



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA**  
**CAMPO DE CONOCIMIENTO: PSICOLOGÍA Y SALUD**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

**TESIS**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**  
**DOCTOR EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:**  
**CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA**

**TUTOR O TUTORES PRINCIPALES**  
**DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ, UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO, UNAM, FES IZTACALA**  
**DRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO, UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. ROCÍO HERNÁNDEZ-POZO, UNAM, FES IZTACALA**  
**DRA. K. RIVET AMICO, PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA**

**MÉXICO, D. F. FEBRERO, 2014.**



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.

## RESUMEN

El VIH/SIDA ahora está incluido como una enfermedad crónico-degenerativa. Una de las problemáticas que plantean las personas infectadas con este virus es el apego al tratamiento antiretroviral. El estudio de la adherencia terapéutica en las personas que viven con VIH/SIDA necesita investigación basada en modelos teóricos que permitan evaluar las variables predictoras de la toma de medicamentos antiretrovirales y ayuden en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones para poblaciones no adherentes. El Modelo de Información – Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) de Fisher (2006), ha demostrado eficacia para explicar este fenómeno. El objetivo de esta tesis fue evaluar si dicho modelo es aplicable para identificar los predictores de la adherencia a la toma de medicamentos en una población del Estado de México. En la presente investigación participó una muestra de 109 pacientes VIH + que asisten a sus visitas mensuales en el Hospital General de Atizapán, los cuales respondieron al Cuestionario LW-IMB-ART, así como una encuesta sociodemográfica. Se obtuvieron los indicadores en pruebas de laboratorio de adherencia, y como resultados se obtuvo la confirmación parcial de las relaciones propuestas por el modelo. Se concluye que el modelo IMB de adherencia a los medicamentos antiretrovirales muestra resultados prometedores que podrían contribuir a la comprensión de esta problemática, así como a diseñar intervenciones específicas en la población de acuerdo con sus necesidades.

## ABSTRACT

HIV / AIDS is now included as a chronic degenerative disease. One of the problems posed by people infected with this virus is adherence to antiretroviral treatment. The study of adherence in people living with HIV / AIDS requires research based on theoretical models that help evaluating predictors of antiretroviral medication taking and assisting in the design, implementation and evaluation of interventions for nonadherent populations. The Information - Motivation and Behavioral Skills (IMB) of Fisher (2006), has shown efficacy in explaining this phenomenon. The aim of this thesis was to evaluate whether the model is applicable to identify predictors of adherence of medication taking in a population of near Mexico City. This research involved a sample of 109 HIV + patients attending their monthly visits in Atizapán General Hospital, which responded to the LW-IMB-ART questionnaire and a demographic survey. Indicators of adherence were obtained via laboratory tests and in a self-informed modality. Partial confirmation of the relationships proposed by the model were. We conclude that the IMB model of adherence to antiretroviral drugs shows promising results that could contribute to the understanding of this problem and for the design of specific interventions in this particular population according to their needs.

## Dedicatoria

Aquí termina gracias a Dios mi tercera tesis.

A mis papás. Este es uno más de los arriesgados proyectos que emprendo. Y éste, como los anteriores, y los que faltan, están llenos de su apoyo incondicional, su aliento, y sus palabras cuando el ánimo flaquea. En el camino de mi vida, siempre han estado ahí conmigo sorprendiéndose de los lugares a donde quiero llegar, y ¡miren hasta donde hemos progresado!, por que este logro es en equipo. Siempre han caminado a mi lado. Gracias por su tiempo, por su paciencia, por detenerme e impulsarme cuando ha sido necesario.

A mis amigos: Rodrigo y Elvis, a Lilia, a Irma y Miss Anazir, al Doctor Corona, mi familia por elección, ¡su amistad significa tanto para mí! Los admiro y los quiero para siempre.

A mis hermanos, que siempre exageran cuando hablan de mí (y Yo de ellos). Confían más en mi talento que Yo misma. Gracias por estar en mi vida. Son uno de los regalos más grandes que nos dieron Güero y Julie.

