC. • Relajación Autógena. <p><i>Observaciones: La paciente tenía información básica sobre VIH; incrementó su conocimiento sobre los síntomas del VIH, y la manera en que ataca el virus.</i></p> <p><i>Se le brindó relajación a la paciente porque venía muy preocupada y estresada por problemas en su trabajo y casa.</i></p>	<p>Semana 6 (No asistió a la sesión) BAI: 26 BDI: 22 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 7 BAI: 31 BDI: 21 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psico-educación sobre Ansiedad. • Estrategias de Respiración. • Relajación muscular. 	<p>Semana 8 (No asistió a la sesión) BAI: 31 BDI: 21 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 9 (No asistió a la sesión) BAI: 36 BDI: 21 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 10 BAI: 37 BDI: 21 Adherencia: Sin tratamiento antirretroviral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva. <p><i>Observaciones: La paciente llegó a la consulta muy preocupada por problemas en casa. Ya se realizó sus exámenes de laboratorio para asistir a su primera consulta médica.</i></p> <p>INICIÓ BACTRIM</p>

Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
<p><i>Semana 11 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 28 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p><i>Semana 13 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 28 BDI: 23 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p><i>Semana 16 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 29 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p><i>Semana 18</i> BAI: 32 BDI: 19 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>
<p><i>Semana 12</i> BAI: 28 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• <i>Reestructuración Cognitiva.</i></p> <p><i>Observaciones:</i> Disminuyeron las peleas con su hija mayor.</p>	<p><i>Semana 14 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 28 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p><i>Semana 15</i> BAI: 28 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• <i>Reestructuración Cognitiva.</i></p> <p><i>Observaciones:</i> Su hija mayor inició un negocio, disminuyó el número de peleas con su hija (2 o 3 veces en 15 días en comparación con 5 o 7 veces anteriormente). Se siente más relajada. Aplicó tiempo fuera cuando se enojaba.</p>	<p><i>Semana 17</i> BAI: 26 BDI: 21 Adherencia: Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• <i>Reestructuración Cognitiva.</i></p> <p><i>Observaciones:</i> Su hija se fue de la casa. Comentó que tuvo una niña que falleció a los 2 años de VIH y eso la hace sentirse culpable y se relaciona con su falta de adherencia.</p>	<p>• <i>Se trabajaron pasos vitales</i></p> <p><i>Observaciones:</i> Se ha sentido más relajada. Decide practicar la adherencia al tratamiento que tenía anteriormente con dulces (1 en la mañana, 2 en la tarde y 2 en la noche).</p>

Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11
<p>Semana 19 BAI: 25 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (4/7) Tarde (10/14) Noche (14/14) Porcentaje semanal: 86.8%</p> <p>• Se concluyeron los pasos vitales.</p> <p>Observaciones: La paciente colocó letreros en su cuarto y cocina para recordar la toma del medicamento. Practicó con dulces el último esquema que tenía con 5 pastillas al día. Le cuesta trabajo conciliar el sueño. No ha peleado con su hija mayor. El médico nos indicó que en su próximo esquema se tomará 3 pastillas juntas a una sola hora del día.</p>	<p>Semana 20 (No asistió a la sesión) BAI: 33 BDI: 23 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 21 (No asistió a la sesión) BAI: 29 BDI: 20 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 22 BAI: 30 BDI: 22 Adherencia: Bactrim (0/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 87.5%</p> <p>• Relajación.</p> <p>Observaciones: La paciente mostró altos niveles de ansiedad porque durante la semana se le presentaron situaciones difíciles en su casa. Ha presentado malestares físicos como dolor en la mandíbula, caída del cabello y dolor de dientes.</p>	<p>Semana 23 (No asistió a la sesión) BAI: 16 BDI: 19 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 24 (No asistió a la sesión) BAI: 14 BDI: 18 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 25 BAI: 11 BDI: 17 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• Se analizó la reestructuración que ha hecho para mantener el control de las situaciones.</p> <p>Observaciones: Practicó con dulces el último esquema que tenía con 3 pastillas al día. Tuvo problemas con el novio de su hija. Muestra un mejor control de las situaciones, lo cual se refuerza en la sesión.</p>	<p>Semana 26 (No asistió a la sesión) BAI: 8 BDI: 19 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 27 (No asistió a la sesión) BAI: 20 BDI: 19 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 28 (No asistió a la sesión) BAI: 20 BDI: 21 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 29 (No asistió a la sesión) BAI: 21 BDI: 21 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 30 BAI: 21 BDI: 21 Adherencia: Bactrim (3/3) Mañana (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• Se revisó el apartado de pensamientos automáticos. Observaciones: Han disminuido las peleas con su hija. Practicó con dulces el último esquema que tenía con 3 pastillas al día. El psiquiatra le recomendó iniciar tratamiento. Recogió el medicamento a tiempo. Va a comenzar con el tratamiento real.</p>

<p>Semana 31 (No asistió a la sesión) BAI: 22 BDI: 21 Adherencia: Truvada Noche (0/1) Atazanavir Noche (0/1) Ritonavir Noche (0/1) Porcentaje semanal: 0%</p>	<p>Semana 35 (No asistió a la sesión) BAI: 18 BDI: 9 Adherencia: Truvada Noche (21/21) Atazanavir Noche (21/21) Ritonavir Noche (21/21) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p>Semana 41 BAI: 10 BDI: 7 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p>Semana 42 (No asistió a la sesión) BAI: 6 BDI: 6 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>
<p>Semana 32 (No asistió a la sesión) BAI: 21 BDI: 21 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p>Semana 36 (No asistió a la sesión) BAI: 16 BDI: 10 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de pensamientos de alta tensión. • Modificación de pensamientos: ¿Dónde está la evidencia? 	<p>Semana 43 BAI: 1 BDI: 7 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>
<p>Semana 33 (No asistió a la sesión) BAI: 21 BDI: 21 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p>Semana 37 (No asistió a la sesión) BAI: 11 BDI: 10 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de pensamientos de alta tensión. • Modificación de pensamientos: ¿Dónde está la evidencia? • Pensamientos Alternativos
<p>Semana 34 BAI: 21 BDI: 21 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p>Semana 38 (No asistió a la sesión) BAI: 12 BDI: 8 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>		<p>Observaciones: La paciente está preocupada por el estado emocional de su hija</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de pensamientos de alta tensión. • Modificación de pensamientos: ¿Dónde está la evidencia? 	<p>Semana 39 (No asistió a la sesión) BAI: 13 BDI: 8 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>		
<p>Observaciones: Tardó una semana en tomarse los medicamentos. Ha tenido efectos secundarios como diarrea, dolor de estómago, náuseas, caída del cabello y dolor de oído.</p>	<p>Semana 40 (No asistió a la sesión) BAI: 11 BDI: 8 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p>		

Sesión 15	Sesión 16
<p><i>Semana 44 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 21 BDI: 8 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p><i>Post- evaluación</i> BAI: 20 BDI: 8 Adherencia: Truvada Noche (7/7) Atazanavir Noche (7/7) Ritonavir Noche (7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Solución de problemas.</i> • <i>Revisión de metas.</i> • <i>Finalizar terapia.</i> <p><i>Observaciones:</i> <i>La paciente terminó la relación sentimental con su pareja y eso la ha tenido triste y ansiosa.</i></p> <p>CEAT-VIH :11 Afrontamiento evitativo: 15 Apoyo social informativo-afectivo:44</p>	<p><i>Seguimiento (seis meses después)</i></p> <p><i>Semana 68</i> BAI: 16 BDI: 10 Adherencia: Truvada Noche (6/7) Atazanavir Noche 6/7) Ritonavir Noche (6/7) Porcentaje semanal: 85.71%</p> <p>CEAT-VIH :11 Afrontamiento evitativo: 11 Apoyo social informativo-afectivo:35</p>

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

La paciente presentaba niveles graves de ansiedad (48, 45 y 45) y niveles moderados de depresión (30, 25 y 23) durante la LB, al final de la intervención psicológica los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron a un nivel leve y mínimo (20 y 8 respectivamente); y en el seguimiento se mantuvieron los niveles a leves y mínimos (16 y 10), (Ver Figura 16).

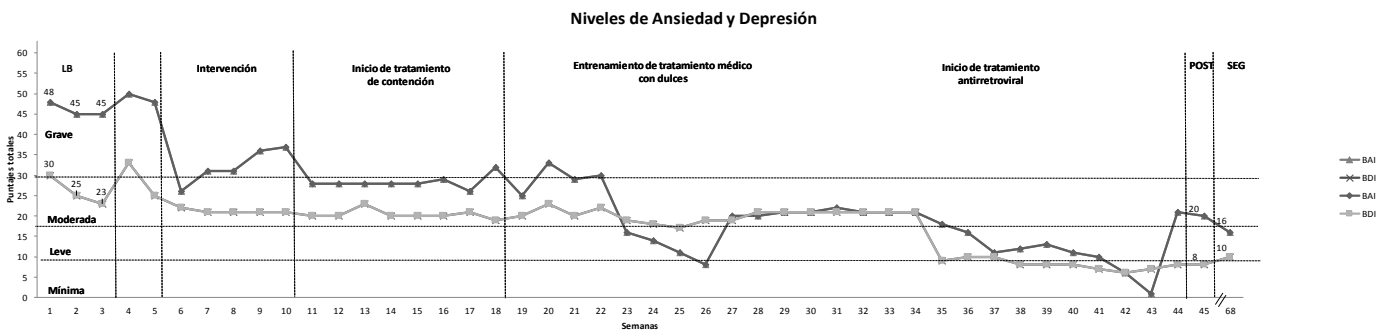


Figura 16. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento de la participante 3 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB la paciente presentó porcentajes de 0 porque no tomaba ningún medicamento, durante la intervención la paciente tuvo un entrenamiento con dulces para practicar la adhesión y presentó una caída en el porcentaje de adhesión en la semana 31 porque dejó de practicar con dulces para dar inicio al nuevo tratamiento, al final de la intervención la paciente aumentó el porcentaje a 100% y durante el seguimiento disminuyó a 85.71% (Ver Figura 17).

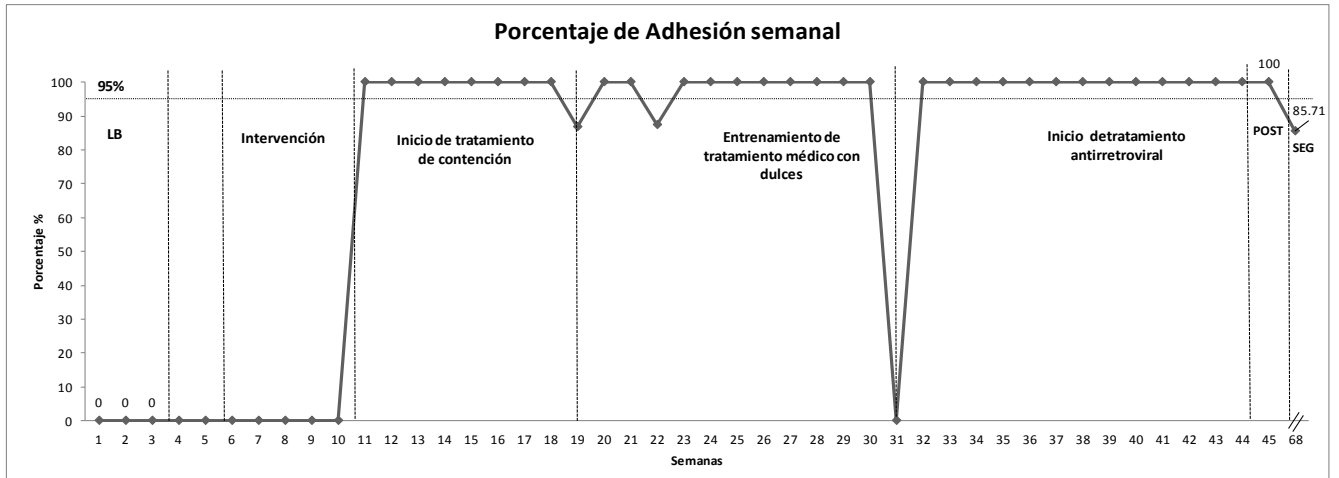


Figura 17. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento de la participante 3 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento.

El afrontamiento evitativo disminuyó ligeramente durante la post evaluación y continuó disminuyendo en el seguimiento. El apoyo social informativo-afectivo aumentó en la post evaluación pero disminuyó en el seguimiento por debajo del puntaje obtenido en la LB. La facilidad percibida para seguir el tratamiento aumentó en la post evaluación pero el mismo puntaje lo mantuvo en el seguimiento (Ver Tabla 22).

Tabla 22.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base y post evaluación de la participante 3.

Factores	L	POST	SE
	B		G
Afrontamiento evitativo	1	17	11
Apoyo social Informativo-Afectivo	4	52	35
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	6	11	11

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): La paciente mencionó que antes de la intervención *a menudo* fumaba, normalmente trataba de que los demás no supieran cómo se sentía, y dormía de más

durante el día; después de la intervención y el seguimiento la paciente mencionó que ya no dormía de más en el día.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): Antes de la intervención la paciente percibía que en general contaba con una buena red social, pues tenía con quien hablar, pedir consejo, divertirse, informarse, etcétera; después de la intervención la paciente aumentó su red social; sin embargo en el seguimiento mencionó que *algunas veces* tenía con quien divertirse y con quien hablar, este cambio se presentó después de haber terminado su relación de pareja.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): Antes de la intervención la paciente percibía mucho esfuerzo y dificultad para tomarse el medicamento, mencionaba que padecía efectos colaterales muy intensos y percibía que perdía mucho tiempo en tomarse los medicamentos; después de la intervención y en el seguimiento la paciente percibía menos dificultad para tomarse los medicamentos.

Resultados obtenidos del conteo de CD4 y CV

Durante la LB, la paciente presentó un conteo de CD4 de 135 y una CV de 14131 copias/ml., y durante el seguimiento el conteo de CD4 aumentó a 198 y la CV fue indetectable (Ver Tabla 23).

Tabla 23.

Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB de la participante 3.

	LB (1707/2012)	SEG
CD4	135	198
CV	14,131 copias/ml	indetectable

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

La paciente mejoró su conocimiento sobre los efectos secundarios del tratamiento y su función contra la enfermedad. Reprogramó sus citas médicas y acudió a ellas; una de las estrategias que se eligió durante el tratamiento fue entrenar a la paciente en la toma de medicamentos antes de iniciar su tratamiento, y para esto se practicó con dulces (simulando los medicamentos); la paciente refirió sentirse más preparada después de la actividad que estuvo practicando durante unas semanas

A pesar de que no se tomó el medicamento una semana después de que lo recogió, su adhesión fue del 100%. Disminuyeron las peleas con su hija en la casa y tomó mayor control de sus emociones y situaciones. En la última sesión la paciente había terminado con su relación sentimental y eso la tenía ansiosa y deprimida aunque en valores notablemente menores a los de la LB.

Participante 4 (Ver Tabla 24)

Edad:	27 años.
Ocupación:	Empleado.
Estado civil:	Soltero.
Tiempo desde el dx:	3 años.
Tratamiento:	Lamivudina (contención).
Problema de Adherencia	Dejó de tomar el medicamento desde hace mes y medio.
CV	180, 64 (detectable)
CD4	315 (no estable)

Tabla 24.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adhesión terapéutica a los antirretrovirales del participante 4

Línea Base (3 semanas)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 2
<p>CEAT-VIH : 13 Afrontamiento evitativo: 23 Apoyo social informativo-afectivo: 43</p> <p>Semana 1 BAI: 21 BDI: 21 Adherencia: No toma</p> <p>Semana 2 BAI: 23 BDI: 7 Adherencia: No toma</p> <p>Semana 3 BAI: 23 BDI: 8 Adherencia: No toma</p>	<p>Semana 4 (No asistió a la sesión) BAI: 15 BDI: 2 Adherencia: Lamivudina (5/14) Porcentaje semanal: 35.7%</p> <p>Comienza contención con lamivudina.</p> <p>Semana 5 (No asistió a la sesión) BAI: 17 BDI: 11 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p> <p>Semana 6 (No asistió a la sesión) BAI: 9 BDI: 10 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p> <p>Semana 7 (No asistió a la sesión) BAI: 9 BDI: 12 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p> <p>Semana 8 (No asistió a la sesión) BAI: 6 BDI: 14 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p>	<p>Semana 9 (No asistió a la sesión) BAI: 6 BDI: 11 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p> <p>Semana 10 (No asistió a la sesión) BAI: 24 BDI: 9 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p> <p>Semana 11 BAI: 28 BDI: 10 Adherencia: Lamivudina (13/14) Porcentaje semanal: 92.8%</p> <p>• Psico-educación de VIH.</p> <p>Observaciones: El paciente desconocía la función del Sistema Inmunológico; cómo el VIH afecta el cuerpo; las enfermedades oportunistas; los síntomas del VIH.</p>	<p>Semana 12 (No asistió a la sesión) BAI: 2 BDI: 3 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 13 (No asistió a la sesión) BAI: 3 BDI: 6 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 14 (No asistió a la sesión) BAI: 1 BDI: 5 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 15 BAI: 4 BDI: 1 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• Psico-educación de Ansiedad.</p> <p>• Psico-educación de TCC.</p>

Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
<p>Semana 16 (No asistió a la sesión) BAI: 5 BDI: 1 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 17 BAI: 0 BDI: 0 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>●Pasos vitales (paso 4).</p>	<p>Semana 18 BAI: 0 BDI: 0 Adherencia: Lamivudina (14/14) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiración. • Relajación progresiva muscular. • Pasos vitales 	<p>De la semana 19 a la 38 no acudió a consulta</p> <p>Se recuperaron los registros a partir de la semana 34 de manera retrospectiva.</p> <p>Semana 34 (No asistió a la sesión) BAI: 4 BDI: 0 Adherencia: Lamivudina (8/8) Atripla (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Se reinicia tratamiento antirretroviral.</p> <p>Semana 35 (No asistió a la sesión) BAI: 3 BDI: 0 Adherencia: Atripla(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 36 (No asistió a la sesión) BAI: 4 BDI: 2 Adherencia: Atripla(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 37 (No asistió a la sesión) BAI: 3 BDI: 0 Adherencia: Atripla(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Post Semana 38 BAI: 1 BDI: 3 Adherencia: Atripla(7/7) Porcentaje semanal: 100% CEAT-VIH : 16 Afrontamiento evitativo: 28 Apoyo social informativo-afectivo: 38</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le reinician lamivudina para probar el efecto del Atripla. • Se revisaron metas del tratamiento • Se finalizó la intervención. 	<p>Seguimiento (seis meses después)</p> <p>Semana 62 BAI: 4 BDI: 3 Adherencia: Atripla(6/7) Porcentaje semanal: 85.7%</p> <p>CEAT-VIH : 16 Afrontamiento evitativo: 18 Apoyo social informativo-afectivo: 39</p>

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

El paciente presentaba niveles moderados de ansiedad (21,23 y 23) y niveles moderados y mínimos de depresión (21, 7 y 8) durante la LB, y al final de la intervención psicológica los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron a un nivel mínimo (1 y 3 respectivamente), y en el seguimiento los niveles se mantuvieron mínimos (4 y 3), (Ver Figura18).

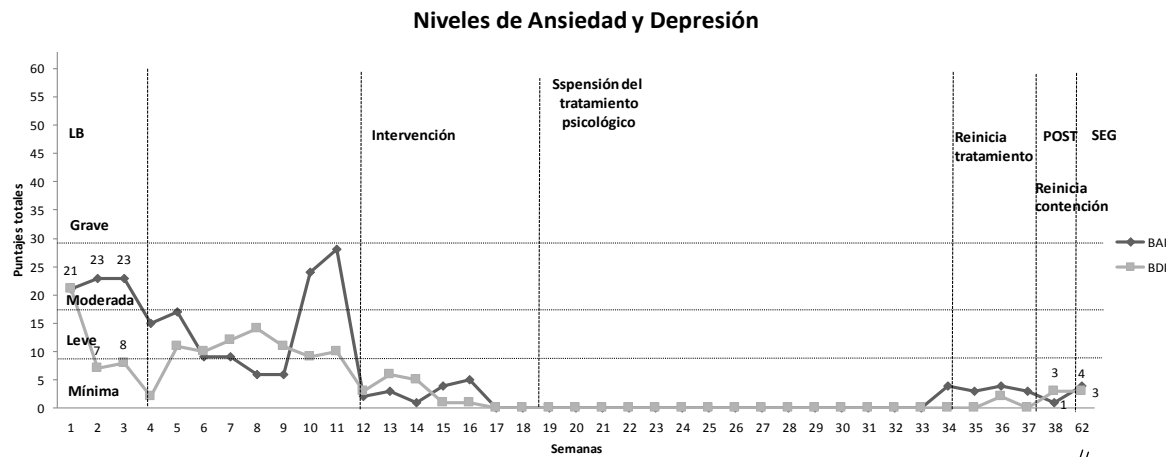
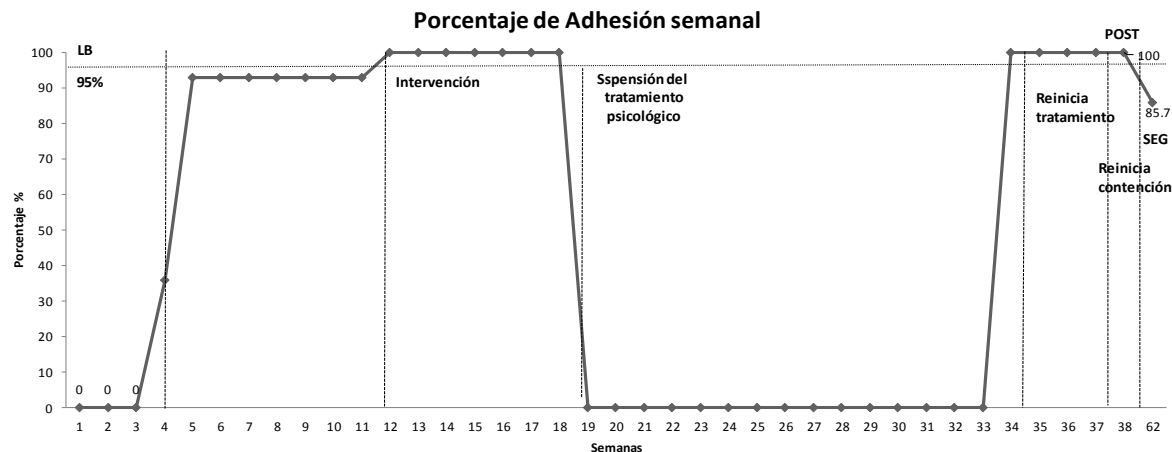


Figura 18. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 4 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB el paciente presentó porcentajes de adhesión de 0% ya que en ese momento no recibía tratamiento antirretroviral (sólo tenía medicamento de contención), es importante aclarar que durante la intervención, entre las semanas 19 y 32 el paciente no acudió a las sesiones clínicas y por lo tanto no se obtuvieron registros; al final de la intervención el paciente aumentó los porcentajes a 100% y en el seguimiento se obtuvo un 85.7% (Ver Figura 19).



// Fig

ura 19. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 4 (Incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento

El afrontamiento evitativo aumentó después de la intervención pero disminuyó en el seguimiento; el apoyo social informativo-afectivo disminuyó en la post evaluación y en el seguimiento; la facilidad percibida para seguir el tratamiento aumentó después de la intervención y se mantuvo en el seguimiento (Ver Tabla 25).

Tabla 25.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base y post evaluación del participante 4.