Gracias infinitas a Gabina, a Lourdes, a Susana, a Rocío y a Rivet. Ustedes pasaron por el mismo caminito y son grandes. Sus palabras, consejos, y maneras de ver la vida han dejado una huella en la mía.

A mi abuelo, que desde donde quiera que esté estará muy feliz de ver este proyecto terminado.

Gracias por todo, Khemvirg. Has hecho florecer en mi tantas cosas maravillosas, tantas posibilidades, y has respetado mi infinita curiosidad y libertad, ¡gracias! Hemos vivido tantas aventuras en tan poco tiempo, eres un compañero de viaje increíble. Nos seguiremos viendo hasta los 80. José Emilio ha sido, hasta ahora, nuestro más grande logro.

Gracias a los participantes del estudio, que me han demostrado que una enfermedad como el VIH/SIDA fue una razón para disfrutar más de la vida, y darse cuenta de lo verdaderamente importante.

Gracias a todo el equipo de SAI, del Hospital General de Atizapán, por su confianza en este proyecto.

Gracias enormes al CONACyT, al COMECyT, y a la Fundación Fulbright por apoyarme en la elaboración de esta tesis y durante mis estudios doctorales.

## ÍNDICE

CAPÍTULO 1	
Introducción .....	1
VIH/SIDA Definición y Tratamiento .....	1
Epidemiología.....	3
CAPÍTULO 2	
Los Modelos en Salud.....	9
El Modelo de la Acción Razonada y la Conducta Planeada.....	10
El Modelo de Información Motivación y Habilidades Conductuales.....	13
El Modelo Interconductual .....	17
El Modelo de Autorregulación .....	20
Tabla 1 .....	22
CAPÍTULO 3	
Concepto de Adherencia Terapéutica.....	23
Costos de la falta de adherencia terapéutica en VIH/ SIDA .....	24
Prevalencia sobre la falta de adherencia Terapéutica.....	26
Medición de la Adherencia Terapéutica.....	26
Factores que afectan la Adherencia Terapéutica Tabla 1 .....	30
Tabla 2 .....	39
CAPÍTULO 4	
Los orígenes del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB).....	42
Estudios realizados con el Modelo IMB y sus resultados .....	43
Discusión sobre los resultados obtenidos .....	52
Tabla 1 .....	55
CAPÍTULO 5	
Epidemiología en salud mental de las personas que viven con VIH/SIDA .....	59
Antecedentes históricos del concepto Depresión .....	61
Síntomatología depresiva y Depresión en personas con VIH / SIDA .....	62
Síntomatología ansiosa y Trastornos por ansiedad en personas con VIH / SIDA....	67
Antecedentes históricos del Estrés Postraumático (TEPT) .....	69
Ansiedad y Depresión como predictores de la adherencia terapéutica.....	70
La Edad y La Adherencia Terapéutica.....	72
Tabla 1 .....	74
Tabla 2 .....	75
CAPÍTULO 6	
Método .....	77
Definición Conceptual y Operacional de Las Variables .....	79
Validación del instrumento.....	90
Resultados .....	107
Tablas.....	126
Discusión .....	188
REFERENCIAS .....	200
APÉNDICES .....	218

## **CAPÍTULO 1**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **Introducción**

Desde los años ochentas los modelos en salud han tratado de estudiar y determinar cuáles son las variables predictoras de algunas conductas relacionadas con enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, una de ellas llama nuestra atención: la toma de medicamentos. En esta misma década aparece una de las enfermedades que ha cobrado el mayor número de vidas a nivel mundial el: VIH/SIDA. A partir de esta coyuntura, los psicólogos han intentado estudiar la conducta de adherencia terapéutica y los hallazgos demuestran que hay un modelo, el de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), que ha resultado ser muy útil para explicar las variables asociadas a la adherencia terapéutica hacia los medicamentos antirretrovirales. Este modelo toma en cuenta tres variables que han retomado modelos anteriores y que están asociadas con diversas conductas de apego a los medicamentos como son la carga viral, el conteo de las células CD4 en sangre, el seguimiento del horario y la toma correcta de las dosis indicadas por el médico. Los resultados de esta tesis, cuyo objetivo fue probar el modelo IMB en una muestra de personas que viven con VIH y que acuden un hospital de Atizapán en el estado de México, muestran que el modelo se comporta como predice la teoría: las habilidades conductuales están asociadas con la motivación, y la conducta de adherencia terapéutica está asociada con las habilidades conductuales.