Factores	L		POS	SE
	B	T	G	
Afrontamiento evitativo	3	2	28	18
Apoyo social Informativo-Afectivo	8	4	38	39
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	3	1	16	16

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): Antes de la intervención al paciente no le gustaba que los demás supieran cómo se sentía, **normalmente** bromeaba con su diagnóstico y *a menudo* evitaba la compañía de personas. Después de la intervención, reportó que bromeaba *más de lo habitual* con su diagnóstico y compartía un poco más el cómo se sentía con los demás.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): Antes de la intervención, contaba con una buena red social, pues tenía con quien hablar, pedir consejo, divertirse, informarse, etcétera. Después de la intervención, no hubo un cambio importante en esta área.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): Antes de la intervención, el paciente reportaba efectos secundarios intensos y percibía que era difícil tomarse el medicamento. Después de la intervención el paciente refirió que los efectos secundarios eran poco intensos y percibía poca dificultad para tomarse los medicamentos.

Resultados obtenidos en el conteo de CD4 y CV

Durante la LB, el paciente presentó un conteo de CD4 de 315 y una CV de 18.064 copias/ml, y durante el seguimiento el paciente aumentó su conteo de CD4 a 360, pero disminuyó su carga viral a 8774 copias/ml. (Ver Tabla 26).

Tabla 26.

Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB del participante 4.

	LB	SEG
CD4	315	360
CV	18,064	8774

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

El paciente mejoró su información respecto a los síntomas, función del tratamiento y enfermedades oportunistas. Se distraía con facilidad durante las sesiones. El psiquiatra mencionó un posible trastorno límite de la personalidad, pero no ha recibido tratamiento. Faltó constantemente a las sesiones psicológicas y médicas. No quiere tomar un tratamiento antirretroviral complejo y a menudo piensa en abandonarlo, sin embargo a pesar de sentirse desconcertado también evalúa las posibilidades de seguir el tratamiento. Hace un año que no se comunica con su familia. Frecuentemente llegaba con moretones a las sesiones.

Participante 5 (Ver Tabla 27)

Edad:	56 años.
Ocupación:	Ama de casa.
Estado civil:	Viuda.
Tiempo desde el dx:	10 años.
Tratamiento:	Lamivudina (1 mañana y 1 en la noche, contención).
Problema de Adherencia	Hace 4 meses que no toma el medicamento.
CV	223,856 (detectable)
CD4	67 (no estable)

Tabla 27.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adherencia terapéutica a los antirretrovirales de la participante 5.

Línea Base (1 semana)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<p>CEAT-VIH :8 Afrontamiento evitativo: 18 Apoyo social afectivo-informativo:26</p> <p>Semana 1 BAI: 15 BDI: 51 Adherencia: Lamivudina mañana (0/7) Lamivudina noche (0/7) Bactrim (0/3) Porcentaje semanal: 0%</p>	<p><i>Semana 2 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 41 BDI: 22 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 3 BAI: 33 BDI: 19 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre VIH.</i> • <i>Psico-educación sobre VIH.</i> <p>Observaciones: <i>La paciente presentaba información deficiente sobre la enfermedad. No sabía técnicamente qué era el VIH, solo conocía algunos síntomas; no sabía qué era el sistema inmunológico y su función, ni cómo afecta el virus en el cuerpo.</i></p>	<p><i>Semana 4 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 12 BDI: 18 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p><i>Semana 5(No asistió a la sesión)</i> BAI: 2 BDI: 10 Adherencia: Lamivudina mañana (5/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 88.2%</p> <p><i>Semana 6 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 3 BDI: 11 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 7 BAI: 2 BDI: 5 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Psico-educación de Depresión. Se explicó el modelo de la TCC.</p>	<p><i>Semana 8 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 48 BDI: 12 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p><i>Semana 9 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 43 BDI: 16 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p><i>Semana 10 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 49 BDI: 21 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p> <p><i>Semana 11 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 43 BDI: 13 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>

Sesión 3 (continuación)	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
<p><i>Semana 12 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 28 BDI: 14 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p><i>Semana 15 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 24 BDI: 16 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (6/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 94.1%</p>	<p><i>Semana 18</i> BAI: 0 BDI: 0 Adherencia: Lamivudina mañana (0/7) Lamivudina noche (0/7) Bactrim (0/3) No tomar Porcentaje semanal: 0%</p> <p>Observaciones: La paciente ya no pudo asistir a consulta por cuestiones económicas y de salud, se retomaron las sesiones 5 meses después y se evaluó el último mes.</p> <p>La paciente refiere sintomatología depresiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se acudió a la casa de la paciente y se platicó con los hijos para mejorar la adhesión al antirretroviral. • Se habló sobre la importancia del apoyo social. • Se plantearon actividades que podrían hacer en conjunto como familia. <p>No se aplicaron instrumentos, debido a que la paciente dejó de asistir varias semanas y era poco preciso recuperar los datos de esas semanas</p>	<p>El tratamiento antirretroviral se lo dieron a mediados de abril. Sólo lo tomó bien una semana.</p> <p><i>Semana 19 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 29 BDI: 36 Adherencia: Tenofovir mañana (7/7) Raltegravir mañana (7/7) Raltegravir noche (0/7) Darunavir mañana (7/7) Ritonavir mañana (7/7) Ritonavir noche (0/7) Porcentaje semanal: 66.6%</p> <p><i>Semana 20 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 32 BDI: 40 Adherencia: Tenofovir mañana (4/7) Raltegravir mañana (4/7) Raltegravir noche (0/7) Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (4/7) Ritonavir noche (0/7) Porcentaje semanal: 38%</p> <p><i>Semana 21 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 36 BDI: 38 Adherencia: Tenofovir mañana (2/7) Raltegravir mañana (2/7) Raltegravir noche (2/7) Darunavir mañana (2/7) Ritonavir mañana (2/7) Ritonavir noche (2/7) Porcentaje semanal: 28.5%</p> <p><i>Semana 22</i> BAI: 31 BDI: 29 Adherencia: Tenofovir mañana (2/7) Raltegravir mañana (2/7) Raltegravir noche (2/7) Darunavir mañana (2/7) Ritonavir mañana (2/7) Ritonavir noche (2/7) Porcentaje semanal: 28.5%</p>
<p><i>Semana 13 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 52 BDI: 20 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 100%</p>	<p><i>Semana 16 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 29 BDI: 16 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (0/3) No tomar Porcentaje semanal: 100%</p>		
<p><i>Semana 14</i> BAI: 38 BDI: 14 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (6/7) Bactrim (3/3) Porcentaje semanal: 94.1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la técnica de Activación Conductual. • Se planificaron las actividades que se incluirán en las 5 áreas de vida. 	<p><i>Semana 17</i> BAI: 24 BDI: 13 Adherencia: Lamivudina mañana (7/7) Lamivudina noche (7/7) Bactrim (0/3) No tomar Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Suspendió Bactrim 15 días por orden médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se eligieron las primeras actividades de la semana. • Observaciones: Ha recibido más apoyo por parte de su familia. Estuvo enferma, presentó vómito, diarrea, taquicardia, dolor de pecho, piernas dormidas, dificultad para respirar y dolor de espalda. Está más delgada. 		

Sesión 6 (continuación)	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9
<p>•En la sesión se discutieron obstáculos de la adhesión. La paciente se tomó el medicamento en la sesión para trabajar la cuestión de las náuseas.</p> <p>Observaciones: Le reiniciaron el tratamiento en Enero pero en el ISSSTE no se lo dieron.</p>	<p>Semana 23 BAI: 41 BDI: 36 Adherencia: Tenofovir mañana (2/7) Raltegravir mañana (3/7) Raltegravir noche (2/7) Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (3/7) Ritonavir noche (2/7) Porcentaje semanal: 38%</p> <p>• Se trabajó con pasos vitales hasta el paso no. 5</p> <p>• Se retomaron actividades de la semana</p> <p>Observaciones: No tiene suficiente medicamento</p>	<p>Semana 24 BAI: 39 BDI: 49 Adherencia: Tenofovir mañana (2/7) Raltegravir mañana (3/7) Raltegravir noche (4/7) Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (3/7) Ritonavir noche (4/7) Porcentaje semanal: 47.6%</p> <p>• Se trabajó con pasos vitales hasta el último paso.</p> <p>• Se revisaron actividades realizadas en la semana, algunas no se pudieron realizar y se plantearon nuevas actividades.</p>	<p>Post Semana 25 BAI: 10 BDI: 19 Adherencia: Tenofovir mañana (3/7) Raltegravir mañana (3/7) Raltegravir noche (4/7) Darunavir mañana (4/7) Ritonavir mañana (3/7) Ritonavir noche (4/7) Porcentaje semanal: 50%</p> <p>CEAT-VIH :6 Afrontamiento evitativo: 23 Apoyo social afectivo-informativo:30</p> <p>• Se revisaron actividades más importantes por realizar.</p> <p>• Se mostró técnica de solución de problemas Observaciones: La paciente se mudó de casa con su hijo el mayor, se ofrece seguimiento por teléfono.</p>

Sesión 10	
<p>Seguimiento (seis meses después)</p> <p>Semana 49 BAI: 14 BDI: 24 Adherencia: Tenofovir mañana (2/7) Raltegravir mañana (3/7) Raltegravir noche (3/7) Darunavir mañana (2/7) Ritonavir mañana (3/7) Ritonavir noche (4/7) Porcentaje semanal: 40.4%</p>	<p>CEAT-VIH :6 Afrontamiento evitativo: 20 Apoyo social afectivo-informativo:35</p> <p>Se volvió a mudar y vendieron sus teléfonos para tener dinero.</p>

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

La paciente presentaba niveles leves de ansiedad (15) y niveles graves de depresión (51) durante la LB (Ver Figura 20). En la post evaluación y seguimiento los niveles de ansiedad disminuyeron a un nivel leve (10 y 14 respectivamente); y los niveles de depresión disminuyeron a moderados durante la post evaluación y el seguimiento 19 y 24).

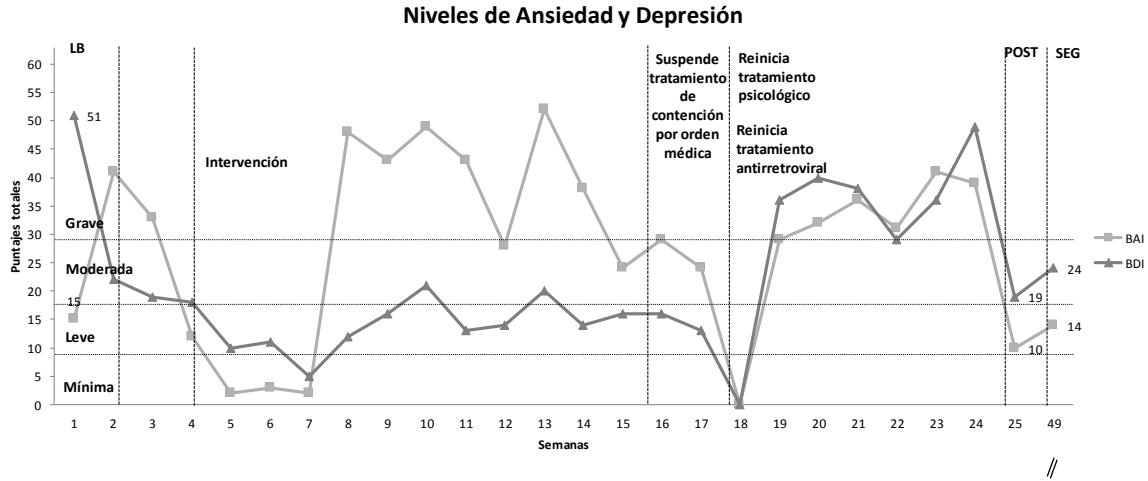
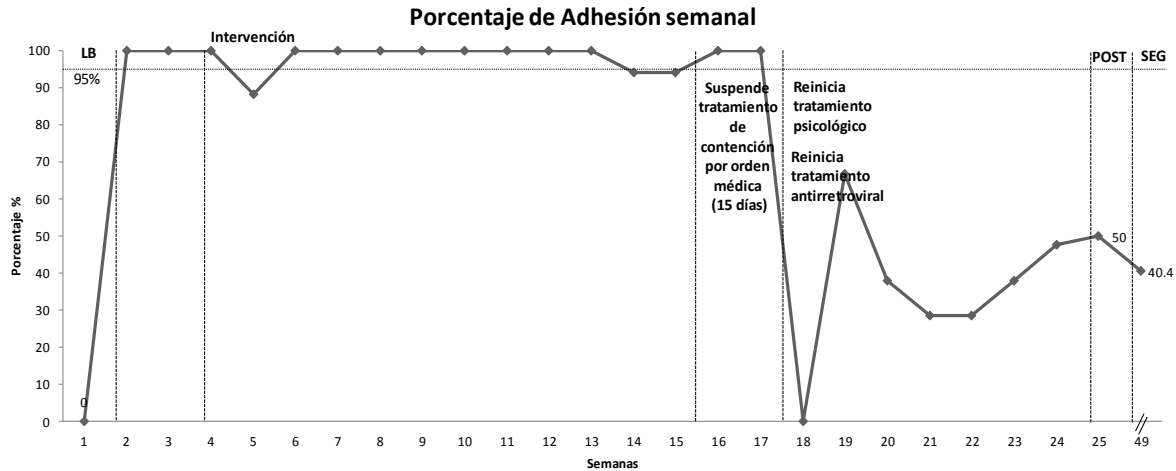


Figura 20. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento de la participante 5 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB la paciente presentó porcentajes nulos de adhesión (0%), en la post evaluación el porcentaje fue de 50 y en el seguimiento disminuyó a 17% (Ver Figura 21).



Fig

ura 21. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento de la participante 5 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento

El afrontamiento evitativo aumentó en la post evaluación y se mantuvo elevado en el seguimiento. El apoyo social informativo-afectivo aumentó en la post evaluación y en el seguimiento. La facilidad percibida para seguir el tratamiento disminuyó en la post evaluación y se mantuvo así en el seguimiento (Ver Tabla 28).

Tabla 28.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base y post evaluación de la participante 5.

Factores	LB	POST	SEG
Afrontamiento evitativo	18	23	20
Apoyo social Informativo-Afectivo	26	30	35
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	8	6	6

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): En la Línea Base, la paciente refirió que *a menudo* comía y dormía más de lo habitual para reducir la tensión, *normalmente* bromeaba sobre su condición y *a veces* trataba de que los demás no supieran cómo se sentía y evitaba estar en compañía de otras personas. En la post evaluación mencionaba que *siempre* dormía más de lo habitual y en el seguimiento dormía un poco más de lo habitual y ya no bromeaba sobre su condición física.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): En la Línea Base, evaluó que *siempre* tenía alguien a quien amar; *algunas veces* había alguien que le diera información o alguien con quien olvidar sus problemas; *pocas veces* tenía a alguien con quien hablar, confiar, abrazar y que la comprendiera; y *nunca* tenía alguien a quien pedir consejo, o divertirse. En la post evaluación y el seguimiento la paciente mantuvo las mismas respuestas, y además mencionó que ya tenía alguien con quien hablar o pedir consejo.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): En la Línea Base, la paciente reportaba mucha dificultad y bastante esfuerzo para tomar el medicamento aunque percibía que tardaba poco tiempo en tomarse los medicamentos; valoraba que los efectos secundarios eran muy intensos. Después de la intervención, la paciente percibía que tardaba más en tomarse los medicamentos y que los efectos secundarios seguían siendo intensos.

Resultados obtenidos en el conteo de CD4 y CV

Durante la LB, el paciente presentó un conteo de CD4 de 67 y una CV de 223,856, después de seis meses de haber concluido la intervención la paciente disminuyó su conteo de CD4 a 25 y disminuyó su CV a 29,498 (Ver Tabla 29), a pesar de que los datos parecen indican un diagnóstico de SIDA, en el expediente no se confirmó el diagnóstico.

Tabla 29.
 Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB de la participante 5.

	LB	SEG
CD4	67	25
CV	223,856	29,498

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

La paciente presentaba niveles graves de depresión y dejaba de tomar el medicamento con la intención de morir y que sus hijos la valoraran, mientras estuvo asistiendo a la terapia mostró interés y buen apego al tratamiento de contención, sin embargo comenzó a tener dificultades para seguir asistiendo a pesar de que se le dieron otras alternativas. Se retoma la terapia y se incluye a la familia para aumentar la adhesión terapéutica.

Participante 6 (Ver Tabla 30)

Edad:	26 años.
Ocupación:	Empleado.
Estado civil:	Soltero.
Tiempo desde el dx:	2 años.
Tratamiento:	Kaletra mañana y noche, Tenofovir mañana, Zidovudina mañana y noche.
Problema de Adherencia	En ocasiones olvida tomar el medicamento.
CV	40 Indetectable.
CD4	400 (estable)

Tabla 30.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adhesión terapéutica a los antirretrovirales del participante 6.

Línea Base (2 semanas)	Sesión 1	Sesión 2	
<p>CEAT-VIH : 17 Afrontamiento evitativo: 18 Apoyo social informativo-afectivo: 65</p> <p>Semana 1 BAI: 19 BDI: 19 Adherencia: Kaletra mañana (6/7) Tenofovir mañana (6/7) Zidovudina mañana (6/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal: 91.4%</p> <p>Semana 2 BAI: 17 BDI: 20 Adherencia: Kaletra mañana (6/7) Tenofovir mañana (6/7) Zidovudina mañana (6/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal: 91.4%</p>	<p>Semana 3 BAI: 23 BDI: 23 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semana: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre VIH. • Psico-educación sobre VIH. 	<p>Semana 4(No asistió a la sesión) BAI: 23 BDI: 28 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <p>Semana 5(No asistió a la sesión) BAI: 26 BDI: 33 Adherencia: Kaletra mañana (6/7) Tenofovir mañana (6/7) Zidovudina mañana (6/7) Kaletra noche (6/7) Zidovudina noche (6/7) Porcentaje semanal:85.7%</p> <p>Semana 6 (No asistió a la sesión) BAI: 15 BDI: 33 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <p>Semana 7(No asistió a la sesión) BAI: 15 BDI: 24</p>	<p>Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <p>Semana 8(No asistió a la sesión) BAI: 18 BDI: 25 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (5/7) Zidovudina noche (5/7) Porcentaje semanal:88.5%</p> <p>Semana 9 BAI: 16 BDI: 22 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psico-educación sobre Depresión y TCC. • Técnica de Activación Conductual. • Observaciones: Los registros de las semanas que no asistió a sesión fueron retrospectivos.

Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
<p><i>Semana 10</i>(No asistió a la sesión) BAI: 31 BDI: 29 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <p><i>Semana 11</i> BAI: 23 BDI: 27 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisión de la tarea: Registro diario de actividades.</i> • <i>Planificación de las siguientes actividades.</i> 	<p><i>Semana 12</i> (No asistió a la sesión) BAI: 23 BDI: 19 Adherencia: Kaletra mañana (6/7) Tenofovir mañana (6/7) Zidovudina mañana (6/7) Kaletra noche (5/7) Zidovudina noche (5/7) Porcentaje semanal:80%</p> <p><i>Semana 13</i> BAI: 15 BDI: 23 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisión de la tarea: Registro diario de actividades.</i> • <i>Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana.</i> • <i>Respiración diafragmática.</i> 	<p><i>Semana 14</i> BAI: 13 BDI: 13 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisión de la tarea: Registro diario de actividades.</i> • <i>Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana.</i> • <i>Pasos vitales.</i> 	<p><i>Post evaluación</i></p> <p><i>Semana 15</i> BAI: 5 BDI: 5 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisión de la tareas</i> • <i>Se revisaron metas del tratamiento</i> • <i>Se finalizó la intervención.</i> <p><i>Observaciones: El paciente mencionó que había perdido su trabajo pero no se deprimió tanto como lo hubiera hecho antes de la intervención.</i></p> <p>CEAT-VIH : 15 Afrontamiento evitativo: 16 Apoyo social informativo-afectivo: 65</p>

Sesión 7	
<p><i>Seguimiento</i> <i>(seis meses después)</i></p> <p><i>Semana 39</i> BAI: 8 BDI: 12 Adherencia: Kaletra mañana (7/7) Tenofovir mañana (7/7) Zidovudina mañana (7/7) Kaletra noche (7/7) Zidovudina noche (7/7) Porcentaje semanal:100% Observaciones: El paciente mencionó que estaba ansioso por un examen que estaba próximo a presentar y no estaba seguro de seguir estudiando a su edad.</p>	<p>CEAT-VIH : 19 Afrontamiento evitativo: 20 Apoyo social informativo-afectivo: 60</p>

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

El paciente presentaba niveles moderados y leves de ansiedad (19 y 17) y niveles moderados de depresión (19 y 20) durante la LB; al final de la intervención psicológica los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron a un nivel mínimo (5); en el seguimiento los niveles de ansiedad continuaron siendo mínimos (8) y los de depresión aumentaron a un nivel leve (12) (Ver Figura 22).

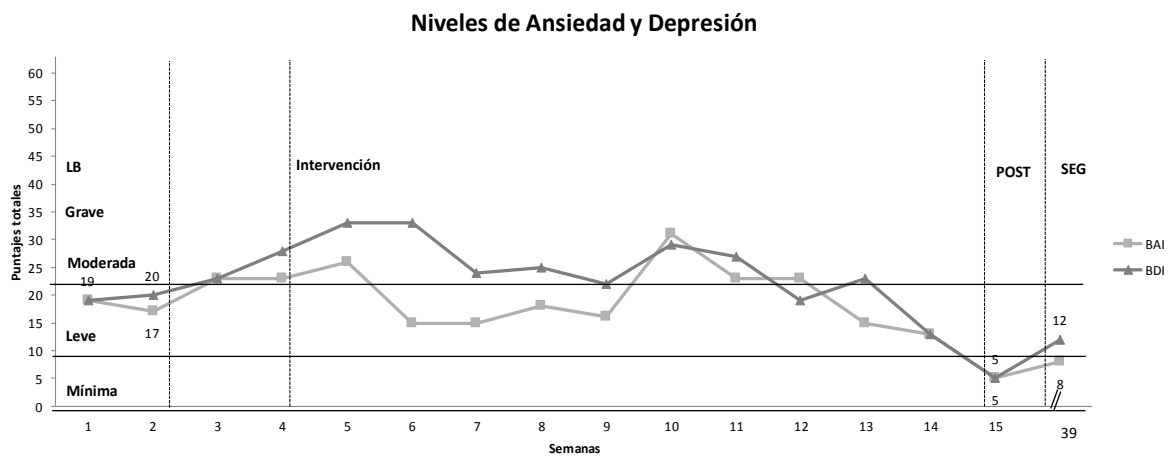


Figura 22. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 6 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB el paciente presentó porcentajes de adhesión por debajo del 95% (91.4% y 91.4%), al final de la intervención y durante el seguimiento aumentó su porcentaje a 100% (Ver Figura 23).

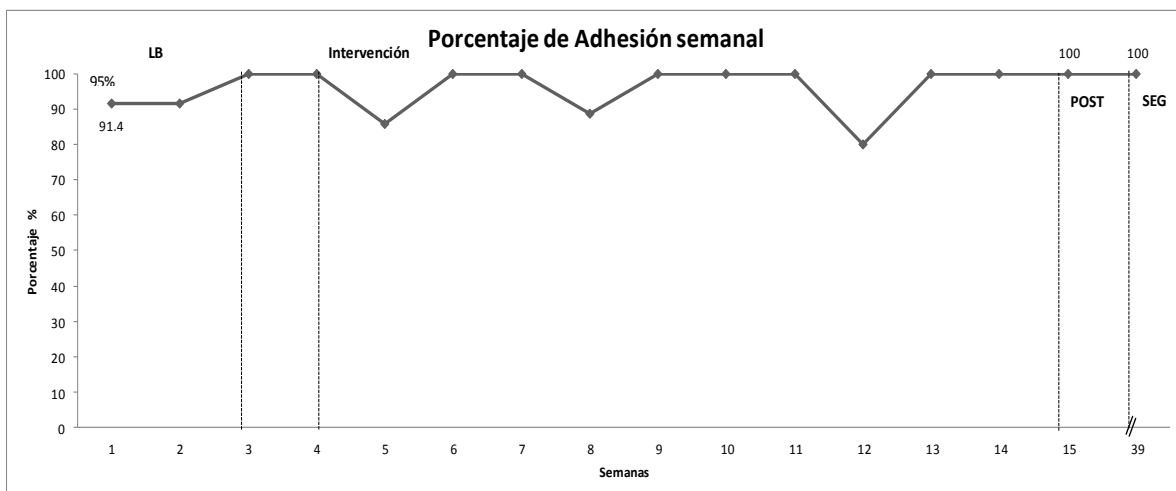


Figura 23. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 6 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento

El afrontamiento evitativo disminuyó en la post evaluación y aumentó en el seguimiento por encima de la LB. El apoyo social informativo-afectivo se mantuvo similar a la LB durante la post evaluación y disminuyó en el seguimiento. La facilidad percibida para seguir el tratamiento disminuyó en la post evaluación pero aumentó durante el seguimiento (Ver Tabla 31).

Tabla 31.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base y post evaluación del participante 6.

Factores	L		POS	SE
	B	T	G	
Afrontamiento evitativo	8	1	16	20
Apoyo social Informativo-Afectivo	5	6	65	60
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	7	1	15	19

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): Antes de la intervención, el paciente refirió que *a menudo* no le gustaba que los demás supieran cómo se sentía y bromeaba sobre su condición;

normalmente fumaba para liberar la tensión. Después de la intervención, redujo la frecuencia de fumar, dormir y beber para reducir la tensión; y así se mantuvo durante el seguimiento.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): El paciente mencionó que *siempre* contaba con alguien en quién apoyarse ya sea para hablar, aconsejar informar etc. Su red social era muy amplia. Después de la intervención y durante el seguimiento, se mantuvo con una buena red social.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): Antes de la intervención, el paciente reportaba poco esfuerzo y dificultad para tomar el medicamento; efectos secundarios poco intensos. Después de la intervención y en el seguimiento, disminuyeron los efectos secundarios de los medicamentos y percibía que no perdía nada de tiempo al tomarse los medicamentos.

Resultados obtenidos en el conteo de CD4 y CV

Durante la LB, el paciente presentó un conteo de CD4 de 400 y CV indetectable, después de seis meses de haber concluido la intervención el paciente tuvo un conteo de CD4 de 341 y CV indetectable (Ver Tabla 32).

Tabla 32.

Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB y el Seguimiento de la participante 6.

	LB	SEG
CD4	400	341
CV	40 Indetectable	40 Indetectable

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

El paciente mostraba aceptables puntajes de adhesión al inicio del tratamiento, aunque a veces omitía el medicamento por olvidos. Al final de la intervención el paciente perdió su trabajo pero mencionó que a pesar de esto, ya no se ponía tan ansioso ni depresivo como antes de la terapia, además gracias a la activación conductual siguió pasos para emprender un nuevo negocio.

Participante 7 (Ver Tabla 33)

Edad:	23 años.
Ocupación:	Estudiante de Licenciatura en Diseño de Moda.
Estado civil:	Soltero.
Tiempo desde el dx:	8 años.
Tratamiento:	Truvada (1 mañana) y Nevirapina (1 mañana, 1 noche).
Problema de Adherencia	Toma el medicamento de manera inconsistente, y los fines de semana se le olvida tomarlo.
CV	40 Indetectable.
CD4	386 (estable)

Tabla 33.

Descripción de sesiones terapéuticas y registros semanales de Ansiedad, Depresión, y Adhesión terapéutica a los antirretrovirales del participante 7.

Línea Base (3 semanas)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<p>CEAT-VIH :10 Afrontamiento evitativo: 33 Apoyo social informativo-afectivo: 39</p> <p>Semana 1 BAI: 35 BDI: 42 Adherencia: Truvada mañana (6/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(5/7) Porcentaje semanal: 80.9%</p> <p>Semana 2 BAI: 33 BDI: 38 Adherencia: Truvada mañana (6/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(4/7) Porcentaje semanal: 76.1%</p> <p>Semana 3 BAI: 46 BDI: 36 Adherencia: Truvada mañana (5/7) Nevirapina mañana (5/7) Nevirapina noche(2/7) Porcentaje semanal: 57.1%</p>	<p>Semana 4 BAI: 23 BDI: 21 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(5/7) Porcentaje semanal: 90.4%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre VIH. • Psico-educación sobre VIH. <p>Observaciones: Tenía buena información sobre VIH; incrementó su conocimiento sobre la definición de Sistema Inmunológico, los síntomas del VIH, la función de las células CD4 y la manera en que ataca el virus.</p>	<p>Semana 5 BAI: 10 BDI: 13 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(6/7) Porcentaje semanal: 95.2%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psico-educación sobre TCC, Depresión. 	<p>Semana 6 (No asistió a la sesión) BAI: 19 BDI: 18 Adherencia: Truvada mañana (6/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(5/7) Porcentaje semanal: 80.9%</p> <p>Semana 7 BAI: 15 BDI: 11 Adherencia: Truvada mañana (5/7) Nevirapina mañana (5/7) Nevirapina noche(4/7) Porcentaje semanal: 66.6%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la técnica de Activación Conductual. • Se planificaron las actividades que se incluirán en las 5 áreas de vida.

Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
<p><i>Semana 8 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 11 BDI: 24 Adherencia: Truvada mañana (5/7) Nevirapina mañana (5/7) Nevirapina noche(4/7) Porcentaje semanal: 66.6%</p>	<p>Semana 10 BAI: 3 BDI: 17 Adherencia: Truvada mañana (6/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(5/7) Porcentaje semanal: 80.9%</p> <p>•<i>Revisión de la tarea: Registro diario de actividades.</i></p> <p>•<i>Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana.</i></p>	<p><i>Semana 11 (No asistió a la sesión)</i> BAI: 4 BDI: 17 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 12 BAI: 3 BDI: 6 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 95.2%</p> <p>•<i>Revisión de la tarea: Registro diario de actividades.</i></p> <p>•<i>Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana.</i></p> <p>•<i>Pasos Vitales (hasta el no. 1).</i></p>	<p>Semana 13 BAI: 5 BDI: 11 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>• <i>Revisión de la tarea: Registro diario de actividades.</i></p> <p>• <i>Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana.</i></p> <p>• <i>Se concluyeron los pasos vitales.</i></p>

Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11
<p>Semana 14 BAI: 7 BDI: 7 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> •Revisión de la tarea: Registro diario de actividades. •Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana. •Relajación muscular. 	<p>Semana 15 (No asistió a la sesión) BAI: 3 BDI: 11 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <p>Semana 16 (No asistió a la sesión) BAI: 4 BDI: 7 Adherencia: Truvada mañana (6/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(5/7) Porcentaje semanal: 80.9%</p> <p>Semana 17 BAI: 6 BDI: 29 Adherencia: Truvada mañana (6/7) Nevirapina mañana (6/7) Nevirapina noche(6/7) Porcentaje semanal: 85.7%</p> <ul style="list-style-type: none"> •Revisión de la tarea: Registro diario de actividades •Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana. •Reestructuración cognitiva con respecto a la relación de pareja. •Relajación muscular. <p>Observaciones: Terminó su relación sentimental.</p>	<p>Semana 18 BAI: 6 BDI: 10 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> •Revisión de la tarea: Registro diario de actividades. •Se planificaron las actividades que se cumplirían la siguiente semana. •Amplió sus redes sociales. •Diferencias entre pensamientos, situaciones y emociones. •Identificar pensamientos de alta tensión •¿Dónde está la evidencia? •Generación de pensamientos alternativos. 	<p>POST Semana 19 BAI: 3 BDI: 21 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> •Se revisaron las actividades de la semana. •Se revisaron metas de la terapia. •Se finalizó la intervención. <p>CEAT-VIH :18 Afrontamiento evitativo: 14 Apoyo social informativo-afectivo: 53</p>
Sesión 12			
<p>Seguimiento <i>(seis meses después)</i> Semana 43 BAI: 3 BDI: 11 Adherencia: Truvada mañana (7/7) Nevirapina mañana (7/7) Nevirapina noche(7/7) Porcentaje semanal: 100% CEAT-VIH :18 Afrontamiento evitativo: 14 Apoyo social informativo-afectivo: 53</p>			

Resultados obtenidos en Ansiedad-Depresión

El paciente presentaba niveles graves de ansiedad (35, 33 y 46) y depresión (42, 38 y 36) durante la LB; al final de la intervención psicológica los niveles de ansiedad disminuyeron a un nivel mínimo (3) y los de depresión disminuyeron a niveles moderados (21); en el seguimiento a 6 meses, los niveles de ansiedad disminuyeron a mínimos (3) y los de depresión disminuyeron a leve (11) (Ver Figura 24).

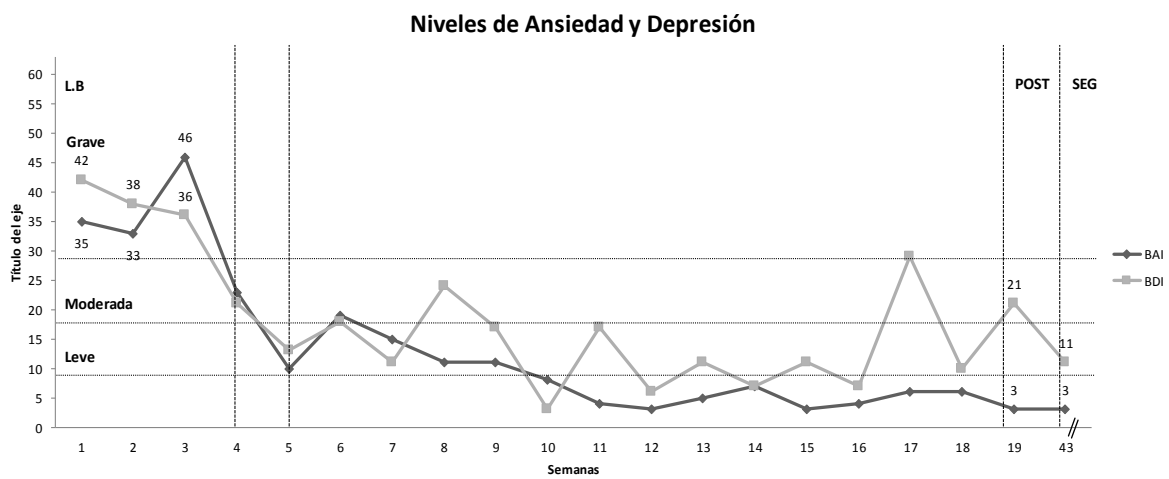


Figura 24. Puntajes semanales de Ansiedad y Depresión durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 7 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en Adhesión

Durante la LB el paciente presentó porcentajes de adhesión por debajo del 95% (80.9, 76.1 y 57.1%), al final de la intervención el paciente aumentó su porcentaje a 85.7% y durante el seguimiento el paciente alcanzó el 100% (Ver Figura 25).

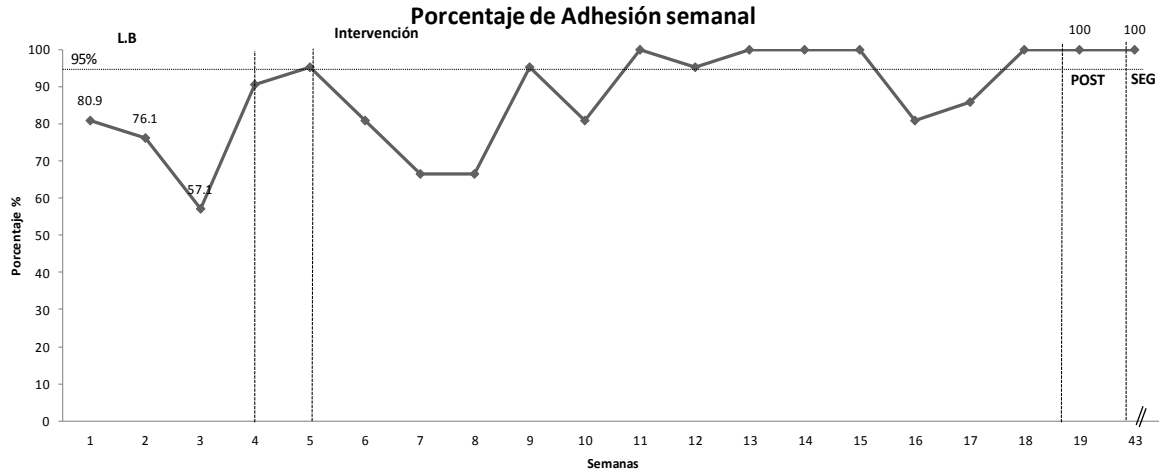


Figura 25. Porcentajes de Adhesión semanales durante la LB, la Intervención, la post evaluación y el seguimiento del participante 7 (incluyendo todas las semanas de tratamiento psicológico).

Resultados obtenidos en los factores de afrontamiento evitativo, apoyo social informativo-afectivo y facilidad percibida para seguir el tratamiento

El afrontamiento evitativo disminuyó durante la post evaluación y se mantuvo así durante el seguimiento. El apoyo social informativo-afectivo y la facilidad percibida para seguir el tratamiento aumentaron durante la post evaluación y se mantuvieron altos durante el seguimiento (Ver Tabla 34)

Tabla 34.

Puntajes obtenidos en cada factor de Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión durante la Línea Base y Post evaluación del participante 7.

Factores	LB	POST	SEG
Afrontamiento evitativo	33	14	14
Apoyo social Informativo-Afectivo	39	53	53
Facilidad percibida para seguir el tratamiento	10	18	18

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

Afrontamiento (Evitativo): Antes de la intervención, el paciente refirió que para reducir la tensión solía fumar, comer, dormir y consumir drogas *siempre* que lo necesitara. *Nunca* le gustaba que los demás supieran cómo se sentía, *a menudo* bromeaba con su diagnóstico y *normalmente* evitaba la compañía de personas. Después de la intervención y durante el seguimiento, el paciente disminuyó su manera de reducir la tensión, ya no comía, ni dormía

de más, continuó fumando pero con menos frecuencia al igual que el consumo de drogas. Comparte más el cómo se siente; ya no bromea con su condición física y ya no evita estar en compañía de otros.

Apoyo social (Informativo-Afectivo): Antes de la intervención, mencionaba que no tenía alguien en quien confiar y con quién compartir temores; en algunas ocasiones podía hablar, abrazar; y tenía alguien a quien amar. Su red social era amplia. Después de la intervención y durante el seguimiento, el paciente aumentó su red social y menciona que siempre tiene con quien pedir un consejo, abrazar y amar. La mayoría de las veces puede hablar con alguien.

Adhesión (Facilidad percibida para seguir el tratamiento): Antes de la intervención, el paciente reportaba efectos secundarios muy intensos y percibía bastante esfuerzo y dificultad para tomarse el medicamento. Después de la intervención y durante el seguimiento, el paciente refería que los efectos secundarios ya no eran intensos y percibía poco esfuerzo y nada de dificultad para tomarse los medicamentos.

Resultados obtenido en el conteo de CD4 y CV

Durante la LB, el paciente presentó un conteo de CD4 de 386 y una CV indetectable, y en el seguimiento aumentaron sus niveles de CD4 y mantuvo una CV indetectable (Ver Tabla 35).

Tabla 35.

Conteo de medidas fisiológicas (CD4 y CV) durante la LB y el Seguimiento de la participante 7.

	LB	SEG
CD4	386	538
CV	40 Indetectable	40 (Indetectable)

LB: Línea Base; SEG: Seguimiento.

Consideraciones clínicas

El paciente mejoró su información con respecto a los síntomas, función del tratamiento y de las células CD4. Era un paciente que prefería irse de fiesta que tomarse el medicamento, a lo largo del tratamiento logró cambiar sus estilos de vida. Comenzó a realizar las actividades que eran más agradables para él. Aumentó sus relaciones sociales y mejoró la comunicación con su familia.

• Análisis por grupo

Tratamiento psicológico

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del instituto, en la casa de los pacientes y en un consultorio que estaba ubicado cerca de los hogares de los pacientes. Estas sesiones fueron adaptadas a las necesidades de cada paciente. La media del número de sesiones fue de 11, sin embargo los pacientes con mayor sintomatología ansiosa (cuatro pacientes) recibieron 13 sesiones en promedio y los que tenían predominantemente sintomatología depresiva 8 sesiones. Los principales problemas de adhesión fueron que dejaron de tomarlo por un largo tiempo, lo tomaban de manera inconsistente y olvidaban algunas dosis.

Análisis de pacientes con sintomatología ansiosa predominante

Niveles de Ansiedad y Depresión.

Se tomaron en cuenta los participantes uno, dos tres y cuatro. Los pacientes uno, tres y cuatro mostraron niveles moderados, y la paciente dos reportó niveles graves. En el post, los participantes uno y cuatro disminuyeron sus niveles a mínimos, y los participantes dos y tres los disminuyeron a leves. En el seguimiento los participantes dos y cuatro obtuvieron puntajes mínimos, el participante tres mantuvo un puntaje leve y el participante tres reportó un puntaje moderado. Los niveles de depresión en la LB fueron moderados (participantes dos, tres y cuatro), leves (participante uno) y mínimos (participante cuatro). Durante el post todos los participantes obtuvieron niveles mínimos y en el seguimiento los participantes dos, tres y cuatro mantuvieron los niveles mínimos y el participante uno obtuvo puntajes moderados (Ver Figura 26).

Al evaluar los tamaños del efecto de la intervención sobre la ansiedad, se encontró que los tamaños del efecto para el participante uno y dos fueron medios en el post (92% y 73%) y en el seguimiento (90% y 75%); mientras que los participantes tres y cuatro obtuvieron tamaños del efecto altos tanto en el post (94% y 96%) como en el seguimiento (96% y 96%). Al evaluar el impacto de la intervención sobre la depresión, se encontró que los participantes uno, tres y cuatro obtuvieron tamaños del efecto fuertes en la post evaluación (96%, 96% y

96%), y el participante dos tuvo un tamaño del efecto medio (81%). Durante el seguimiento los participantes uno y dos obtuvieron un tamaño del efecto medio (90% y 82%) y los participantes tres y cuatro mantuvieron un tamaño del efecto fuerte (96% y 96%).

Análisis de pacientes con sintomatología ansiosa predominante

Niveles de Ansiedad y Depresión

Se tomaron en cuenta los puntajes de los pacientes uno, dos, tres y cuatro. En la gráfica siguiente se puede observar que después de la LB los puntajes tienden a elevarse en las primeras sesiones; en el primer paciente hubo una disminución importante a partir de la sesión cuatro y diez; en el segundo participante el impacto de la intervención se observó a partir de la sesión cinco; el paciente tres desde la sesión dos mostró una disminución con respecto a los síntomas de ansiedad, sin embargo los síntomas depresivos disminuyeron hasta la sesión 13; de la misma manera el participante cuatro mostró una disminución a partir de la sesión dos. Durante el post y el seguimiento los puntajes se mantienen bajos a excepción del participante uno que durante el seguimiento mostró puntajes similares a los presentados en la LB.

Al evaluar los tamaños del efecto de la intervención sobre la ansiedad, se encontró que el participante uno y dos fueron obtuvieron efectos medios en el post (92% y 73%) y en el seguimiento (90% y 75%); mientras que los participantes tres y cuatro obtuvieron tamaños del efecto altos tanto en el post (94% y 96%) como en el seguimiento (96% y 96%). Al evaluar el impacto de la intervención sobre la depresión, se encontró que los participantes uno, tres y cuatro obtuvieron tamaños del efecto fuertes en la post evaluación (96%, 96% y 96%), y el participante dos tuvo un tamaño del efecto medio (81%). Durante el seguimiento los participantes uno y dos obtuvieron un tamaño del efecto medio (90% y 82%) y los participantes tres y cuatro mantuvieron un tamaño del efecto fuerte (96% y 96%).

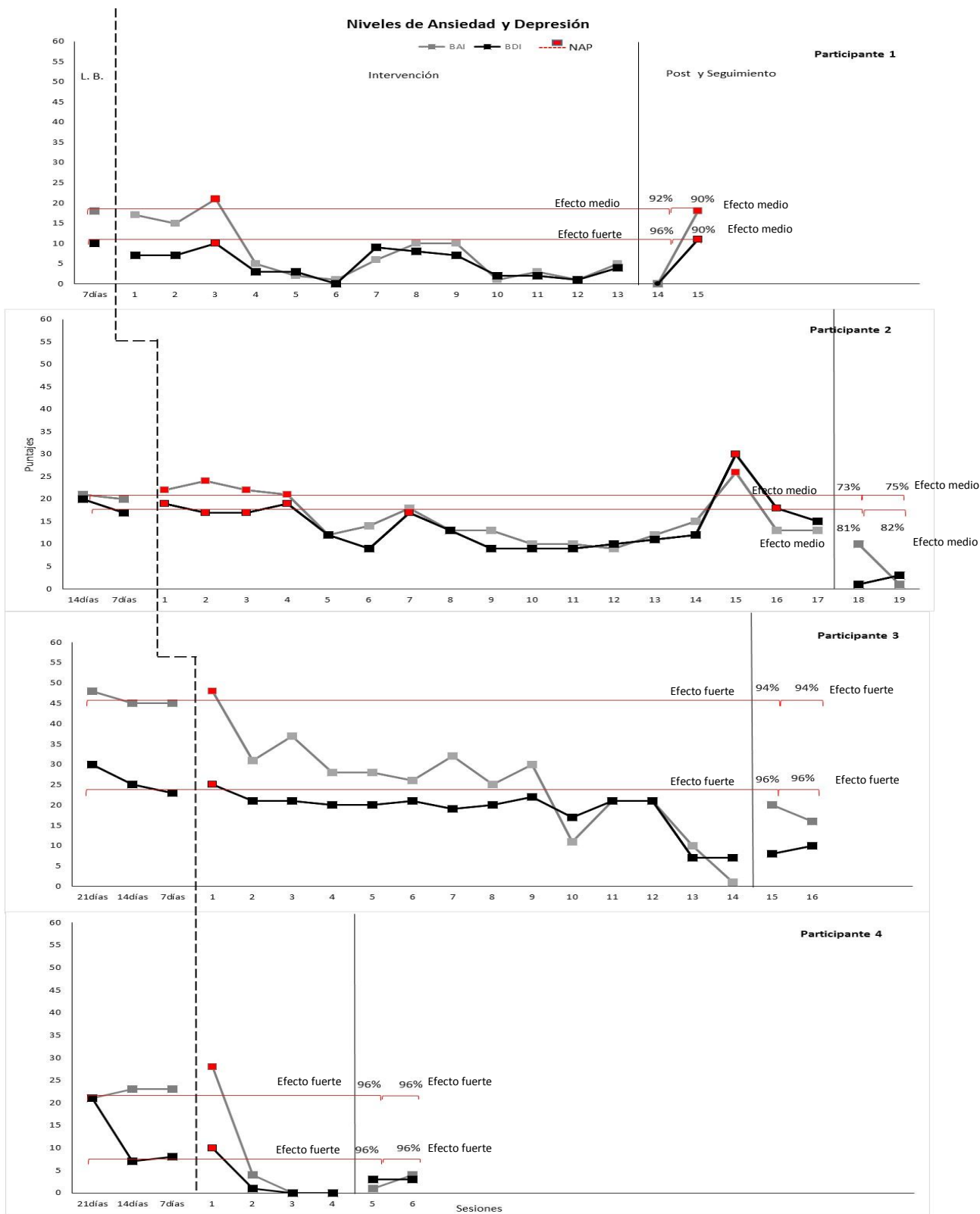


Figura 26. Línea Base Múltiple no concurrente (7, 14 y 21 días) de los Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

Adhesión a los antirretrovirales

Tres de los participantes presentaron puntajes nulos durante la LB porque no recibían tratamiento antirretroviral, a excepción del participante dos que sí recibía tratamiento y presentó niveles por debajo del 95% en la LB. En el primer participante los porcentajes de adhesión comenzaron a elevarse a partir de la sesión tres, a pesar de este aumento, el paciente no logró una adhesión mayor al 95% durante la intervención; la participante dos logró un incremento importante en la sesión diez, aunque a partir de la sesión once logró una adhesión mayor al 95%; la participante tres recibió tratamiento de contención hasta la sesión cuatro y a partir de esa sesión fue adherente a éste, dicha adhesión se mantuvo a lo largo del tratamiento incluyendo después de la sesión doce que recibió su nuevo esquema de tratamiento antirretroviral; el participante cuatro mostró un incremento a partir de la sesión dos donde comenzó a tomar antirretrovirales, pero hasta la tercera sesión comenzó a tener una adhesión al 100%.