#### **VIH/SIDA Definición y Tratamiento**

Desde el hallazgo de una rara y con frecuencia fatalmente rápida forma de cáncer (Sarcoma de Kaposi), en 1981, en hombres homosexuales, de los cuales ocho murieron en menos de 24 meses después de recibir el diagnóstico (Altman, 1981) los profesionales de la salud se

enfrentaron a una de las epidemias que más muertes ha generado y a la que más recursos económicos y humanos se han asignado: el VIH/ SIDA.

El término “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (SIDA) fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos, preocupados por la aparición, en 1981 de un conglomerado de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente para tales deficiencias inmunitarias. Más adelante se demostró que el SIDA era la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el término de semanas a meses después de contraer la infección por el virus, muchas personas presentan una afección aguda de curso limitado, que dura de una a dos semanas. Más adelante pueden mantenerse asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas o cánceres posteriores relacionados con el VIH guardan relación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario (OPS, 2005).

Straub (2007) explica que el VIH ataca el sistema inmunológico del cuerpo y lo deja vulnerable a las infecciones. Conforme la enfermedad se desarrolla y se convierte en SIDA, sus víctimas padecen infecciones que de otra manera serían manejadas con relativa facilidad si los sistemas inmunes no estuvieran comprometidos.

El VIH puede transmitirse a través de las siguientes vías: transmisión sexual (semen, fluidos vaginales o cervicales), transmisión sanguínea (transfusión de sangre contaminada o compartir jeringas), y transmisión perinatal (durante el parto o a través de la leche materna).

El VIH progresa a través de cuatro etapas. La primera dura de una a ocho semanas, en ella el sistema inmune destruye la mayoría del virus. La segunda etapa, también conocida como periodo de latencia, puede durar varios meses o incluso años. Aproximadamente en cinco años,



el 30% de las personas infectadas cambian a la etapa tres en las que el sistema inmune, especialmente las células T (CD4) están reducidas y la persona está expuesta a las enfermedades oportunistas (candidiasis, citomegalovirus, herpes simple, neumonía, toxoplasmosis, sarcoma de Kaposi). Durante la etapa cuatro el número de células T disminuye de 1,000 a 200 o menos por milímetro cúbico de sangre (Straub, 2007). Algunos portadores del virus pueden padecer impacto neurológico que puede convertirse en el complejo de demencia del SIDA el cual se caracteriza por un deterioro de la atención, pérdida de la memoria, confusión así como cambios en la personalidad.

El tratamiento para el VIH / SIDA consiste en terapias antiretrovirales sumamente activas (TARSA) o HAART, por sus siglas en inglés, que incluye en disminuir la carga viral (CV) en sangre e incrementar el conteo de las células CD4. El éxito de esta terapia depende de que el paciente la cumpla en un 90 a 95%, y en un inicio, podía incluir un promedio de 16 a 20 medicamentos diarios los cuales tienen que ser ingeridos en diferentes modalidades, con agua, con alimento, con base al horario de un medicamento anterior, entre otras indicaciones (Blalock y Campos, 2003). Afortunadamente hoy en día los pacientes toman una cantidad menor de medicamentos.

## **Epidemiología**

Conocer el panorama del VIH/SIDA en un país es un asunto complicado, pues existen muchos factores que influyen en las cifras de los casos reportados. Algunos de ellos son las posibilidades de los organismos de salud en relación con la vigilancia y / o hay pocos recursos para hacer estudios de prevalencia. Tomando en cuenta lo anterior las cifras que a continuación se reportan pueden representar estimados de lo que realmente está sucediendo.