Los puntajes obtenidos por los pacientes durante la intervención se mantuvieron en la post evaluación, con excepción del participante uno que disminuyó su adhesión. En el seguimiento sólo la participante dos logró mantener sus niveles óptimos de adhesión, mientras que los participantes tres y cuatro mostraron un ligero descenso, por su parte el participante uno logró aumentar su adhesión (Ver Figura 27).

En los participantes uno y cuatro que presentaron porcentajes nulos durante la LB, los tamaños del efecto fueron fuertes durante el post (96% y 100%) y el seguimiento (96% y 100%); la participante tres a pesar de mostrar buenos puntajes de adhesión en la intervención, mostró efectos medios debido a que durante las tres primeras sesiones no recibía tratamiento de contención; por último, la participante dos mostró tamaños del efecto medios tanto en el post (88%) como en el seguimiento (89%).

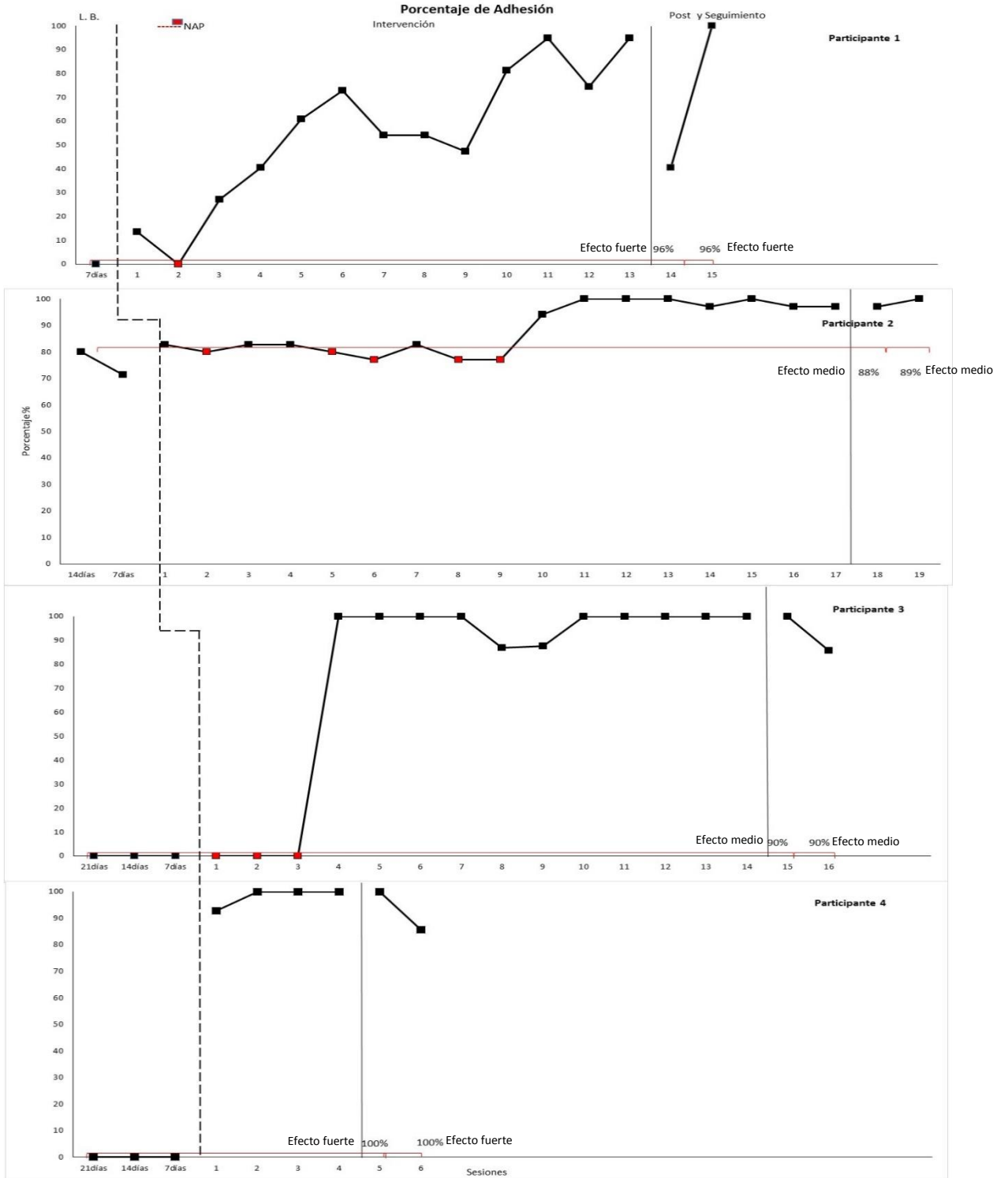


Figura 27. Línea Base Múltiple no concurrente (7, 14 y 21 días) de los Porcentajes de Adhesión semanal a los antirretrovirales en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

Resultados obtenidos en Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión

Afrontamiento evitativo

Los participantes mostraron niveles bajos de afrontamiento evitativo en la LB; después del tratamiento y en el seguimiento los resultados no muestran la misma tendencia (Ver Figura 28); en los participantes uno y tres se logra una disminución, mientras que en el participante cuatro la disminución llega hasta el seguimiento; por su parte, en el participante dos no hay un efecto en la post evaluación, pero sí hay un incremento del puntaje en el seguimiento (Ver Tabla 36).

Tabla 36.

Puntajes obtenidos el factor de Afrontamiento durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

	LB	POST	SEG
Participante 1	17	13	13
Participante 2	14	14	16
Participante 3	18	17	11
Participante 4	23	28	18

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

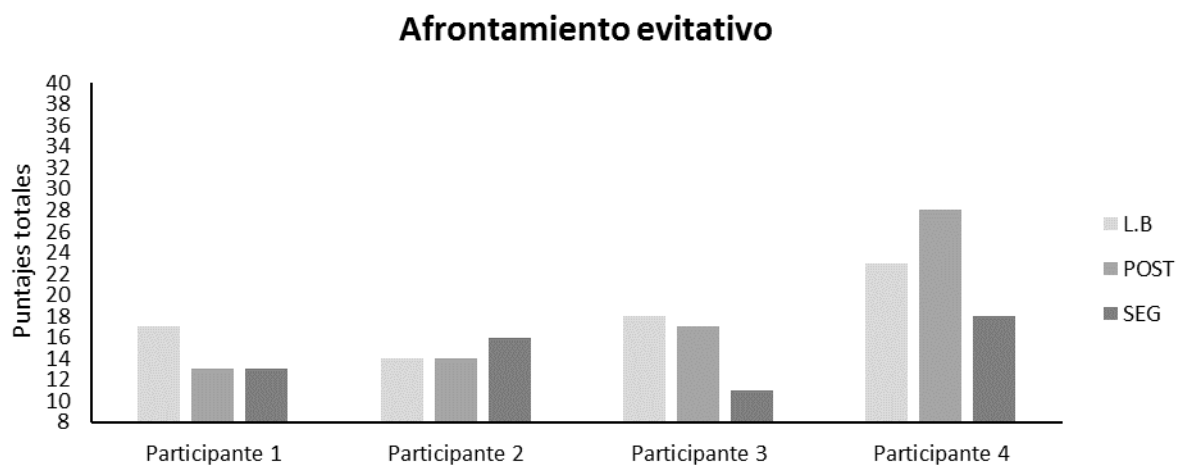


Figura 28. Puntajes obtenidos en el factor de Afrontamiento durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

Apoyo social Informativo-Afectivo

Tres de los participantes (participante dos, tres y cuatro) mostraron contar con un buen apoyo social antes de comenzar con la intervención; después del tratamiento se logró elevar los puntajes de apoyo social en los participantes uno, dos y tres (Ver Figura 29 y Tabla 37); sin embargo en el seguimiento, el participante dos fue el único que logró mantener elevados sus puntajes de apoyo social.

Tabla 37.

Puntajes obtenidos el factor de Apoyo social durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

	LB	POST	SEG
Participante 1	20	52	36
Participante 2	33	45	48
Participante 3	44	52	35
Participante 4	48	38	39

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

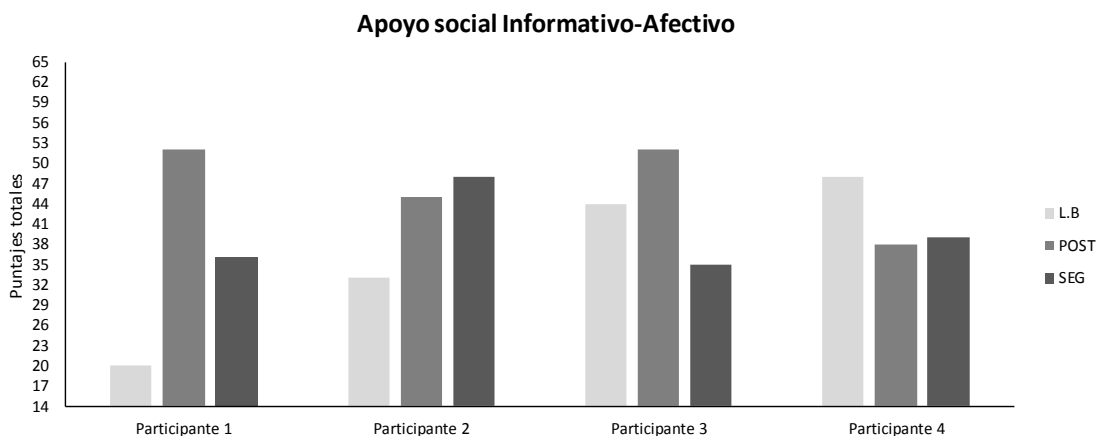


Figura 29.

Puntajes obtenidos en el factor de Apoyo social durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

CEAT-Facilidad percibida para seguir el tratamiento

Antes de comenzar el tratamiento, los participantes no percibían que fuera fácil adherirse a los medicamentos; no obstante, después de la intervención y durante el

seguimiento todos los participantes obtuvieron mayores puntajes, percibiendo de esta manera, una mayor facilidad para tomarse los medicamentos (Ver Figura 30 y Tabla 38).

Tabla 38.

Puntajes obtenidos el factor de Adhesión durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

	LB	POST	SEG
Participante 1	8	16	17
Participante 2	11	17	16
Participante 3	6	11	11
Participante 4	13	16	16

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

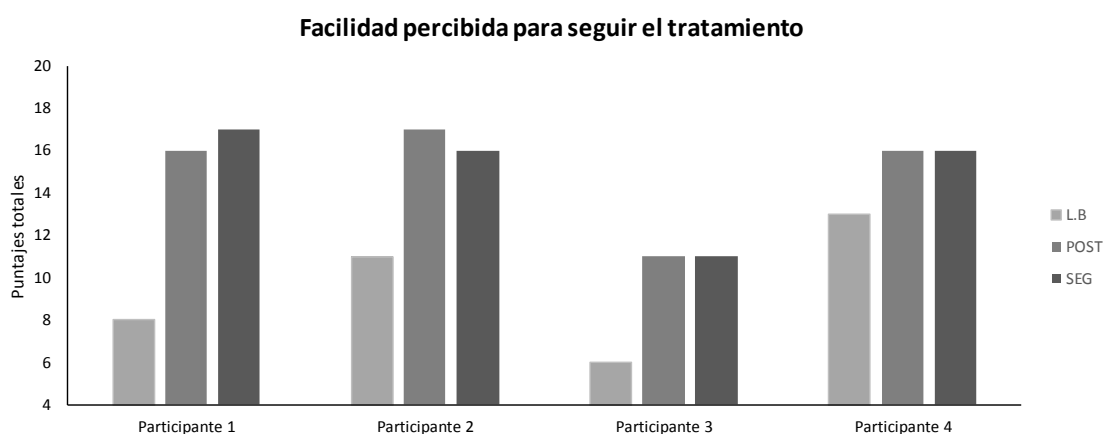


Figura 30. Puntajes obtenidos en el factor de Adhesión durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

- *Carga Viral y Conteo de CD4*

El conteo de CD4 y Carga Viral se realizó en dos momentos, el primero durante la línea base y el segundo seis meses después de haber finalizado la intervención. Los pacientes con sintomatología ansiosa presentaban menos de 400 cd4 y cv detectable, a excepción de una participante que a pesar de ser irregular con la toma de su medicamento no se mostraba aún un efecto sobre la CV. Seis meses después de haber finalizado la intervención tres

participantes (dos, tres y cuatro) aumentaron sus CD4 y disminuyeron su CV, de los cuales dos mostraron ser indetectables; el participante uno disminuyó sus CD4 y aumentó su CV, debido a que durante la intervención no se logró una adhesión óptima (Ver Tabla 39, Figura 31 y 32).

Tabla 39.

Conteo individual de células CD4 y Carga Viral reportadas en la LB y en el Seguimiento

	Línea Base		Seguimiento	
	CD4	CV	CD4	CV
Participante 1	97	184	48	54395
Participante 2	366	40	413	40
Participante 3	135	14131	198	20
Participante 4	315	18064	360	8774

CD4: Células CD4, CV: Carga Viral

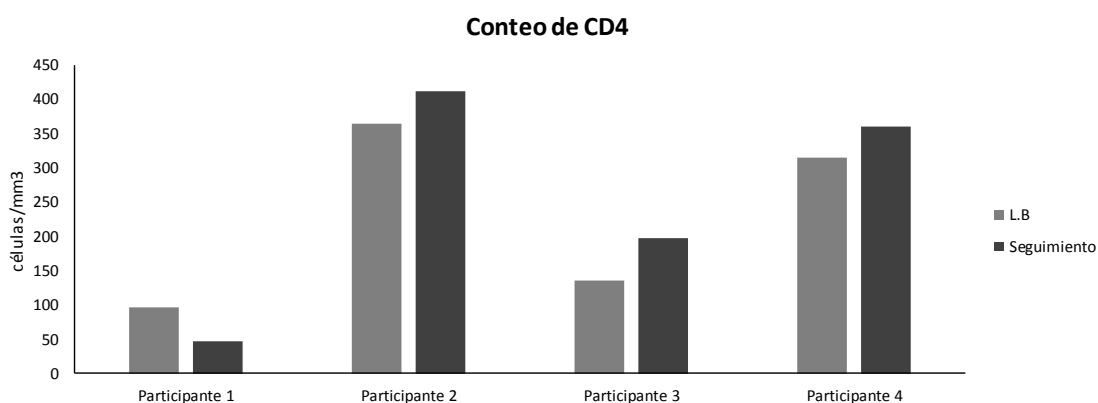


Figura 31. Conteo de células CD4 durante la LB y el Seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

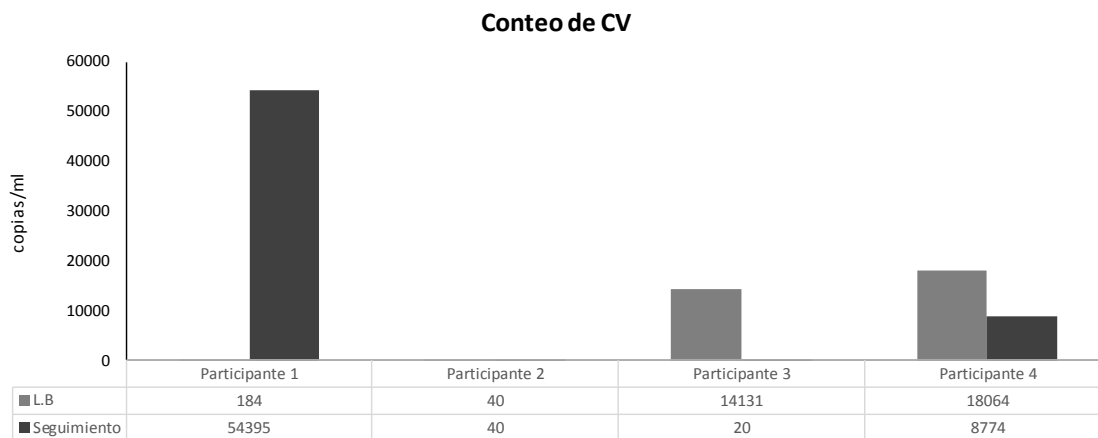


Figura 32. Conteo de células CD4 durante la L.B y el Seguimiento en pacientes con sintomatología ansiosa predominante.

Análisis de pacientes con sintomatología depresiva predominante

Niveles de Ansiedad y Depresión

Se tomaron en cuenta los puntajes de los pacientes cinco, seis y siete (Ver Figura 33). Los pacientes cinco y siete reportaron niveles graves de depresión y el paciente seis reportó niveles medios. Durante la intervención, a pesar de que la paciente cinco mostró un descenso de los niveles de depresión en la sesión uno, estos puntajes fueron inestables a lo largo del tratamiento, sin embargo, de la sesión dos a la cinco muestra los niveles más bajos; con respecto a la ansiedad, también se observa inestabilidad en los puntajes, siendo en la sesión dos y cinco donde más bajos se presentan. El paciente seis muestra cambios hasta la quinta sesión tanto en depresión como en ansiedad; y el paciente siete muestra un cambio desde la primera sesión en ambas sintomatologías, alcanzando niveles más bajos en la sesión seis. Los puntajes bajos se mantuvieron en la post evaluación y para los pacientes uno y dos incrementaron ligeramente durante el seguimiento.

Los tamaños del efecto variaron por participante; al evaluar los puntajes de depresión en la participante cinco, se observaron tamaños del efecto fuertes en la post evaluación (100%) y en el seguimiento (100%); mientras que al evaluar los puntajes de la ansiedad se obtuvieron tamaños del efecto débiles tanto en la post evaluación (33%) y el seguimiento (40%). El paciente seis mostró un impacto hasta la sesión número cinco, es por eso que se obtuvieron tamaños del efecto débiles en los puntajes de depresión en la post evaluación (33%) y el seguimiento (42%); al evaluar la ansiedad, se observaron tamaños del efecto medios tanto en el post (66%) como en el seguimiento (71%). El paciente siete fue el único que obtuvo tamaños del efecto fuertes en los puntajes de depresión y ansiedad, en la post evaluación (100%) y en el seguimiento (100%).

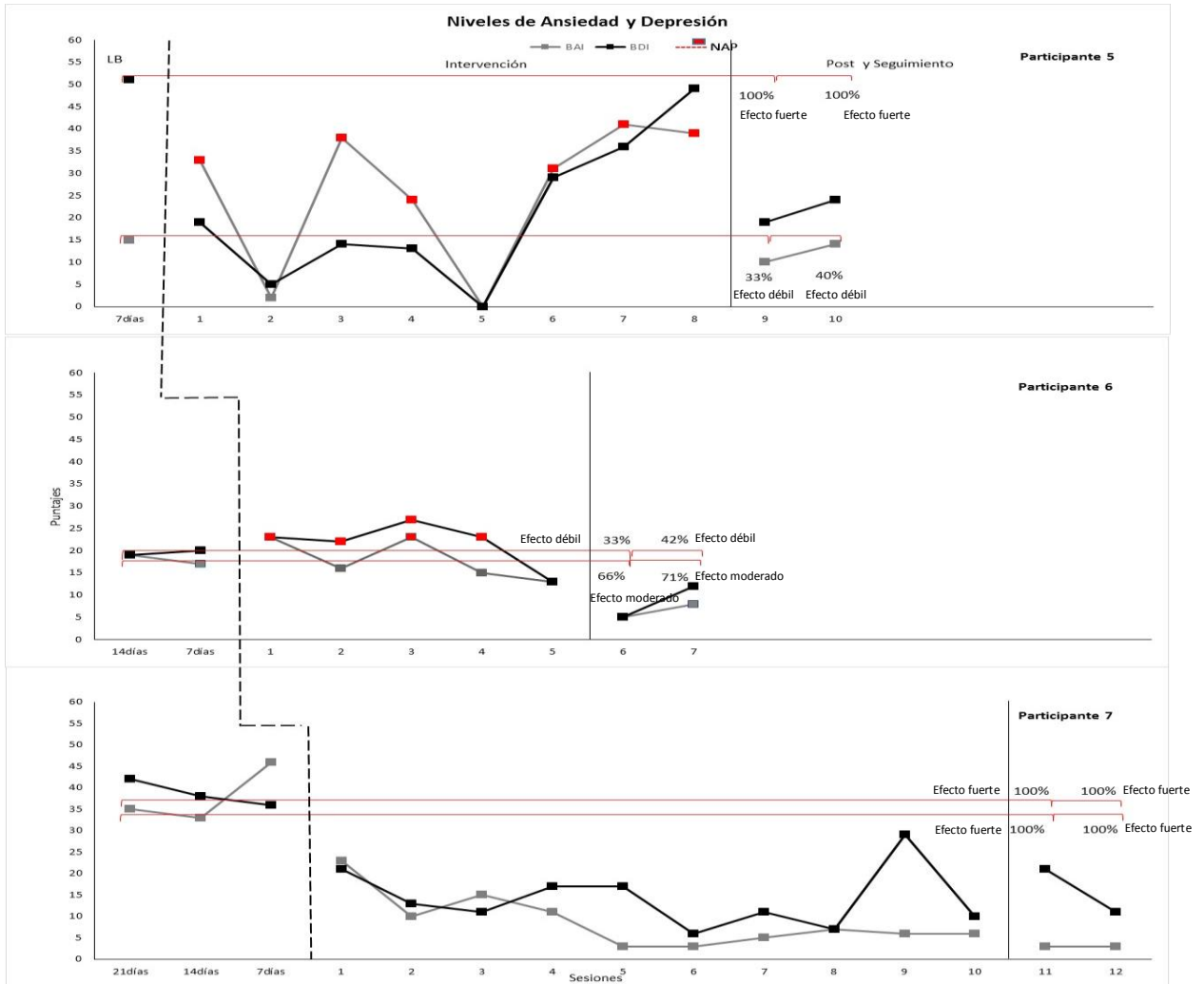


Figura 33. Línea Base Múltiple no concurrente (7, 14 y 21 días) de los Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

Adhesión a los antirretrovirales

Sólo la paciente cinco no recibía tratamiento antirretroviral durante la LB, esta paciente mostró un incremento de la adhesión a partir de la primera sesión, pero ésta fue disminuyendo a lo largo de las sesiones y después de la tercera sesión los porcentajes de adhesión fueron menores al 95%; el paciente seis mostró un efecto a partir de la primera sesión obteniendo puntajes de 100%; y el participante siete mostró puntajes óptimos de adhesión desde la primera sesión, sin embargo a partir de la sesión seis obtuvo puntajes consistentes mayores al 95%. En la post evaluación y el seguimiento, los participantes cinco y seis mantuvieron puntajes del 100%; y la participante cinco no logró incrementar sus porcentajes de adhesión en la post evaluación ni en el seguimiento (Ver Figura 34).

Con respecto a los tamaños del efecto, se observó que a pesar de las inconsistencias de los porcentajes de adhesión de la participante cinco, los tamaños del efecto fueron fuertes en la post evaluación (94%) y en el seguimiento (95%). Por otro lado, el participante seis mostró efectos fuertes en la post evaluación (100%) y el seguimiento (100%). Y el participante siete obtuvo tamaños del efecto medios tanto en el post (92%) como en el seguimiento (93%).

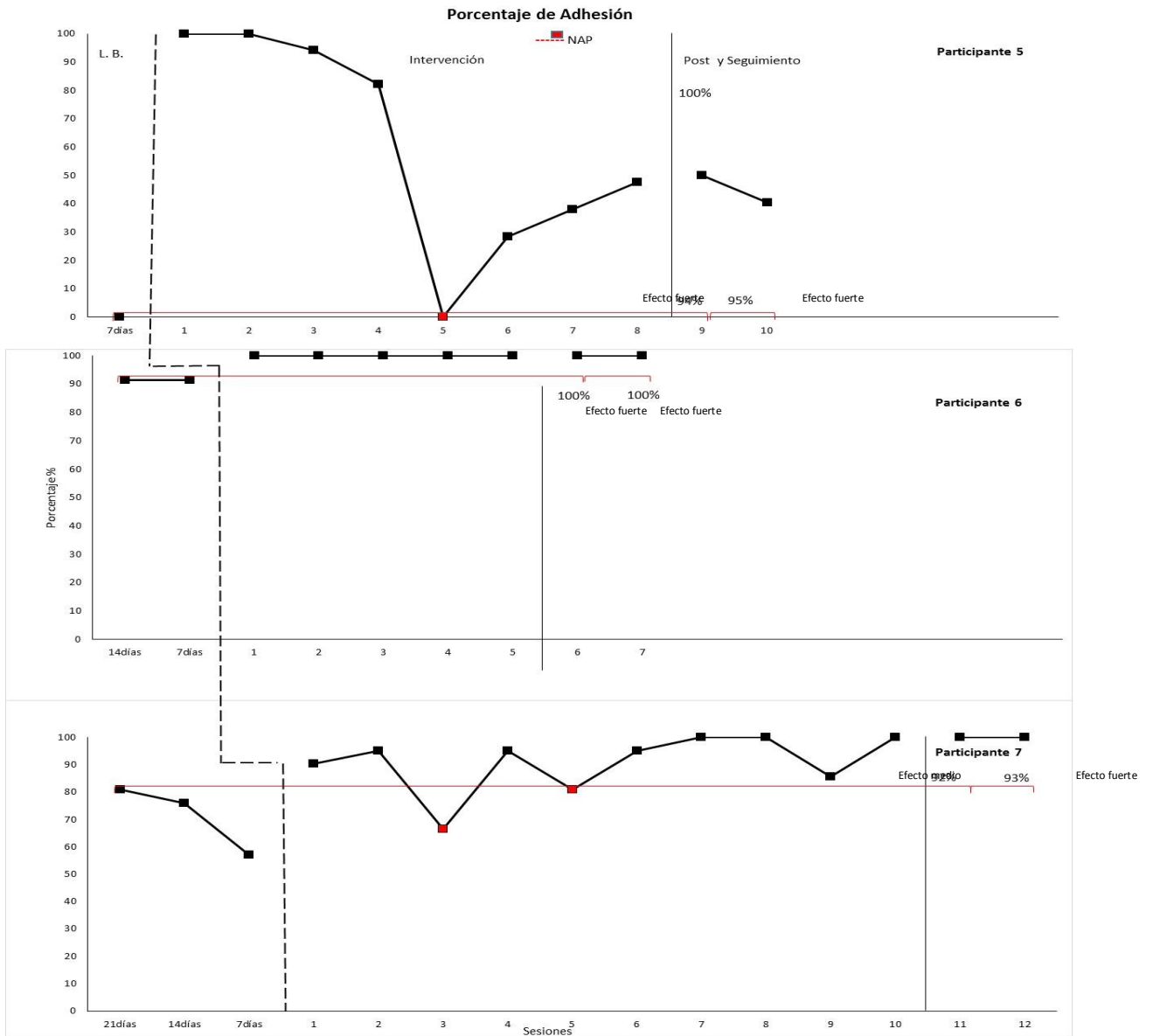


Figura 34. Línea Base Múltiple no concurrente (7, 14 y 21 días) de los Porcentajes de Adhesión semanal a los antirretrovirales en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

Resultados obtenidos en Afrontamiento, Apoyo social y Adhesión

Afrontamiento evitativo

Los participantes cinco y seis mostraron puntuaciones bajas de afrontamiento evitativo en la LB, mientras que el participante siete sí mostró altos puntajes. Después de la intervención y durante el seguimiento, sólo el participante siete logró disminuir sus puntajes. Los participantes cinco y seis los aumentaron, sin embargo sus puntajes seguían manteniéndose bajos (Ver Figura 35 y Tabla 40).

Tabla 40.

Puntajes obtenidos el factor de Afrontamiento evitativo durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

	LB	POST	SEG
Participante 5	18	23	20
Participante 6	18	16	20
Participante 7	33	14	14

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

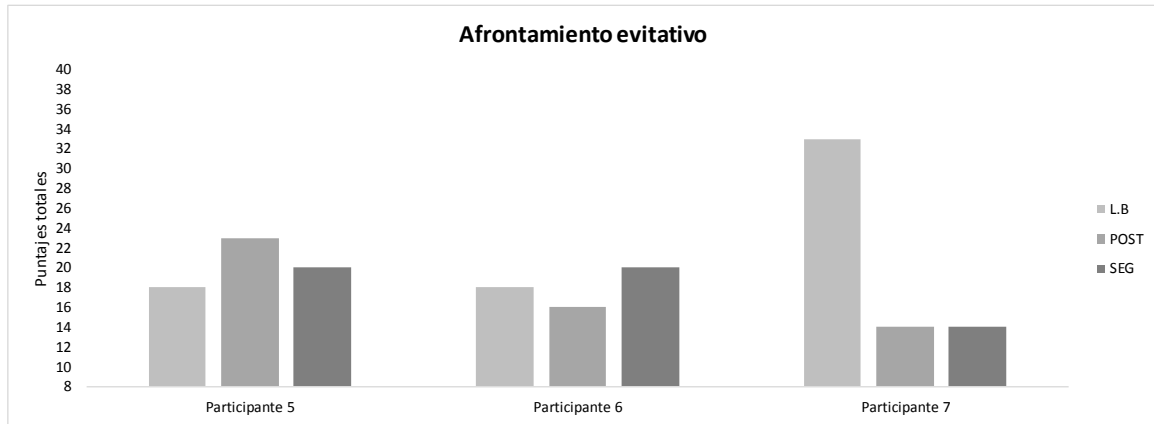


Figura 35. Puntajes obtenidos en el factor de Afrontamiento durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

Apoyo social Informativo-Afectivo

Los participantes seis y siete mostraron adecuados puntajes de apoyo social antes de la intervención; después del tratamiento y en el seguimiento, se observó un aumento en los

puntajes de los tres participantes (Ver Figura 36 y Tabla 41).

Tabla 41.

Puntajes obtenidos el factor de Apoyo social durante la Línea Base, la post evaluación y el Seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

	LB	POST	SEG
Participante 5	26	30	35
Participante 6	65	65	60
Participante 7	39	53	53

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

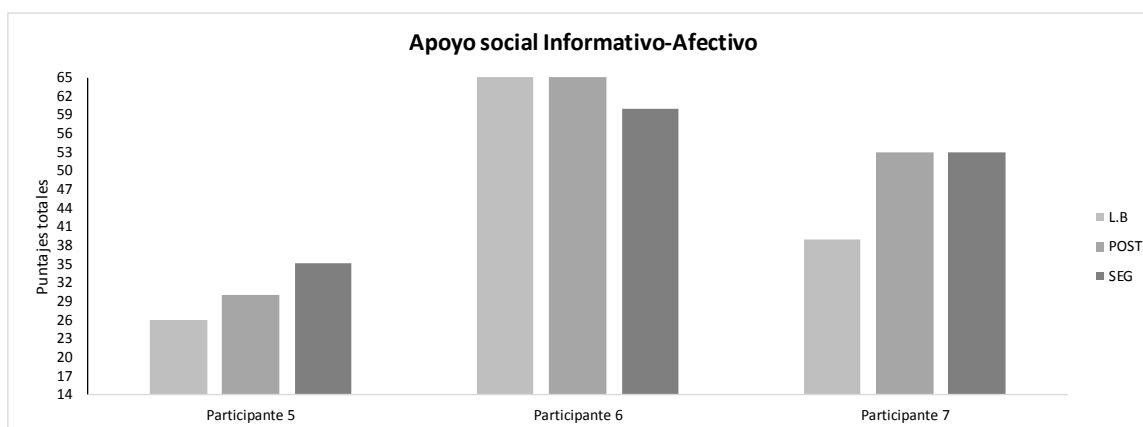


Figura 36. Puntajes obtenidos en el factor de Apoyo social durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

CEAT-Facilidad percibida para seguir el tratamiento

Sólo el participante dos percibía que era fácil seguir el tratamiento en la LB; después de la intervención y en el seguimiento, los participantes seis y siete aumentaron su percepción sobre la toma del medicamento; y el participante cinco disminuyó aún más esta percepción (Ver Figura 37 y Tabla 42).

Tabla 42.

Puntajes obtenidos el factor de Adhesión durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

	LB	POST	SEG
Participante 5	8	6	6
Participante 6	17	15	19
Participante 7	10	18	18

LB: Línea Base; POST: Post evaluación; SEG: Seguimiento.

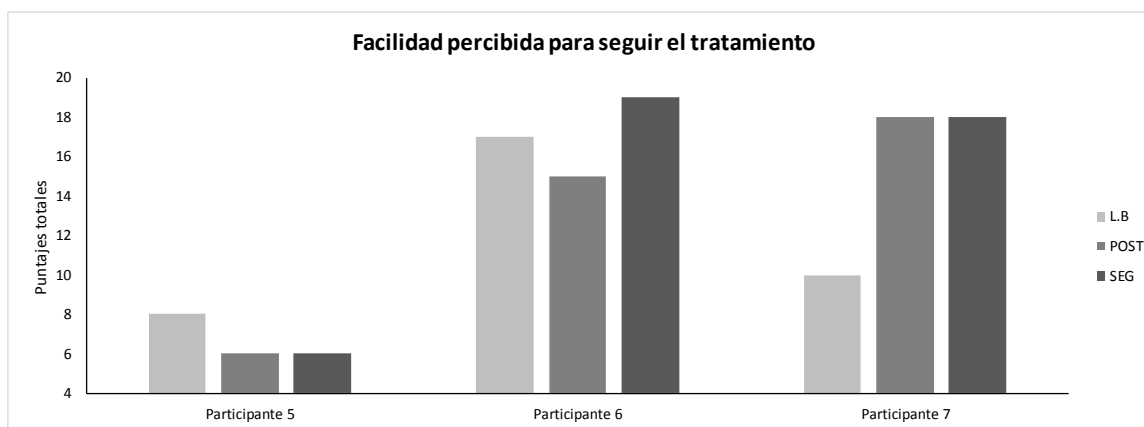


Figura 37. Puntajes obtenidos en el factor de Adhesión durante la Línea Base, la post evaluación y el seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

Carga Viral y Conteo de CD4

Al igual que los pacientes con sintomatología ansiosa, dos participantes con sintomatología depresiva (seis y siete) mostraron indetectabilidad durante la LB a pesar de tener una adhesión a los antirretrovirales deficiente. De acuerdo con los resultados, la intervención tuvo un efecto más heterogéneo con respecto a sus resultados de laboratorio; la paciente cinco disminuyó sus CD4 pero también disminuyó su CV; el participante seis disminuyó sus cd4 pero mantuvo su cv indetectable; y el paciente siete aumentó sus CD4 y se mantuvo indetectable Ver Tabla 43, Figura 38 y 39).

Tabla 43.

Conteo individual de células CD4 y Carga Viral reportadas en la LB y en el Seguimiento

	Línea Base		Seguimiento	
	CD4	CV	CD4	CV
Participante 5	67	223856	25	29498
Participante 6	400	40	341	40
Participante 7	386	40	538	40

CD4: Células CD4, CV: Carga Viral

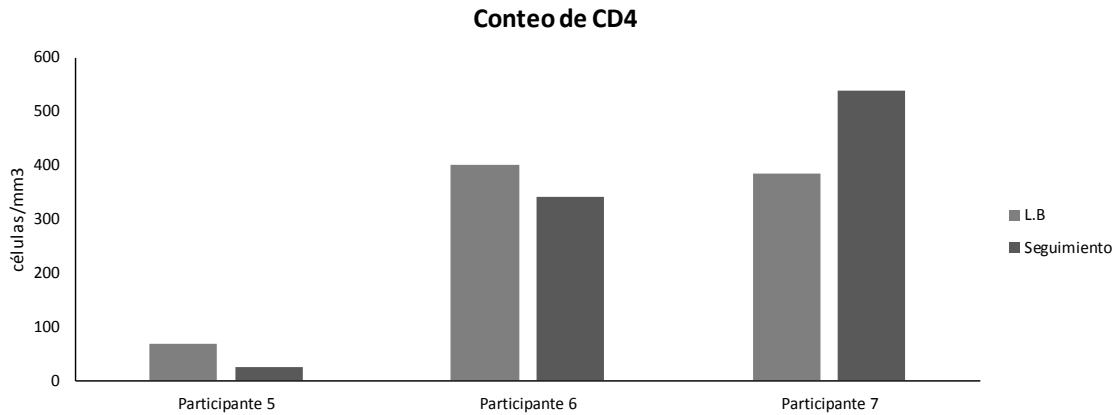


Figura 38. Conteo de células CD4 durante la LB y el Seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

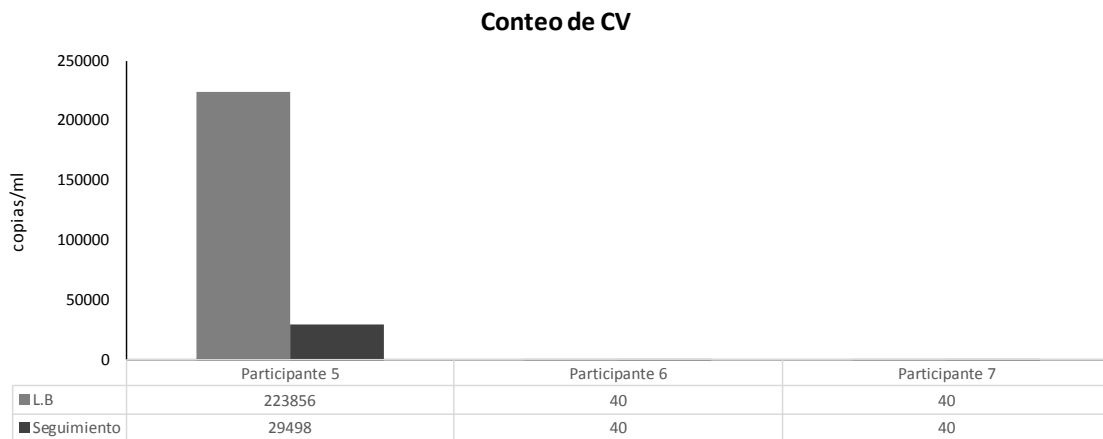


Figura 39. Conteo de células CD4 durante la LB y el Seguimiento en pacientes con sintomatología depresiva predominante.

Como se pudo observar, la intervención fue eficaz para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos y se obtuvieron tamaños de efecto medios y fuertes; sin embargo, los participantes con sintomatología depresiva predominantemente respondieron más rápidamente al tratamiento, logrando mantener puntajes bajos durante las primeras sesiones, mientras que los participantes con malestar ansioso tardaron más sesiones para mantener estables los puntajes de ansiedad y depresión.

Con respecto a la adhesión, hay una diferencia importante, pues la mayoría de los participantes con sintomatología ansiosa no recibían tratamiento antirretroviral al realizar la

evaluación de LB; mientras que en el otro grupo, sólo un paciente con sintomatología depresiva no lo recibía. La intervención logró aumentar los porcentajes de adhesión y mantenerlos en la mayoría de los participantes durante la post evaluación y el seguimiento. Es así, que debido a estos resultados los tamaños del efecto fueron medios y fuertes, aunque es necesario tomar en cuenta que los tamaños del efecto del grupo de ansiedad se vieron favorecidos por la falta de adhesión que se registró en la LB.

Al analizar los factores, se encontró que en ambos grupos se reportaron bajos niveles de afrontamiento evitativo en la LB; y después de la intervención se notó una inconsistencia en los resultados ya que en algunos pacientes este afrontamiento aumentó y en otros disminuyó, aun así, los puntajes en el post y en el seguimiento se mantuvieron bajos.

No hubo efectos importante en la variable de apoyo social (tanto para los pacientes con ansiedad, como para los pacientes con depresión), ya que la mayoría de los participantes reportó un buen apoyo social desde el inicio de la intervención, sin embargo, estos puntajes óptimos se mantuvieron durante el seguimiento.

Ni los pacientes con sintomatología ansiosa, ni los participantes con sintomatología depresiva percibían que fuera fácil seguir el tratamiento, no obstante, después de la intervención y durante el seguimiento la mayoría de los participantes cambió esta percepción y disminuyó la dificultad para tomar sus medicamentos.

En ambos grupos hubo una disminución en la CV, sin embargo en el grupo de participantes con ansiedad la mayoría de los participantes logró aumentar ligeramente su conteo de CD4.

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio dos del presente trabajo fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la ansiedad y depresión y su impacto en la adhesión terapéutica, afrontamiento, apoyo social, facilidad percibida para seguir el tratamiento y variables fisiológicas como CD4 y CV.

Partiendo de los resultados del primer estudio, donde el modelo de ecuaciones estructurales mostró que la sintomatología ansiosa y depresiva fue la principal responsable de la falta de adhesión a los antirretrovirales; se propuso una intervención cognitivo conductual dirigida a disminuir estos síntomas, y de esta manera impactar indirectamente la adhesión a los medicamentos.

En esta segunda fase del estudio, los resultados mostraron que los pacientes con sintomatología depresiva requirieron menos sesiones y mostraron una respuesta al tratamiento más rápida, que los pacientes con sintomatología ansiosa. Esto puede deberse a que los pacientes con sintomatología depresiva se sometían en las primeras sesiones a la técnica de activación conductual, la cual les forzaba a realizar actividades inmediatamente y de esta manera tener cambios comportamentales más rápidos; mientras que los pacientes con sintomatología ansiosa, se les brindaba primeramente técnicas de relajación las cuales necesitan de varias sesiones para su dominio.

Por otra parte, la intervención fue efectiva para disminuir los síntomas ansiosos y depresivos, y por consecuencia los participantes percibieron mayor facilidad para seguir el tratamiento antirretroviral. En la literatura no se han encontrado estudios en esta población que tengan por objetivo disminuir ambas sintomatologías en un mismo estudio, sin embargo sí se ha reportado el efecto de disminuir la depresión o ansiedad individualmente.

Es así que los resultados del estudio de Safren et al. (2009), coinciden con los de este estudio, al mostrar un impacto positivo sobre la adhesión a los medicamentos disminuyendo síntomas depresivos. Este efecto se debe a que al disminuir la depresión, las estrategias de concentración aumentan y para el paciente es más fácil recordar la toma de los medicamentos y se sienten más seguros y capaces para tomárselos (Rao et al., 2012).

Cabe resaltar que en este estudio, los pacientes depresivos reportaron mejores porcentajes de adhesión durante el tratamiento, este efecto es inusual en la literatura, no obstante se pudo observar que dos de los participantes que presentaban esta sintomatología eran relativamente jóvenes y los períodos de sintomatología que presentaban eran cortos y se relacionaban con problemáticas interpersonales y de trabajo, además se identificó que estos episodios se presentaban cuando los participantes habían reportado un abuso de alcohol o drogas, tal y como se ha encontrado en otros estudios (Memiah et al., 2013; Ngo et al., 2013; Wolff et al., 2010; Lee et al., 2011). No obstante, al brindarles estrategias para lidiar con estas problemáticas, los participantes se sentían más eficaces y retomaban la práctica con los medicamentos.

La otra participante que presentaba niveles altos de depresión era una mujer y de mayor edad, estas características de acuerdo con la literatura, representan un riesgo para mostrar síntomas depresivos (Song et al., 2013). Además, la participante tenía problemas financieros, culpa por la forma en que contrajeron el VIH y sentimientos de desesperanza principalmente (Memiah et al., 2013; Ngo et al., 2013; Wolff et al., 2010; Lee et al., 2011), los cuales también son factores que aumentan la probabilidad de generar síntomas depresivos. Sin embargo, la paciente tenía a su cargo a otros miembros de la familia (hijos y nietos), lo cual se ha visto que es un factor que motivaba a los participantes a continuar con el tratamiento para de esta formar, seguir apoyando a los que dependen de ella ya sea económicamente o emocionalmente.

Ahora bien, el efecto sobre la adhesión en intervenciones que han manejado los síntomas ansiosos o de estrés es incierto (Antoni et al., 2006; Carrico et al., 2006) ya que las intervenciones realizadas en estos estudios no se enfocan sólo en disminuir esta sintomatología, también abarcan otras emociones y habilidades a desarrollar en los pacientes, por lo tanto es difícil reconocer el peso que tiene el modificar solo la sintomatología ansiosa.

En este estudio, sin embargo, se diseñó una intervención dirigida específicamente a disminuir esta sintomatología en pacientes ansiosos y esto tuvo un impacto positivo sobre la adhesión. La ansiedad fue una variable importante en este estudio, con respecto a la adhesión, ya que los pacientes que tenían sintomatología ansiosa elevada fueron menos adherentes al tratamiento antirretroviral. En la literatura se ha visto que tanto el diagnóstico, como los efectos colaterales y la discriminación son factores que suelen generar ansiedad (O' Cleirigh,

2008; Shacham et al., 2012;) en nuestro estudio al igual que lo propuesto por la literatura, los participantes más ansiosos reportaron que el diagnóstico había sido un evento difícil de enfrentar, algunos habían sido discriminados por amigos y familiares; y el tratamiento antirretroviral les provoca intensos efectos secundarios.

Nogueira et al. (2010), mencionan que otro factor importante relacionado con la ansiedad y la adhesión fue la condición socioeconómica, la cual no fue satisfactoria en la mayoría de los casos y fue un obstáculo para acudir a las citas médicas, psicológicas y para recoger el medicamento, además de que los pacientes recorrían largas distancias para llegar al hospital y en ocasiones tenían que tomar diversos transportes para trasladarse. Dos de los participantes no tenían un trabajo estable y generaban pocos ingresos económicos y esto dificultaba que pudieran asistir contantemente al hospital por sus citas y medicamentos.