Al 31 de diciembre del 2006, se conoce que en todos los estados de la República Mexicana hay personas infectadas por el VIH. Dentro de los casos acumulados desde 1995 al 2006, Tlaxcala es el estado donde menos casos se reportan (152), y el Distrito Federal en donde hay un mayor número de casos (7,216). En el año 2006 se detectaron 3,798 casos nuevos en todo el país y el Estado de México ocupa el segundo lugar en mayor número de casos nuevos en este año.

El VIH / SIDA es una de las primeras causas de muerte en nuestro país. Dentro de la población general es la séptima causa de mortalidad en edad reproductiva (de 15 a 64 años) con 4,445 defunciones en el año 2005. Haciendo el análisis por género en este mismo año, la muerte por VIH /SIDA es la quinceava causa de mortalidad en hombres, y aparece entre las primeras quince causas de mortalidad en mujeres. Para el año 2005 no se reportan casos de mortalidad por VIH/SIDA en la edad posproductiva (65 años y más), ni en menores de un año, edad preescolar y edad escolar (CONASIDA, 2005).

Datos de CONASIDA (2006) señalan que México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 13.5% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 15.0% en trabajadores del sexo comercial y 3.9% en hombres usuarios de drogas inyectables. En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH.

Este organismo público reporta que desde 1983, año en que inició esta epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2006, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se

han contabilizado en forma acumulada 107,625 casos de SIDA, de las cuales el 83% son hombres y el 17% son mujeres. Por cada cinco casos acumulados de VIH/SIDA en hombres se ha observado un caso en mujeres; y en los casos sexuales esta relación se conserva. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.7% de los casos registrados. Pese a esto datos, a partir del año 2000 la tendencia de aumento se ha revertido hacia una disminución en los casos de SIDA por año.

De 1983 al año 2006 la institución de salud que notifica mayor número de casos de VIH /SIDA es la Secretaría de Salud, la cual atiende a la población abierta, que no tiene seguridad social, en segundo lugar está el IMSS y en tercer lugar está el ISSSTE. Cabe mencionar que la población que asiste a los hospitales y clínicas de la SSA es, por lo general, población con un bajo nivel educativo y en situación de pobreza.

El presupuesto designado para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control del virus de inmunodeficiencia humana en México es administrado por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), quien hasta 1991 recibió una asignación presupuestal por parte del gobierno federal.

El CONASIDA reporta que la Secretaría de Salud, a través de los Servicios de Salud de cada una de las 32 entidades federativas y de los Institutos Nacionales de Salud, han suministrado medicamentos antirretrovirales (ARV) gratuitos a 15 mil 750 pacientes que carecen de seguridad social y fueron diagnosticados con VIH/SIDA. En el año 2006, la Secretaría de Salud destinó 843 millones de pesos para la compra de los medicamentos para los pacientes que carecen de seguridad social. Con base en información procedente de las 32 entidades federativas y de los Institutos Nacionales de Salud, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) establece la cantidad de medicamentos a comprar y con ello garantizar

el abasto para todos los pacientes que así lo requieran. Para el 2007, se ha estimado que se incrementará la inversión, para garantizar el suministro de ARV en aproximadamente mil 182 millones de pesos y con ello atender la demanda del medicamento en los cerca de 19 mil 220 pacientes con VIH/SIDA que carecen de seguridad social, que incluyen a todos los pacientes que se incorporan en los últimos días del 2006 y los nuevos pacientes para el 2007.

La epidemia del VIH / SIDA en México, según comenta García-Abreu (2004), a diferencia de otros países de Latinoamérica se concentra en grupos específicos de alto riesgo, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables como la cocaína, trabajadores sexuales, mujeres adolescentes, personas que padecen alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), y hombres que pertenecen a la zona rural y salen del país en busca de trabajo, entre otros.