Por último, encontramos que para uno de nuestros participantes haber adquirido el VIH por medio de transmisión vertical fue un desencadenante para mantener niveles de ansiedad elevados, sobre todo porque como lo mencionan Lee, Chhabra, y Oberdorfer (2011), los pacientes jóvenes con esta condición se enfrentan a diversos estresores debido a que la enfermedad está presente a lo largo de su vida, como la toma de medicamentos constante, de tal manera que hay un momento en el que perciben que ya lo han tomado por demasiado tiempo y es molesto seguir tomándolo porque los efectos son adversos e interfieren con sus actividades diarias y de entretenimiento comunes en esta etapa de su vida.

Los efectos de la adhesión a los antirretrovirales también tuvieron un impacto sobre el conteo de CD4 y la CV en este estudio a diferencia de otros, los participantes sí presentaban porcentajes menores del 95%, a pesar de que en algunos, esto no se reflejaba en la CV, esto pudo haber reforzado la percepción de poca gravedad de la enfermedad por parte de los pacientes ya que no presentaban un deterioro físico visible, lo cual a su vez reforzaba las conductas no adherentes (Campero et al., 2007; Herrera et al. 2008).; por otro lado, el conteo de CD4 fue menor a 400 células lo cual también puede ser atribuible a la falta de adhesión.

Seis meses después de haber concluido con la intervención, se observó que la mayoría de los participantes disminuyeron su CV, aunque sólo cuatro lograron ser indetectables, estos resultados coinciden con los de Safren et al. (2009) quienes también reportaron un aumento en la adhesión a los medicamentos reflejándose en la disminución de la CV de los participantes;

además de esto, también se observó que cuatro participantes aumentaron sus CD4, lo cual resulta interesante, ya que este efecto es poco observado en los estudios.

Con respecto al afrontamiento evitativo, encontramos que los participantes no presentaban puntajes altos en este factor, lo cual nos sugiere que ellos no evitaban la enfermedad. Es por esto que la intervención no mostró un efecto importante en este factor, aun así los puntajes bajos de los participantes se lograron mantener durante el post y el seguimiento.

Lo que sí se logró identificar es que estos participantes evitaban las consultas médicas debido en gran parte a la falta de comunicación con el equipo médico, el cual magnificaba sus errores y reforzaban poco sus logros, esta condición propiciaba a que los participantes evitaran estas situaciones y que no fueran constantes en la toma de sus medicamentos. Es por eso que se considera que en futuras investigaciones se retomen estrategias de comunicación efectiva entre médicos y pacientes.

Se observó también que, algunos hombres de este estudio empleaban estrategias de distracción y consumo de alcohol o de sustancias ilícitas para lidiar con los problemas, mientras que las mujeres buscaban más el apoyo social, el asesoramiento, el ejercicio, para lidiar con sus problemáticas, este hallazgo concuerda con lo descrito por Vosvick et al. (2010), y esto se debe principalmente a los roles culturales que se adjudican tanto hombre como mujeres; los hombres de este estudio además eran jóvenes y la ingesta del alcohol y de sustancias ilícitas formaba parte de su diversión y de su círculo social. Mientras que las mujeres eran mayores en edad que los hombres y tenían responsabilidades con su familia principalmente, es por eso que la búsqueda de apoyo era indispensable.

Por otra parte, la intervención sí mostró un efecto sobre el apoyo social, aunque hay que considerar que la mayoría tenía buenas redes de apoyo. Al igual que en algunas investigaciones se logró identificar que hubo quienes prefirieron no revelar su diagnóstico ante familiares o amigos para evitar cuestionamientos sobre la enfermedad y la toma de medicamentos (Power et al., 2003; Stirratt et al. 2006; Vervoot et al., 2009; Ware et al., 2006), en estos casos las redes sociales se mantenían pero no eran útiles para aumentar la adhesión a los antirretrovirales. Por otro lado, aquellos que recibieron apoyo por parte de sus parejas sí mostraron un beneficio en la adhesión, pues les recordaban la importancia de tomar el

medicamento continuamente y las apoyaban en diferentes áreas de su vida. Esta cercanía con la pareja involucra confianza y cooperación (Birbeck et al. 2009; Davies et al. 2006; Kumarasamy et al., 2005; Power et al. 2003).

Otro apoyo que resultó fundamental pero que no se trabajó suficiente fue el brindado por el equipo de salud, principalmente con el médico; a pesar de que los participantes ya tenían varios años de historia con la infección, poseían información poco clara sobre cómo el virus atacaba a su organismo, cómo los ayudaba el tratamiento antirretroviral, las ventajas de la adhesión y sobre todo las consecuencias la falta de adhesión. Esto por lo tanto generaba incertidumbre con respecto a la enfermedad y al tratamiento, esta premisa es consistente con lo encontrado en otro estudio mexicano donde mencionan que la comunicación con los médicos es deficiente, ya que los médicos se enfocan en exigirles la adhesión a los tratamientos sin explicarles suficiente o asegurar la comprensión acerca de qué sucede en el cuerpo cuando toman o no los antirretrovirales y las consecuencias de una mala adhesión (Herrera et al., 2008).

Es por eso que se requiere reforzar esta interacción y brindar información más detallada sobre la enfermedad y el tratamiento, para que el paciente sea mayormente capaz de seguir las indicaciones del médico (Song et al., 2013).

Al igual que en otros estudios, esta investigación tuvo algunas limitaciones que deben ser consideradas, primero, los síntomas depresivos y ansiosos fluctuaron de manera conjunta lo cual podría estar hablando de un trastorno mixto, esto es importante tanto para su evaluación como para su tratamiento; segundo, a pesar de que hubo un efecto positivo sobre la adhesión, los CD4 y la CV, sería conveniente evaluar longitudinalmente para verificar si este efecto se mantiene al paso del tiempo; tercero, la intervención no tuvo un efecto significativo sobre la disminución del afrontamiento evitativo y el apoyo social, lo cual sugiere que es conveniente fortalecer estos módulos, ya sea integrando mayor número de estrategias orientadas al problema e involucrar a los cuidadores primarios de los participantes para fortalecer sus redes sociales.

En esta misma línea, los participantes mencionaron que el apoyo que brinda el equipo médico era relevante, por lo cual creemos que optimizar esta interacción mejoraría la información y la motivación de los participantes para adherirse a los tratamientos. Por último,

es importante resaltar que la mayoría de los pacientes ya habían fallado a varios esquemas anteriormente e inclusive eran poco adherentes a las citas médicas y psicológicas, es recomendable plantear intervenciones más específicas para estos pacientes para tener un mayor impacto virológico.

En conclusión, las intervenciones de este estudio dirigidas a disminuir los síntomas depresivos o ansiosos fueron eficaces para aumentar la adhesión a los antirretrovirales y su efecto se vio reflejado tanto en la disminución de la CV como en el aumento de CD4.

REFERENCIAS

- Abramowitz, S., Koenig, L. J., Chandwani, S., Orban, L., Stein, R., LaGrange, R. et al. (2009). Characterizing Social Support: Global and Specific Social Support Experiences of HIV-Infected Youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 23 (5), 323-330. doi: 10.1089/apc.2008.0194.
- Agudelo, D., Buena-Casal, G. & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y Depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-41.
- Alfonso, V., Geller, J., Bermbach, N., Drummond, A. & Montaner, J. S. (2006). Becoming a "Treatment Success": What Helps and What Hinders Patients from Achieving and Sustaining Undetectable Viral Loads. *AIDS Patient Care and STDs*, 20 (5), 326-334. doi:10.1089/apc.2006.20.326.
- Amico, K. R., Barta, W., Konkle-Parker, D. J., Fisher, J. D., Cornman, D. H., Shuper, P. A., et al. (2009). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of ART Adherence in a Deep South HIV+ Clinic Sample. *AIDS and Behavior*, 13, 66-75. doi:10.1007/s10461-007-9311-y
- Antoni, M. H., Carrico, A. W., Durán, R. E., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G. et al. (2006). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Stress Management on Human Immunodeficiency Virus Viral Load in Gay Men Treated With Highly Active Antiretroviral Therapy. *Psychosomatic Medicine*, 68, 143-151. doi: 10.1097/01.psy.0000195749.60049.63
- Arbuckle, J. L. (2011). IBM SPSS Amos 20 User's Guide. [Software de cómputo] Chicago, IL: IBM.
- Bajunirwea, F., Tischb, D. J., Kingb, C. H., Artsc, E. J., Debanneb, S. M. & Sethib, A. (2009). Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. *AIDS Care*, 21 (3), 271-279. doi: 10.1080/09540120802241863
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G. A., Angel, J. B., MacPherson, P. A. et al. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-838. doi: 10.1080/09540120500466820

- Banco Mundial. (2014). Cobertura del tratamiento antirretroviral (% de las personas que viven con el VIH). Recuperado el 5 de Octubre de 2015 de:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.HIV.ARTC.ZS>
- Bangsberg, D. R., Perry, S., Charlebois, E. D., Clark, R. A., Roberston, M., Zolopa, A. R. et al. (2001). Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*, 15 (19), 1181–1183.
- Bayón, C., Ribera, E., Cabrero, E., Griffa, L. & Burgos, A. (2012). Prevalence of Depressive and Other Central Nervous System Symptoms in HIV-Infected Patients Treated with HAART in Spain. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 11 (5), 321-328. doi: 10.1177/1545109712448217
- Birbeck, G. L., Chomba, E., Kvalsund, M., Bradbury, R., Mangombe, C., Malama et al.(2009). Antiretroviral Adherence in Rural Zambia: The First Year of Treatment Availability. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 80 (4), 669–674.
- Campero, L., Herrera, C., Kendall, T. & Caballero, M. (2007). Bridging the Gap Between Antiretroviral Access and Adherence in Mexico. *Qualitative Health Research Journal*, 17 (2), 599-611. doi: 10.1177/1049732307301335
- Carrico, A. W., Antoni, M. H., Durán, R. E., Ironson, G., Penedo, F., Fletcher, M. A. et al. (2006). Reductions in Depressed Mood and Denial Coping During Cognitive Behavioral Stress Management With HIV-Positive Gay Men Treated With HAART. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 155–164.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G. & Mc Auliffe, T.L. (2000). Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology*, 19 (2), 124-133. doi: 10.1037/0278-6133.19.2.124
- Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida. (2014). Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. México 2014. Recuperado el 31 de Agosto de 2015 de: <http://www.gob.mx/salud/documentos/informe-nacional-de-avances-en-la-respuesta-al-vih-y-el-sida-mexico-2014>

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida. (2015).

<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/transparencia/monitoreoyseguimientopvishida.html>

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida y Secretaría de Salud. (2014).

Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Recuperado el 6 de Octubre de 2015 de:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf

Chen, W. T., Shiu, C. S., Yang, J. P., Simoni, J. M., Fredriksen-Goldsen, K. I., Lee, T. S. et al.

(2013) Antiretroviral Therapy (ART) Side Effect Impacted on Quality of Life, and Depressive Symptomatology: A Mixed-Method Study. *Journal of AIDS Clinical Research*, 4, 1-16. doi: 10.4172/2155-6113.1000218

Chung, M. H., Richardson, B. A., Tapia, K., Benki-Nugent, S., Kiarie, J. N., Simoni, J.M. et al.

(2011). A Randomized Controlled Trial Comparing the Effects of Counseling and Alarm Device on HAART Adherence and Virologic Outcomes. *PLoS Medicine*, 8 (3), 1-11. doi: 10.1371/journal.pmed.1000422

Coffman, S., & Ray, M.A. (2002). African American Women describe support process during

high-risk pregnancy and postpartum. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31 (5), 536-544. doi: 10.1111/j.1552-6909.2002.tb00078.x

Cohen, M., Arad, S., Lorber, M. & Pollack, S. (2007). Psychological distress, life stressors, and

social support in new immigrants with HIV. *Behavioral Medicine*, 33 (2), 45-54. doi: 10.3200/BMED.33.2.45-54

Cruz, C. S., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. A. (2005) Datos sobre la validez y

confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28, 72-81.

Dahab, M., Charalambous, S., Hamilton, R., Fielding, K., Kielmann, K. Churchyard, G. J. &

Grant, A. D. (2008). "That is why I stopped the ART": Patients & providers' perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. *BMC Public Health*, 8 (63), 1-6. doi: 10.1186/1471-2458-8-63.

- Dal-Bó, M. J., Manoel, A. L., Beltram, A. O., Quatrin, B., Da Silva, T., Souza, Y., et al. (2013). Depressive Symptoms and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 2013 Jul 19. doi: 10.1177/2325957413494829
- Davies, G., Koenig, L. J., Stratford, D., Palmore, M., Bush, T., Golde, M. et al. (2006). Overview and implementation of an intervention to prevent adherence failure among HIV-infected adults initiating antiretroviral therapy: Lessons learned from Project HEART. *AIDS Care*, 18 (8), 895-903. doi: 10.1080/09540120500329556.
- De Bruin, M., Hospers, H. J., Van Breukelen, G., Kok, G., Koevoets, W. M. & Prins, J. M. (2010). Electronic Monitoring-Based Counseling to Enhance Adherence Among HIV-Infected Patients: A Randomized Controlled Trial. *Health Psychology*, 29 (4), 421-428. doi: 10.1037/a0020335.
- DeJoseph, J. F. Norbeck, J.S., Smith, R.T., & Miller, S. (1996). The development of a social support intervention among African American women. *Qualitative Health Research*, 6, 283-297. doi: 10.1177/104973239600600208
- Demas, P. A., Thea, D. M., Weedon, J., McWayne, J., Bamji, M., Lambert, G. et al. (2005). Adherence to Zidovudine for the Prevention of Perinatal Transmission in HIV-Infected Pregnant Women: The Impact of Social Network Factors, Side Effects, and Perceived Treatment Efficacy. *Women & Health*, 42 (1), 99-115. doi: 10.1300/J013v42n01_06
- DiIorio, C., McCarty, F., DePadilla, L., Resnicow, K., McDonnell, H. M., Yeager, K., et al. (2009). Adherence to Antiretroviral Medication Regimens: A Test of a Psychosocial Model. *AIDS and Behavior*, 13, 10-22. doi:10.1007/s10461-007-9318-4
- DiMatteo M. R., Lepper, H. S., Croghan, T. W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine Journal*, 160, 2101-2107. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101
- Dulmus, C. & Wodarski, J. (2002). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2 (4), 279-285. doi: 10.1093/brief-treatment/2.4.279

- D'Zurilla, T. J & Nezu, A. M. *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention* (2^a. Ed). Nueva York: Springer 1999.
- Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy. En David, D., Montgomery, G. H., Macavei, B. & Bovbjerg, D. H. (2005). An Empirical Investigation of Albert Ellis's Binary Model of Distress. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 499-516.
- Farley, J., Miller, E., Zamani, A., Tepper, V., Morris, C., Oyegunle, M. et al (2010). Screening for hazardous alcohol use and depressive symptomatology among HIV-infected patients in Nigeria: Prevalence, predictors, and association with adherence. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 9 (4), 218-226. doi: 10.1177/1545109710371133.
- Finocchiaro-Kessler, S., Catley, D., Berkley-Patton, J., Gerkovich, M., Williams, K., Banderas, J. et al. (2011) Baseline Predictors of Ninety Percent or Higher Antiretroviral Therapy Adherence in a Diverse Urban Sample: The Role of Patient Autonomy and Fatalistic Religious Beliefs. *AIDS Patient Care STDS*, 25 (2):103-11. doi: 10.1089/apc.2010.0319.
- Folkman et al. 1993. En Vosvick, M., Martin, L. A., Smith, N. G. & Jenkins, S. R. (2010). Gender Differences in HIV-Related Coping and Depression. *AIDS and Behavior*, 14 (2), 390-400. doi: 10.1007/s10461-008-9490-1
- Godin, G., Côté, J., Naccache, H., Lambert, L. D. & Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: A one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17 (4), 493 -504. doi: 10.1080/09540120412331291715
- Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C. & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2), 1-13. doi:10.1097/QAI.0b013e31822d490a.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Llabre, M. M., Duran, R. E., Antoni, M. H., Schneiderman, N., et al. (2007). Physical Symptoms, Beliefs About Medications, Negative Mood, and Long-Term HIV Medication Adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 34 (1), 46-55. doi: 10.1007/BF02879920

- González, M.T. & Piña, J. A (2011). Motivos, Apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10 (2), 399-409.
- González-Puente, J. A. (2006). Efectos de un programa de mejoramiento de calidad de vida en pacientes seropositivos al VIH/SIDA. *Episteme*, 8, 1-11.
- Greenberg, D. & Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona: Ed. Paidós
- Harvey, M. T., May, M. E. & Kennedy, C. H. (2004). Nonconcurrent Multiple Baseline Designs and the Evaluation of Educational Systems. *Journal of Behavioral Education*, 13 (4), 267-276. doi: 10.1023/B:JOB.0000044735.51022.5d
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., & Kendall, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 249-55. doi: 10.1590/S0034-89102008000200009
- Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S. & Wolery, M. (2005). The Use of Single-Subject Research to Identify Evidence-Based Practice in Special Education. *Council for Exceptional Children*, 71 (2), 165-179. doi: 10.1044/0161-1461(2009/08-0128).
- Hupcey, J. E. (2001). The meaning of social support for the critical ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 206-212. doi: 10.1054/iccn.2000.1568
- Ironson, G., Sfuetzle, R. & Fletcher, M. A. (2006). An Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 Years in People with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S62-68. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x
- Jankowski, S., Videka-Sherman, L., & Lanquidara-Dickinson, K. (1996). Social support networks of confidants to people with AIDS. *Social Work*, 41, 206-213. doi: 10.1093/sw/41.2.206
- Johnson, C.J., Heckman, T.G., Hansen, N.B., Kochman, A. & Sikkema, K. J. (2009). Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/ AIDS: A comparison of alternative model. *AIDS Care*, 21 (5), 541-551. doi: 10.1037/0022-006X.76.5.829

- Johnson, M.O., Elliott, T.R., Neilands, T.B., Morin, S.F., & Chesney, M.A. (2006). A Social Problem-Solving Model of Adherence to HIV Medications. *Health Psychology, 25* (3), 355-363. doi: 10.1037/0278-6133.25.3.355
- Johnson, M.O., Chesney, M.A., Morin, S.F. (2008) Internalized heterosexism among HIV-positive, gay-identified men: implications for HIV prevention and care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 829-39. doi: 10.1037/0022-006X.76.5.829
- Jones, D. L., McPherson-Baker, S., Lydston, D., Camille, J., Brondolo, E., Tobin, J.N. et al. (2007). Efficacy of a Group Medication Adherence Intervention Among HIV Positive Women: The SMART/EST Women's Project. *AIDS and Behavior, 11*, 79-86. doi: 10.1007/s10880-007-9056-9
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, I., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 21*, 26-31.
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*, 31-36.
- Kalichman, S. C., Cherry, C., Kalichman, M. O., Amaral, C. M., White, D., Pope, H. et al. (2011). Integrated Behavioral Intervention to Improve HIV/AIDS Treatment Adherence and Reduce HIV Transmission. *American Journal of Public Health, 101*(3), 531-538. doi: 10.2105/AJPH.2010.197608
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría* (8a. ed.). Madrid España: Editorial Panamericana.
- Katz, I. T., Ryu, A.E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R. et al. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society, 16* (2), 18640. doi:/10.7448/IAS.16.3.18640
- Kline, R. B. (2004). *Principles and practice of Structural Equation Modeling* (2a. ed., 3-19). New York: The Guilford Press.

- Kotliarenco, M. A., Gómez, E., Muñoz, M. M. & Aracena, M. (2010). The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes. *Revista de Salud pública*, 12 (2), 184-196. doi: 10.1590/S0124-00642010000200002
- Kumarasamy, N., Safren, S. A., Raminani, S. R., Pickard, R., James, R., Krishnan, A. S., et al. (2005). Barriers and Facilitators to Antiretroviral Medication Adherence Among Patients with HIV in Chennai, India: A Qualitative Study. *AIDS Patient Care and STDs*, 19 (8), 526-537. doi:10.1089/apc.2005.19.526
- Kunches, L. M., Hirschhorn, L. R., Reinhalter, N., Decristofara, J., Musolino, J., & Flatley, J. (2002). Clinical outcomes and care patterns in HIV patients with co-occurring mental health diagnoses. Resúmen recuperado de 130 th Annual Meeting of the American Public Health Association, abstract 39405.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, B., Chhabra, M. & Oberdorfer, P. (2011). Depression among Vertically HIV-Infected Adolescents in Northern Thailand. *Journal of the International Association Providers of AIDS Care*, 10 (2), 89-96. doi: 10.1177/1545109710397892.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. Treatment Manual. *Behavioral Modification*, 25, 255-286.
- Li, L., Sung-Jae, L., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C. & Rotheram-Borus, M. J. (2009) Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21 (8), 1007-1013. doi: 10.1080/09540120802614358
- Malta, M., Strathdee, S. A., Magnanini, M. M., & Bastos, F. I. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103 (8), 1242-1257. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02269.x.
- Martella, R., Nelson, J. R., & Marchand-Manella, N. (1999). *Research methods: Learning to become a critical research consumer*. Boston: Allyn & Bacon

- Martínez-Basurto, A. E., Sánchez-Román, S., Aguilar, V. E., Rodríguez, P. V. & Riveros, R. A. (2014). Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana De Medicina Conductual*, 4 (2), 93-101.
- Meade, C. S., Hansen, N. B., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2009). Utilization of medical treatments and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults with histories of childhood sexual abuse. *AIDS Patient Care STDS*, 23 (4), 259-266. doi: 10.1089/apc.2008.0210.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mellins, C. A., Havens, J. F., McDonnell, C., Lichtenstein, C., Uldall, K., Chesney, M., et al. (2009). Adherence to antiretroviral medications and medical care in HIV-infected adults diagnosed with mental and substance abuse disorders. *AIDS Care*, 21 (2), 168 -177. doi: 10.1080/09540120802001705
- Memiah, P., Shumba, C., Etienne-Mesubi, M., Agbor, S., Hossain, M. B., Komba, P. et al. (2013). The Effect of Depressive Symptoms and CD4 Count on Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan Africa. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 13 (4), 346-52. doi: 10.1177/2325957413503368
- Méndez, F.X.; Olivares, J. & Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Milam, J., Richardson, J. L., McCutchan, A., Stoyanoff, S., Weiss, J., Kemper, C. et al. (2005). Effect of a Brief Antiretroviral Adherence Intervention Delivered by HIV Care Providers. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40 (3), 356-363. doi: 10.1097/01.qai.0000159710.98960.81
- Miller, I. W., Bishop, D. S., Herman, D. S. & Stein, M. D. (2007). Relationship quality among HIV patients and their caregivers. *AIDS Care*, 19 (2), 203-211. doi: 10.1080/09540120600624278

- Molassiotis, A., Nahas-Lopez, V., Chung, W.Y., Lam, S.W., Li, C.K., & Lau, T.F. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD & AIDS*, 13 (5), 301-310. doi: 10.1258/0956462021925117
- Moreno, P. (2010). 5 claves para eliminar las crisis de ansiedad y la agorafobia. Recuperado el 5 de Diciembre de 2012 de: <http://www.clinicamoreno.com/5-claves-crisis-ansiedad.pdf>
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Hoffman, D. & Steers, W.N. (2004). Predictors of antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 16, 471-484. doi: 10.1080/09540120410001683402
- Muñoz, R. F, Aguilar-Gaxiola, S. & Guzmán, J. (2000). *Manual de Terapia Individual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de Depresión*. Santa Monica CA: RAND.
- Ngo, V. K., Wagner, G. J., Huynh, A., Ryan G. & Musisi, S. (2013). A Qualitative Analysis of the Effects of Depression and Antidepressants on Physical and Work Functioning among Antiretroviral Therapy Clients in Uganda. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 12 (6), 414-422. doi: 10.1177/2325957412471992.
- Nogueira, L., Crosland, M. D. & Remien, R. H. (2010). Anxiety and depression symptoms as risk factors for nonadherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS Behavior*, 14 (2), 289-299. doi:10.1007/s10461-008-9435-8.
- O'Cleirigh, C., Hart, T.A. & Carolyn, A. J. (2008). HIV and Anxiety. En: Zvolensky, M. J. & Smits, J. A. (eds.). *Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness*. New York: Springer New York.
- Olisah, V. O., Baiyewu, O. & Sheikh, T. L. (2010). Adherence to highly active antiretroviral therapy in depressed patients with HIV/AIDS attending a Nigerian university teaching hospital clinic. *African Journal of Psychiatry*, 13, 275-279. doi: 10.4314/ajpsy.v13i4.61876
- Organización Mundial de la Salud. (2014). VIH/SIDA. Recuperado el 15 de Marzo de 2014 de: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Parker, R. I. & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367. doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006

- Pence, B. W. (2009). The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 63, 636-640. doi:10.1093/jac/dkp006
- Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Davis, C., Dahn, J., Antoni, M. H., Ironson, G. et al. (2003). Coping and psychological distress among symptomatic HIV+ men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 25 (3), 203-213. doi: 10.1207/S15324796ABM2503_06
- Pérez, S., Cayón, M. & Esquitino, B. (2003). Historia natural y clasificación de la infección por el vih-1 en el adulto. pp. 85-93. *La Infección por el VIH. Guía Práctica* (2a. ed., 85-93) Sevilla: Gráficas Monterreina S. A.
- Perry, S. & Karasic, D. (2002). Depression, adherence to HAART, and survival. *Focus*. 17 (9), 5-6.
- Piña, J. A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J., Togawa, C. & Cázares, R. C. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (6), 377-383. doi: 10.1590/S1020-49892008000600002
- Piña, J. A., & González, M. T. (2010). Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1 (2), 185-206.
- Piña-López, J. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 399-407.
- Power, R., Koopman, C., Volk, J., Israelski, D. M., Stone, L., Chesney, M. A. et al. (2003). Social Support, Substance Use, and Denial in Relationship to Antiretroviral Treatment Adherence among HIV-Infected Persons. *AIDS Patient Care and STDs*, 17 (5), 245-252. doi:10.1089/108729103321655890
- Pradier, C., Bentz, L., Spire, B., Tourette-Turgis, C., Morin, M., Souville, M. et al. (2003). Efficacy of an Educational and Counseling Intervention on Adherence to Highly Active

Antiretroviral Therapy: French Prospective Controlled Study. *HIV Clinical Trials*, 4 (2), 121-131. doi: 10.1310/BRBV-3941-H1PP-NDRY

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2006). Información Básica sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 12 de marzo de 2011 de:
<http://www.onusida.org.co/CARTILLA%20VIH%20SIDA.pdf>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2014). Global Report. UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2013. Recuperado el 23 de Abril de 2015 de:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2014_en.pdf

Pujol, E., Rivero, R. A., Cuesta, F. & Vician, P. (2003). Principios generales del tratamiento antirretroviral. En Pachón, D. J., Pujol, E. y Rivero, R. A. (Eds). *La Infección por el VIH. Guía Práctica*. Andalucía: Gráficas Monterreina S.A.

Reif, S., Proeschold-Bell, R. J., Yao, J., LeGrand, S., Uehara, A., Asiimwe, E. et al. (2013). Three types of self-efficacy associated with medication adherence in patients with co-occurring HIV and substance use disorders, but only when mood disorders are present. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 229-237. doi: 10.2147/JMDH.S44204

Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Simoni, J. M., Kitahata, M. M et al. (2012). Structural Equation Model of HIV-Related Stigma, Depressive Symptoms, and Medication Adherence. *AIDS Behavior*, 16, 711-716. doi 10.1007/s10461-011-9915-0.

Remien, R. H., Bastos, F. I., Jnr, V.T., Raxach, J. C., Pinto, R.M., Parker, R. G., et al. (2007). Adherence to antiretroviral therapy in a context of universal access, in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care*, 19 (6):740-748. doi: 10.1080/09540120600842516

Remien, R. H., Exner, T. M., Kertzner, R. M., Ehrhardt, A. A., Rotheram-Borus, M. J., Johnson, M. O., et al. (2006). Depressive symptomatology among HIV-positive women in the era of HAART: a stress and coping model. *American Journal of Community Psychology*, 38 (3-4), 275-285. doi: 10.1007/s10464-006-9083-y

- Remien, R. H., Stirratt, M. J., Dolezal, C., Dognin, J. S., Wagner, G. J., Carballo-Dieguez, A. et al. (2005). Couple-focused support to improve HIV medication adherence: a randomized controlled trial. *AIDS*, 19, 807-814.
- Remor, E. A. (2001). Infección por VIH y SIDA: Características psicológicas y adhesión al tratamiento. Disertación doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.
- Remor, E. (2002b). Apoyo Social y calidad de vida en la infección por VIH. *Atención Primaria*, 30, 143- 149. doi: 10.1016/S0212-6567(02)78993-2
- Remor, E. (2003). Intervención del psicólogo en una unidad de tratamiento de pacientes con infección por VIH y SIDA. En: Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (309-340). España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Remor, E. (2006). Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Estudio Internacional. *Revista Humanitas*, 3, 80-81.
- Remor, E., Ballester R., Espada J. P., Gordillo, M. V. & Álvarez-Valdés. (2008). La investigación e intervención psicológicas en el ámbito de la infección por VIH en España: una revisión. En: Piña, J. L., Sánchez-Sosa, J. J. (Eds). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH. Investigación e intervención*. (1a. ed., pp. 185-216). México: Plaza y Valdez Editores.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Royal, S. W., Kidder, D. P., Patrabansh, S., Wolitski, R. J., Holtgrave, D. R., Aidala, A., Pals, S. & Stall, R. (2009). Factors associated with adherence to highly active antiretroviral therapy in homeless or unstably housed adults living with HIV. *AIDS Care*, 21 (4), 448-455. doi:10.1080/09540120802270250

- Sabin, L. L., De Silva, M. B., Hamer, D. H., Xu, K., Zhang, J., Li, T. et al. (2010). Using electronic drug monitor feedback to improve adherence to antiretroviral therapy among HIV-Positive patients in China. *AIDS and Behavior*, 14, 580-589. doi: 10.1007/s10461-009-9615-1
- Safren, S. A., Otto, M. W. & Worth, J. (1999). Life-Steps: Applying cognitive-behavioral therapy to patient adherence to HIV medication treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 332-341. doi: 10.1016/S1077-7229(99)80052-2
- Safren, S., O' Cleirigh, C., Tan, J., Raminani, S., Reilly, L., Otto, M. et al. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV- infected individuals. *Health Psychology*, 28 (1), 1-10. doi: 10.1037/a0012715
- Sampaio-Sa, M., Page-Shafer, K., Bangsberg, D. R., Evans, J., Dourado, M. L., Teixeira, C. et al. (2008). 100% Adherence Study: Educational Workshops vs. Video Sessions to Improve Adherence Among ART-Naïve Patients in Salvador, Brazil. *AIDS and Behavior*, 12, S54-S62. doi: 10.1007/s10461-008-9414-0
- Sánchez, M., Rice, E., Stein, J., Milburn, N. G. & Rotheram-Borus, M. J. (2010). Acculturation, Coping Styles, and Health Risk Behaviors Among HIV Positive Latinas. *AIDS and Behavior*, 14 (2), 401-409. doi: 10.1007/s10461-009-9618-y
- Sandelowski, M., Voils, C. I., Chang, Y. & Lee, E. J. (2009). A systematic review comparing antiretroviral adherence descriptive and intervention studies conducted in the USA. *AIDS Care*, 21 (8), 953-966. doi: 10.1080/09540120802626212
- Secretaría de salud. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA. Recuperado el 5 de Mayo de 2014 de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf
- Shacham, E., Morgan, J., Önen, N. F., Taniguchi, T. & Overton, E. T. (2012). Screening Anxiety in the HIV Clinic. *AIDS Behavior*, 16 (8), 2407-2413. doi:10.1007/s10461-012-0238-6.
- Shavelson, R. & Towne, L. (2002). *Scientific research in education*. Washington, DC: National Academy Press.

- Simoni, J. M., Frick, P. A. & Huang, B. (2006). A Longitudinal Evaluation of a Social Support Model of Medication Adherence Among HIV-Positive Men and Women on Antiretroviral Therapy. *Health Psychology, 25* (1), 74–81. doi:10.1037/0278-6133.25.1.74
- Simoni, J. M., Pantalone, D. W., Plummer, M. D & Huang, B. (2007). A Randomized Controlled Trial of a Peer Support Intervention Targeting Antiretroviral Medication Adherence and Depressive Symptomatology in HIV-Positive Men and Women. *Health Psychology, 26* (4), 488–495. doi: 10.1037/0278-6133.26.4.488
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA (2014). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al cierre de 2014. Recuperado el 5 de Octubre de 2015 de:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2014.pdf
- Södergard, B., Halvarsson, M., Tully, M. P., Mindouri, S., Nordström, M. L., Lindbäck, S., et al. (2006). Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 31*, 605–616. doi: 10.1111/j.1365-2710.2006.00782.x
- Song, J. Y., Lee, J. S., Seo, Y. B., Kim, I. S., Noh, J. Y., Baek, J. H., et al. (2013). Depression Among HIV-infected Patients in Korea: Assessment of Clinical Significance and Risk Factors. *Infect Chemother, 45* (2), 211-216. doi.org/10.3947/ic.2013.45.2.211
- Stirratt, M. J., Remien, R. H., Smith, A., Copeland, O. Q., Dolezal, C. & Krieger, D. (2006). The Role of HIV Serostatus Disclosure in Antiretroviral Medication Adherence. *AIDS and Behavior, 10*, 483–493. doi: 10.1007/s10461-006-9106-6
- Stoudemire, A., Fogel, B. S. & Greenberg, D. B. (2000). *Psychiatric Care of the Medical Patient* (2a ed.) Oxford: Editorial Oxford University Press.
- Tichon, J. G., & Shapiro, M. (2003). With a little help from my friends: Children, the internet and social support. *Journal of Technology in Human Services, 21*, 73-92. doi: 10.1300/J017v21n04_05
- Tucker, J. S., Burnam, M. A., Sherbourne, C. D., Fuan-Yue, K. & Gifford, A. L. (2002). Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral

- medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Medicine*, 114, 573–580. doi: 10.1016/S0002-9343(03)00093-7
- Tuldrà, A., Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Bayés, R., Arnó, A., Balagué, M. et al. (2000). Prospective Randomized Two-Arm Controlled Study To Determine the Efficacy of a Specific Intervention To Improve Long-Term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25, 221–228.
doi: 0.1097/00126334-200011010-00003
- Vervoort, S. C., Grypdonckb, M. H., Grauwec, A., Hoepelmana, A. I & Borleffsd, J. C. (2009). Adherence to HAART: processes explaining adherence behavior in acceptors and non-acceptors. *AIDS Care*, 21 (4), 431-438. doi: 10.1080/09540120802290381
- Vosvick, M., Martin, L. A., Smith, N. G. & Jenkins, S. R. (2010). Gender Differences in HIV-Related Coping and Depression. *AIDS and Behavior*, 14 (2), 390-400.
doi: 10.1007/s10461-008-9490-1
- Ware, N.C., Wyatt, M. A. & Tugenberg, T. (2006). Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 18 (8), 904-910. doi: 10.1080/09540120500330554
- Watson, D., & Tellegen, A. (1999). Issues in the dimensional structure of affect – Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll. *Psychological Bulletin*, 5, 601– 610. doi: 10.1037/0033-2909.125.5.601
- Weaver, K. E., Llabre, M. M., Durán, R. E., Antoni, M. H., Ironson, G., Penedo, F. J. et al. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV+ men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology*, 24, 385–392.
doi: 10.1037/0278-6133.24.4.385
- Whetten, K., Shirey, K., Pence, B.W., Yao, J., Thielman, N., et al. (2013) Trauma History and Depression Predict Incomplete Adherence to Antiretroviral Therapies in a Low Income Country. *PLoS ONE*, 8 (10). doi:10.1371/journal.pone.0074771
- Williams, A. B., Fennie, K. P., Bova, C. A., Burgess, J. D., Danvers, K. A. & Dieckhaus, K. D. (2006). Home Visits to Improve Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: A

- Randomized Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42 (3), 314-321. doi: 10.1097/01.qai.0000221681.60187.88
- Wolff, L. C., Alvarado M. R. & Wolff R. M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27 (1), 65-74. doi: /S0716-10182010000100011
- Wouters, E., Loon, F., Rensburg, D. & Meulemans, H. (2009). Community Support and Disclosure of HIV Serostatus to Family Members by Public-Sector Antiretroviral Treatment Patients in the Free State Province of South Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 23 (5), 357-364. doi: 10.1089/apc.2008.0201
- Znoj, H., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, R., Christen, L., Christen, S. et al. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive-behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 203-213. doi: 10.1080/10503300903246663

ANEXOS

ANEXO 1 Psicoeducación VIH

¿Qué es VIH?

- Virus de Inmunodeficiencia Humana
- “Inmuno” se refiere al Sistema Inmunológico
- “deficiencia” significa falta de

- Un virus que ataca el sistema inmune
- El virus ataca a las células CD4 (ayudan a que el cuerpo pelee contra las infecciones)

Sistema Inmunológico

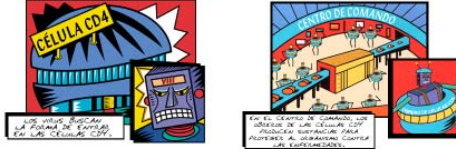
- El cuerpo depende de el Sistema Inmunológico para combatir de las infecciones, de la misma forma que en que depende del sistema digestivo para digerir la comida.

- Sin este, una persona podría morir a causa de una infección simple como un resfriado o una gripe.



CD4

- Hay linfocitos llamados asistentes CD4, estos coordinan el ataque del sistema inmunológico contra los organismos extraños

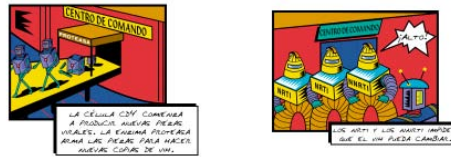


- A medida que el VIH infecta el cuerpo, destruye los linfocitos asistentes de CD4, usándolos para hacer copias de sí mismos.



¿Cómo afecta el cuerpo?

- Los linfocitos CD4 y el VIH se combaten mutuamente durante años. Cada día el cuerpo produce millones de células CD4 y el VIH las usa para producir un número mayor de sus copias. Sin embargo los nuevos medicamentos pueden dificultar que el VIH gane la batalla.

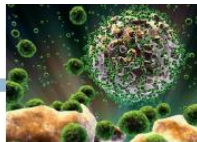


- Cuando una persona se infecta con el VIH, el número de células CD4 disminuye. Un recuento normal va de 600 a 1500 por milímetro cúbico de sangre.



- Cuando el recuento está por debajo de 200 el sistema inmune no puede funcionar bien.

¿Qué es SIDA?



- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- Enfermedad causada por un sistema inmunológico débil.
- Una persona tiene SIDA cuando el virus ha dañado gravemente su sistema inmune y no puede pelear contra las infecciones.
- Se manifiesta principalmente con:
- Enfermedades Oportunistas

- Sin tratamiento, una persona con SIDA puede morir por una simple infección. Los virus, las bacterias, los hongos y los parásitos pueden causar infecciones.

Infecciones causadas por....

Bacterias	Virus	Hongos	Parásitos
Tuberculosis Salmonelosis	Citomegalovirus Hepatitis viral Papiloma humano	Candidiasis Meningitis por criptococo	Neumonía por Neumocistis carini (NNC) Toxoplasmosis Criptosporidiosis

Hay un mayor riesgo de desarrollar cánceres como

- Sarcoma de Kaposi
- Cáncer cervical
- Linfoma no Hodgkin

Cuando un apersona se contagia de VIH por primera vez.

- Algunos desarrollan una enfermedad breve parecida a la gripe entre 2 y 6 semanas después de haberse contagiado, por lo cual pasan desapercibidos.



Síntomas

- Los síntomas varían dependiendo de la etapa en la cual el paciente se encuentre.
- Cuando un apersona se contagia de VIH por primera vez.
- Infección por VIH
- Etapa temprana del SIDA

Infección por VIH

- La mayoría de las personas pueden no tener síntomas durante 8 o 9 años. Finalmente, sin tratamiento pueden aparecer síntomas como:
- Nódulos linfáticos inflamados
- Diarrea
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar



SIDA

- Aparición de enfermedades oportunistas

Tratamiento

- No existe una cura para la infección por VIH.
- Sí hay tratamiento para retrasar su progresión y mejorar la calidad de vida.
- Gracias a los tratamientos un paciente puede llevar una vida larga y productiva



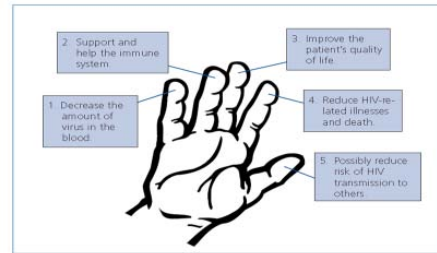
- El tratamiento se concentra en suprimir el crecimiento del virus y mejorarla calidad de vida del paciente.
- Se denomina Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (TARAA).
- Es generalmente la combinación de 3 o más medicamentos.



TARAA

- Los medicamentos se llaman antirretrovirales.
- Las drogas desaceleran el crecimiento y la reproducción del VIH.

Metas del TAR



Tomar las dosis prescritas

- Los medicamentos deben tomarse aunque el paciente se sienta bien, porque la infección no se cura (para prevenir infecciones oportunistas).
 - Hay medicamentos disponibles para manejar los efectos colaterales (dolor, vómito y diarrea).
 - Deben ser tomados a tiempo y con la dosis indicada.
 - Muchos medicamentos tradicionales/herbales pueden interactuar de manera negativa con los antirretrovirales.
 - No deben tomarse ningún medicamento sin antes consultar a su médico.
 - Evitar el alcohol, cigarrillos y drogas.
 - Se necesita un 100% de adhesión terapéutica para que trabajen efectivamente.
 - Si no se toma adecuadamente, el virus podría hacerse resistente y conllevar a la falla del tratamiento.
-
- Con menores opciones de tratamiento.
 - Contención (sin control)

ANEXO 2

Psicoeducación Ansiedad

Ansiedad



sus músculos se
tensan
siente calor



La ansiedad=adaptación

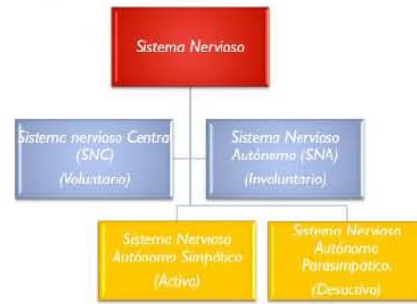
- ✓ Es una respuesta innata para la supervivencia.
- ✓ Peligro= el circuito biológico e involuntario de ansiedad se dispara.

¿Cómo se manifiesta?

- ✓ Tensión muscular
- ✓ Palpitaciones
- ✓ Manos o pies fríos
- ✓ Oleadas de calor o escalofríos
- ✓ Ganas de orinar
- ✓ Náuseas
- ✓ Vértigos
- ✓ Temblores
- ✓ Mareos
- ✓ Insomnio
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Las dudas reiteradas
- ✓ Las preocupaciones excesivas.
- ✓ Sentir la necesidad de evitar a aquellas personas, lugares o situaciones que le causan miedo o ansiedad

Herrán 2007

Fisiología de la ansiedad



¿Qué pasa después?

- Una vez el sistema ha vuelto a la normalidad, podemos sentirnos:
 - ✓ Muy cansados
 - ✓ Tener dolor de cabeza, de espalda, náuseas, incluso vómitos u otras sensaciones.

Es normal

- ✓ Nuestro organismo ha consumido mucha energía, hemos tensado la musculatura.

Trastornos de Ansiedad

- ✓ Experimentamos niveles muy altos de ansiedad ante situaciones que no requieren una activación tan elevada.

Principales trastornos de ansiedad

- 1) Trastorno de pánico
- 2) Agorafobia
- 3) Fobia social
- 4) Fobias específicas
- 5) Trastorno obsesivo-compulsivo
- 6) Trastorno por estrés agudo
- 7) Trastorno por estrés posttraumático
- 8) Trastorno de ansiedad generalizada.

Tratamiento psicológico



A considerar...



LA MEJORA QUE DEBEMOS ESPERAR



- ✓ Las recaídas sirven para medir el conocimiento sobre las técnicas que hemos aprendido para disminuir la ansiedad.

- ✓ Es tiempo también de volver a pensar sobre el valor que le damos a lo que sabemos sobre la capacidad de dañar de la ansiedad



- ✓ Los pulmones se llenan de oxígeno de dos maneras:
 - 1.- Elevando los hombros= respiración *torácica* (estados de alerta, estrés y ansiedad).
 - 2.- Bajando el estómago = respiración *abdominal* (estados de relajación y sueño) .

- ## Hiperventilación
- ✓ El aumento en la tasa de respiración por encima de las necesidades de oxígeno del organismo en un momento dado.
 - ✓ Un exceso de inspiraciones aumenta el nivel de oxígeno en la sangre y disminuye el nivel de **dióxido de carbono**.
- Marro y Gutiérrez 2011

- Disminuye ligeramente el nivel de oxígeno en el cerebro (síntomas centrales).
- Disminuye el volumen de sangre en algunas partes del cuerpo (síntomas periféricos).

Síntomas asociados a la hiperventilación

Centrales	Periféricos	Generales
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mareo ✓ Confusión ✓ Sensación de ahogo ✓ Visión borrosa ✓ Sensación de irrealidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento del número de latidos del corazón ✓ Hormigueos y pinchazos en las extremidades ✓ Escalofríos ✓ Rigidez muscular ✓ Manos frías y húmedas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensación de calor ✓ Sofoco ✓ Sudor ✓ Cansancio ✓ Opresión o dolor en el pecho

- ## Una respiración apropiada
- Tomar el nivel justo de oxígeno y no expulsar el anhídrido carbónico demasiado rápido.
 - Es necesario reeducar la respiración para lograr el objetivo.

- ## Primera fase.....
- Centrando la atención en cómo respiramos, durante unos diez minutos, dos veces al día.
 - Concéntrate y cuenta las inspiraciones. Con cada expiración, di mentalmente una palabra que te tranquilice, por ejemplo "tranquilo" o "calmado".

- ## Segunda fase....
- Con una mano en el pecho y otra un poco más abajo (sin tapar el ombligo), trata de realizar el ejercicio de contar las inspiraciones, pero esta vez procurando que sólo se mueva la mano inferior.
 - La respiración abdominal es la respiración de la relajación. Y eso lo conseguirás si no mueves la mano que tienes sobre el pecho; si sólo mueves la mano situada sobre el abdomen.




TERCERA FASE....

- Llega ahora el momento de controlar el ritmo de respiración.
- Hacer 10 ciclos de inspiración-expiración cada minuto. Esto significa inspirar durante aproximadamente 3 segundos y expirar durante otros 3 segundos.
- Puedes sentirte un poco agobiado e incluso experimentar sensación de ahogo.
- Esto es normal

ANEXO 3

Psicoeducación Depresión



- 
- La OMS estima que la depresión es la 4ta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo.
 - En los pacientes infectados por VIH, suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general tras el diagnóstico de la infección.

¿Qué es la Depresión?

Es un estado emocional que sufre la mayoría de las personas.

Depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado. es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona, sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física.

- En su forma más benigna, la depresión puede impedirle a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud.
- Cuando los síntomas son más graves, pueden causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida y causar dolor innecesario a las personas que los aman.
- En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida.

Diagnóstico

Episodio depresivo mayor

5 o más de los siguientes síntomas (2 semanas):

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Disminución del interés o capacidad para el placer.
- Pérdida o aumento del peso/ pérdida o aumento en el apetito.
- Insomnio o hipersomnia.

- Agitación o enlentecimiento.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación o intentos suicidas.
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse.
- Deterioro en diferentes áreas.
- Síntomas no debidos a enfermedad o sustancias.
- Sin presencia de duelo.

¿Por qué las personas sufren de Depresión?

Factores biológicos

Alteraciones cerebrales, alteraciones en neurotransmisores, genéticas.



Factores hereditarios

- Si alguien en su familia cercana ha tenido o tiene problemas con depresión.
- La probabilidad de sufrir depresión es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres.
- Debido a cambios hormonales asociados con el ciclo reproductivo de la mujer o el estrés.

Personalidad

Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia).

Factores ambientales

Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo.

¿Por qué los pacientes con VIH tienen riesgo de Depresión?

- Preocupaciones respecto a su situación de salud.
- Estigma social.
- Cambios en los estilos y planes de vida.
- Culpabilidad con respecto a la forma en que contrajeron el VIH.
- Bajas creencias religiosas o espirituales, presentan mayor vulnerabilidad a la depresión.
- Síntomas de la enfermedad y efectos colaterales de los tratamientos.



15

¿Qué pasa si no trato mis síntomas de Depresión?



16

- Puede afectar la adhesión al tratamiento antirretroviral.
- Por tanto, puede afectar negativamente la evolución de la infección por VIH, dañando el sistema inmune, expresado en un menor recuento de linfocitos T CD4+, mayor carga viral, progresión de la enfermedad y mayor riesgo de mortalidad.



17

¿Cómo se trata la Depresión?



18

Antidepresivos

- Han sido altamente efectivos, en el manejo de los síntomas, disminuyendo el riesgo suicida.



19

- El efecto terapéutico de los antidepresivos tarda entre dos y tres semanas en iniciarse.
- El tratamiento debe mantenerse por al menos seis meses en forma continuada, y su eventual suspensión debe ser escalonada.



20

Tabla 3. Principales fármacos antidepresivos según clase, efectos adversos y dosis

Clase	Efectos adversos	Nombre	Dosis de inicio	Dosis terapéutica	Otros usos
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)	Dificultad sexual*, síntomas gastrointestinales (náuseas, diarrea, acidez),* cansancio, aumento o pérdida de peso, edema†, ansiedad†, insomnio† y odinofagia, malestar visual y pesadillas, síntomas extra-piramidales†, síndrome serotoninérgico leve†, síndrome (SI) serotoninérgico, SI de discontinuación, elevación prolifera y gástrica, nevralgia†, alteración de la función plaquetaria†, miopatría†, hipoglucemia†, hipotensión†.	Fluoxetina Paroxetina	20 mg/día (qm)	10-40 mg/día (qm)	Bulimia, TOC
Tricíclicos	Actividad anticolinérgica, sedación, hipotensión ortostática, diabetes, convulsiones, alteraciones de la conducción cardíaca, antecrisis.	Amitriptilina	25 mg/día (qm)	50-300 mg/día (qm)	Dolor crónico, insomnio, migraña, neurálгия post-herpética
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)	Náuseas, somnolencia, sequedad de boca, mareos, constipación, estreñimiento, ansiedad, aumento o pérdida de peso, alteración sexual, sudoración, SI de discontinuación†.	Venlafaxina	37.5 mg q12hs	75-110 mg q12hs	TOC, trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento de síndrome
Inhibidores de recaptación noradrenérgica y serotoninérgica	Cefalea, insomnio, molestias respiratorias, rinitis, náuseas, inquietud, agitación, irritabilidad, sequedad de boca, constipación, baja de peso, aumento de la libido, convulsiones (a dosis altas)	Duloxetina	40-60 mg/día	40-120 mg/día	Neuropatía diabética
Moduladores serotoninérgicos y noradrenérgicos	Somnolencia, aumento del apetito, sequedad de boca, constipación, mareos, migraña, malestar visual, predisposición del efecto sedante del alcohol, elevación del colesterol de los transaminasas, miopatría†.	Mirtazapina	15 mg/día (qm)	15-45 mg/día (qm)	Trastorno ansioso, insomnio
Moduladores serotoninérgicos	Sedación, hipotensión ortostática, gastritis, priapismo	Trasdoxina	50 mg/día (qm)	200 mg/día (qm), 200 mg q12hs	Trastorno ansioso, trastorno de pánico, insomnio

*Efecto predominantemente de fluoxetina. †Efecto predominantemente de paroxetina. †Efecto sólo para venlafaxina. †Efecto sólo para duloxetina. †Efecto emocional.
 *TOC: Trastorno obsesivo compulsivo; †EPT: Trastorno por estrés post-traumático; †DDB: Trastorno de déficit atencional/hiperactividad.
 Tabla adaptada de referencia 45.

Psicoterapia

Ayuda a las personas a aprender a encarar su depresión, a enfrentarse a los problemas personales y a los factores externos que pudieran estar contribuyendo a su depresión.



22

Terapia Cognitivo Conductual

Ayudar a las personas a identificar y cambiar las actitudes o la manera de pensar que puedan estar contribuyendo a su depresión, para así modificar su comportamiento.



23

¿Se cura completamente la Depresión?



24

- Las depresiones tienen tendencia a ser recurrentes.
- No existe algún tratamiento que evite al 100% las recaídas.
- Pero podemos disminuir la intensidad de los síntomas y manejarla de una manera más efectiva.



25

Anexo 4

Pasos Vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica

Antes de iniciar asegúrese de contar con el siguiente material para cada paciente:

- Etiquetas de recordatorio para tomar medicamentos
- Tarjeta de registro y anotaciones
- Caja de tabletas (en su caso)
- Régimen medicamentoso del paciente
- Perfil o lista completa de posibles efectos colaterales de los medicamentos
- Guión de imaginación guiada (incluirlo en su caso)
- Bolsitas de plástico y bolígrafo o plumín para anotar los medicamentos

1. Bienvenida/psicoeducación: Cáncer, efectos recíprocos de pensamientos, acciones y sentimientos.
Al término de la explicación o presentación:

El propósito de esta reunión es ayudarle(s) a usar eficazmente sus medicamentos tomándolos de modo que tengan el mejor efecto posible para (cada uno de) usted(es)

Agradezca al (los) paciente(s) su participación en el estudio o intervención.

Inicio de la conversación con el (los) paciente(s):

- a) Antes de iniciar, ¿qué ideas tiene acerca de seguir el tratamiento para...? (padecimiento)
- b) En su caso ¿qué podría interferir o estorbar el seguimiento de su tratamiento?
- c) Cuando mira sus medicinas ¿qué pasa por su mente? ¿qué idea le viene a la cabeza?

Dé realimentación a sus respuestas y a sus ideas sobre cómo puede ayudarle(s) el programa

El propósito de esta entrevista (o reunión) es platicar la importancia que tiene el tomar (o aplicarse) sus medicamentos exactamente como se los han recetado. Al principio, cuando se le(s) da esta información hay gente que se siente agobiada. Vamos a usar unos minutos para asegurarnos de que usted(es) da(n) los pasos necesarios para mejorar lo más posible su salud.

Revisión del video:

Asegúrese de que el paciente entienda los siguientes puntos:

- 1) Si no hay suficiente concentración de medicamento en su sangre es posible que haya suficientes virus (bacterias, etc.) para reproducirse, incluso en formas que sean resistentes a los medicamentos.
- 2) El aprender a tomar estos medicamentos es un tanto complicado pero perfectamente posible. Es como aprender cualquier cosa nueva, al principio es pesado y puede parecernos que requiere mucho esfuerzo pero, con la práctica se puede volver parte de sus rutinas diarias.

Paso 1: Razones expuestas y analizadas y (en su caso) video exhibido

Después de pasar el video explique:

a) Ahora revisaremos una lista de verificación de los problemas que algunas personas tienen para seguir su tratamiento

b) Algunos de estos pasos pueden aplicarse a su caso y otros no. Al final veremos otros problemas o preocupaciones que tienen que ver con el seguir el tratamiento.

2. Acudir a consulta

Use el enfoque de solución de problemas para ayudar al paciente a encontrar o “armar” formas de resolver problemas asociados con acudir a sus citas.

El paciente tiene citas _____ veces a la semana o al mes.

El paciente se transportará a sus citas por medio de _____

El plan “b” para transportarse a sus citas incluye _____

¿Ve usted algún otro problema que pueda surgir para que funcione el plan que acabamos de platicar?

Estos posibles problemas serían _____

La(s) forma(s) de resolverlos serán _____

Si se le pasa una cita y sus medicinas se pueden acabar antes de la siguiente cita, LLAME A SU MÉDICO. Los médicos pueden dar instrucciones telefónicamente a farmacias para surtir un medicamento. Así, si se le pasa una cita no se le terminarán sus medicinas aunque su receta haya expirado.

Paso 2. Transporte a las consultas explicado y planes alternos preparados []

3. Comunicación con el médico o la enfermera

Explique que hay mucha gente que se siente incómoda al hacer preguntas a su médico u otros miembros del equipo de salud. Platique las dificultades que tenga el paciente para preguntar o para adoptar un papel activo en su propio tratamiento. Aborde la naturaleza recíproca de la relación médico-paciente. Haga énfasis en la importancia de que sus preguntas sean respondidas y ayúdele a resolver problemas de comunicación. Investigue si por el momento hay cosas que el paciente no ha preguntado sobre su tratamiento.

Paso 3: Relación con el equipo de salud analizado []

4. Afrontamiento de efectos colaterales

Acabamos de tratar el asunto de la comunicación con el equipo de salud. Un punto importante sobre el cual hay que comunicarse son los efectos colaterales de los medicamentos.

Los medicamentos que está tomando tienen algunos efectos colaterales, incluyendo...

_____, _____, _____.

Incluya toda la información disponible sobre los efectos colaterales específicos de los medicamentos del paciente. Dígale que cuando esos efectos sean intolerables o no haya forma de afrontarlos, es importante que lo platique con su médico o con nosotros (por ejemplo, algunos efectos colaterales se quitan con el paso del tiempo).

Induzca la convicción de cambiar de la idea de estar notando los efectos colaterales a la de pensar que los medicamentos están surtiendo buen efecto.

Cuando sienta esos efectos colaterales, es importante pensar en ellos como señal de que el medicamento está funcionando. Esos efectos colaterales significan que el medicamento ya está actuando en su cuerpo y haciendo la función de... (inhibir la reproducción viral, o bacteriana o hacer que su cuerpo produzca sustancias o efectúe cambios necesarios para protegerlo, etc.)

Explique que al final se harán unos ejercicios de imaginación guiada para ayudarle a practicar esas convicciones.

Paso 4: Efectos colaterales abordados []

5. Obtención de medicamentos

El enfoque de solución de problemas es similar al anterior

Farmacia, dependencia o sitio que usará el paciente _____

Pagará los medicamentos: _____

Se transportará a la farmacia mediante: _____

¿Es posible que se le envíen los medicamentos? _____

Algunos obstáculos o impedimentos para recoger sus medicamentos incluyen: sensación de vergüenza o falta de confidencialidad en la farmacia, forma de transportarse a la farmacia, falta de dinero. ¿Tiene usted alguno de éstos? _____

Éstos se abordarán (cómo) _____

Haga que el paciente se visualice parado en la farmacia y ensaye la conversación con el farmacéutico en caso necesario.

Paso 5: Obtención de medicamentos abordado y problemas resueltos []

6. Horario concreto de medicación diaria

Use la forma de horario cotidiano para ayudar al paciente a hacer su horario de medicamentos.

Para cada medicamento asegúrese de incluir:

a) Señales: qué otras circunstancias puede haber al tomar cada medicamento

b) Comidas: si hay restricciones alimenticias incluya la comida o su ausencia para esos casos

c) Refrigeración, etc.

Paso 6: Horario llenado []

7. Guardado (almacenamiento) de medicamentos

Guíese por el horario diario. Este paso puede hacerse simultáneamente con el 4.

Al paciente se le pide que sea muy específico sobre dónde guardará las medicinas durante el día (en una bolsita, en un bolsillo, etc.)

El paciente conservará las medicinas en _____

Posibles problemas al guardarlas serían _____

Esos problemas se resolverán (cómo) _____

¿Deben refrigerarse algunas medicinas? _____.

Si el paciente debe refrigerar algunos medicamentos, recomíéndele que compre bolsas que se puedan cerrar y refrigerar. Resuelva problemas relacionados con la compra de las bolsas. Trate de encontrar un sitio específico para su compra y haga que las adquiera, de ser posible, ese mismo día.

¿Trabaja usted fuera de su casa? o, ¿pasa bastante tiempo fuera de su casa en horas a las que debe tomar medicamentos?

Si es así, tiene que planear cómo se tomará las medicinas en esos sitios. Por ejemplo, si el paciente trabaja y le da pena guardar o refrigerar medicinas en el trabajo o que las vean otros, resuelva dichos problemas. Sugiera cambiar las bolsas o envoltorios en el trabajo o esconderlas sin mucha complicación, etc.

Dele al paciente cajas de píldoras o bolsitas con etiquetas si se ajusta a la dosis que debe cargar consigo. Si no es posible, recomíéndele que las compre en una farmacia o supermercado pero asegúrese de que hay algún plan alternativo concreto.

Paso 7: El paciente tiene un sitio viable para guardar sus medicamentos []

8. Señales adicionales

Explique al paciente que requiere de recordatorios o señales para tomar sus medicamentos.

Los recordatorios o señales tienen diferentes propósitos:

- 1) Recordarles tomar cada píldora (cápsula, tableta, jarabe, etc.).
- 2) Empezar a cambiar el significado del medicamento
- 3) Ajustarse (si es el caso) a su dieta con recordatorios en el refrigerador, etc.
- 4) Realizar ejercicios o actividad física recomendada

Saque las etiquetas y la tarjeta de registro de medicación, dieta, ejercicio, etc.

Refiérase al principio, cuando le preguntó “¿qué piensa (o le pasa por la cabeza) cuando mira esta píldora?”.

Significado de la píldora

Explique que vamos a empezar a practicar el cambio de lo que significan las píldoras para él (ella).

Algunas sugerencias nuevas sobre las medicinas pueden ser:

- * Las píldoras dan vida (no son recordatorios de que estoy mal)
- * Tomar la píldora significa que estoy cuidando mi salud

Recordatorios para tomar las píldoras

- * Colocar las medicinas en lugar visible
- * Sitios como recordatorios diarios: por ejemplo el espejo del baño o la recámara en la mañana, la cafetera en la cocina, el escritorio en el trabajo, objetos usuales para higiene, etc.

Pegue una etiqueta en la tarjeta de registro y escriba una frase de recordatorio sobre la tarjeta sobre el significado de la etiqueta (por ejemplo: “estas píldoras (dieta, ejercicio, etc.) son para mejorar mi salud”).

Dele instrucciones al paciente para colocar la tarjeta donde la pueda ver constantemente. Instrúyalo para pegar las etiquetas de recordatorio en lugares en los que suele estar cuando le toca tomar cada medicina, ajustarse a su dieta o realizar actividad física.

Ponga atención especial a las áreas cercanas a las puertas que usa el paciente, de modo que recuerde llevar consigo sus medicamentos cuando salga y le vaya a tocar tomarlos.

Si hay riesgo de que el paciente olvide sus medicamentos cuando salga, asegúrese de que coloque señales y recordatorios en otros sitios visibles (por ejemplo, la computadora, el espejo, el frasco de agua de colonia u otro objeto que suela tocar o usar justo antes de salir, etc.)

El paciente colocará las etiquetas-recordatorios en: _____

Otras señales que usará el paciente son: _____

Paso 8: El paciente dispone de señales de ayuda para su adherencia terapéutica []

9. Imaginación guiada para facilitar adherencia.

Ensayos del régimen medicamentoso

Describa al paciente un ejemplo de algo que se aprende y que al principio es o parece muy difícil y que después se hace casi automáticamente.

Ejemplo (hombres) ¿se acuerda cuando tenía como _____ años y empezó a rasurarse? Al principio era difícil porque tenía que aprender desde cómo tomar el rastrillo (o la rasuradora eléctrica), remojar la cara, distribuir pareja la espuma o jabón para rasurar y, después, ir pasando el rastrillo con mucho cuidado y en orden de lugar

en lugar de la cara, teniendo especial cuidado cerca de las orejas y en el mentón (o barbilla) para no cortarse, enjuagando el rastrillo a cada rato y finalmente ir sintiendo o buscando lugares de la cara donde no hubiera quedado la barba bien corta, etc.

Ahora piense en cómo se rasura hoy, es muy probable que no tenga que pensar casi nada en cómo lo va haciendo. Esto es así porque el rasurarse se ha ido haciendo casi automático.

Ejemplo (mujeres). ¿Recuerda cuándo empezó a peinarse?, al principio tenía que ensayar diferentes formas de alisar y acomodar el cabello, maniobrar con ambas manos para alisar y amarrar, recordar tener a la mano el coletero (broche, ligas, etc.) y colocarlo una y otra vez hasta que quedara bien puesto, observarse desde varios ángulos para verificar que no queden cabellos sueltos, probar con diferentes productos que la ayudaran a mantenerlo arreglado. Seguramente las primeras veces le tomó mucho tiempo frente al espejo lograr el peinado que quería, piense cómo se peina hoy, lo más probable es que ahora lo haga en poco tiempo y casi sin pensar cómo lo hace, eso es porque lo realiza diario, entonces peinarse se ha vuelto casi automático.

Puede incluir cocinar o arreglarse, pintarse, etc.

Lo que vamos a hacer con la práctica es que tomar sus medicinas se vaya haciendo tan automático como (rasurarse, peinarse, etc.) o como otra de esas cosas que hacemos todos los días.

Introducción a la imaginación guiada

Describa o analice el propósito de la imaginación guiada (véase espécimen de guión)

Vamos a hacer un pequeño ensayo para que se vaya acostumbrando a tomar sus medicinas tal y como le han indicado. Para esto vamos a usar la imaginación para ayudarlo a visualizar los horarios de sus medicinas, ayudarlo a cambiar su significado y practicar cómo irse ajustando a esos horarios.

Ejercicio de imaginación guiada

Haga que el paciente se siente cómodamente y cierre sus ojos. Hágale tomar varias respiraciones profundas, lentas y, en lo posible, diafragmáticas. Si es necesario márquele el ritmo con su propia respiración (del terapeuta) exagerando el sonido con nariz y garganta para hacérselo obvio.

En seguida vea que el paciente practique alternadamente tensar y relajar los siguientes grupos musculares (secuencia cefalocaudal): 1. frente, 2. párpados, 3. mejillas/labios, 4. mandíbula, 5. cuello, 6. hombros, 7. brazos, 8. manos, 9. abdomen, 10. trasero, 11. piernas, 12. pantorrillas, 13. pies. Al final induzca relajación completa "pasando lista". Use términos familiares para el paciente "descansado", "flojito", "relajado", "colgando como un trapito", etc.

Imaginación para uso de medicamentos

Ahora vamos a pasar al uso de imaginación (o visualización) para sus medicinas (refiérase a los horarios diarios de medicamentos como señal o recordatorio).

Ahora quiero pedirle que se vea a usted mismo (o se visualice) en su cama al despertar por la mañana ¿qué vé? Piense en cómo se siente al despertar. Véase levantándose, yendo por un vaso de agua, sacando la píldora del frasco o sobre y tomándosela en la mañana. Véase tomándola, sienta la textura o el sabor en la boca y tragándosela y en ese momento piense: "acabo de hacer algo para ayudarme a estar mejor" ó "mi salud va a mejorar por haber tomado esta dosis (pausa). Recuerde, antes al tomar la píldora usted pensaba (refiérase a lo que el paciente dijo al principio de la intervención). Ahora, en vez de eso imagínese pensando "acabo de hacer algo que va a ayudar a mi salud".

Ahora imagínese a la píldora bajando por su sistema y ayudándolo a combatir (diga el nombre del diagnóstico). Visualice a la píldora disolviéndose y protegiendo a su cuerpo de...

Segunda dosis o medicamento

Ahora pasemos a la siguiente píldora (refiérase al horario para ayudar al paciente a visualizar dónde estará cuando le toque tomar la siguiente medicina). Ejemplo: Está en su casa a punto de salir y ve la etiqueta del recordatorio junto a la puerta. Va hacia donde está la medicina y la pone en su bolsa (portafolios, etc.). Llega al trabajo, ahora imagínese, cómo va por agua, cómo saca la medicina de donde la tiene y se la toma. Al ir bajando la píldora hacia su estómago otra vez piensa “de nuevo me estoy ayudando a mejorar mi salud”.

Continúe la imaginación guiada para cada medicina a lo largo de un día completo.

Termine induciendo imágenes de algún caso excepcional a la rutina diaria, tal como cuando el paciente va a otro lado con la posibilidad de volver hasta tarde o hasta otro día a su casa.

Usando los mismos procedimientos induzca imágenes de ajuste a una dieta, a la realización de ejercicio o actividad física, o de toma de muestras de sangre, orina, saliva, etc.

Palabras y frases señal

- * La medicina está dándole duro al (virus, bacteria, bicho, enfermedad, etc.) o martilleándolo
- * “Estas píldoras me están ayudando a proteger mi salud”
- * “Esta dieta (o ejercicio) va a hacer que esté mejor”

Paso 9: El paciente completa su imaginación guiada []

10. Manejo de olvidos

Instruya al paciente sobre qué hacer cuando se le olvide (o “se le pase”) tomar su medicina, ajustarse a su dieta o hacer ejercicio. Se trata de volver al régimen normal sin sentirse agobiado.

Aunque se espera que tome sus medicamentos lo mejor posible (tal y como se le han recetado), a veces se nos puede olvidar, aquí lo importante es volver (o recuperar) lo más pronto posible el horario prescrito.

Refiérase a la interacción médico-paciente en cuanto a informar a su médico cuando ocurran esos olvidos y sobre la mejor manera de volver al régimen prescrito.

Paso 10: Al paciente se le ha instruido sobre cómo manejar olvidos []

11. Repaso final de “Pasos Vitales”

Explique que es parte del protocolo asegurar que el paciente entienda cada paso. De modo que vamos a usar unos minutitos repasando (o resumiendo) todo lo que hemos revisado. Hágale preguntas revisando cada paso en orden.

Paso 11: El paciente resume o re-explica cada paso al terapeuta []

TERMINE

Programa horario de seguimiento telefónico _____

Plan “B” (de repuesto) del seguimiento _____

Nota para el terapeuta. ¡Póngase una señal a sí mismo(a) para recordarse llamar al paciente!