El INEGI en 2007 reporta cifras interesantes como la acumulación de 110 mil 339 casos de SIDA, desde 1983 hasta 2006. Menciona que la tasa de mortalidad observada entre la población de 25 a 44 años en el año 2006 es de 16.3 para los hombres y 3.2 en las mujeres. Además comenta que en el año 2006 se registraron en el país 4 949 defunciones causadas por el SIDA, 295 más que en 2005; 82.7% fue de hombres y 17.3% de mujeres.

El informe continua describiendo el monto de decesos por dicha enfermedad significa el 1.0% del total de fallecimientos, ubicándose dentro de las primeras 15 causas de muerte. De cada diez defunciones por SIDA en 2006, seis personas tenían entre 30 y 49 años y dos eran jóvenes de 15 a 29 años. De las personas que fallecieron por SIDA, 55.8% era soltera y 33.8 estaba casada o unida. Nueve de cada diez personas con SIDA que fallecieron recibieron asistencia médica. Clasificando las defunciones por SIDA según el nivel de escolaridad del fallecido de cada 100, 20 tenían la primaria completa, 20 la secundaria o equivalente, 17 la

primaria incompleta, 13 la preparatoria o equivalente, 11 eran profesionistas, 7 la secundaria incompleta, 6 no tenían instrucción y 6 no especificaron su escolaridad. Dentro de las defunciones de SIDA según condición de derechohabencia y asistencia médica en el mismo año, cerca de la mitad de las personas fallecidas por SIDA no eran derechohabientes a ninguna institución de salud (43.3%). De los derechohabientes, el IMSS con 29.9% registro el mayor número, seguido por el Seguro Popular (7.5%) el ISSSTE (3.4%), el 13.2% no especificó a qué institución estaba afiliada; el resto se distribuyó en instituciones como PEMEX, SEDENA y SECMAR, entre otras.

Valdespino, García-Gacía, Conde-González, Olaiz Fernández, Palma y Sepúlveda realizaron un estudio sobre la prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México (2007), y describen las peculiaridades de este padecimiento en nuestro país. Reportan que un número creciente de pacientes mujeres están siendo infectadas con este virus. De hecho, la relación hombre-mujer de 16:1 en 1987 es de 4:1 en el año 2004. Señalan que los factores vinculados a la infección son el ser joven (menor de 50 años), el sexo masculino, vivir en el D.F., tener licenciatura o un nivel de escolaridad mayor, estar separado, divorciado, o soltero, ser económicamente activo, no tener pareja y referir consumo de heroína.

En relación con el gasto en la atención y prevención del VIH / SIDA en México, Magis-Rodríguez, Rivera-Reyes, Gasca-Pineda y Gutiérrez (2005) hacen un análisis de la tendencia seguida por el gasto ejercido en el combate de la epidemia de VIH / SIDA en México durante el periodo 1997 – 2002 comparando el gasto y la distribución actual con lo que se realiza en otros países y encontraron un incremento real y sostenido en el gasto total destinado al combate de la epidemia, de acuerdo con los autores de un 143%, especialmente en medicamentos antirretrovirales. Recomiendan que se de seguimiento a la eficiencia con la que se utilizan los

recursos para que se pueda mejorar su asignación y focalización así como tener cuidado en que los montos destinados en la salud personal no se concentren en la compra de medicamentos antirretrovirales, sin un incremento paralelo de los recursos destinados al monitoreo del tratamiento.

## CAPÍTULO 2

### APROXIMACIONES TEÓRICAS

#### Los Modelos en Salud

Para comprender las conductas de los seres humanos, los psicólogos crean hipótesis, las cuales son aceptadas o rechazadas con base a los hallazgos empíricos. Estos hallazgos forman parte de la evidencia que explica qué factores están asociados a la conducta de interés. A su vez estos factores o variables se representan en modelos teóricos que son formas de entender el comportamiento humano, que cuentan con una serie de constructos o conceptualizaciones sobre el fenómeno que pueden ser intangibles, por ejemplo, la depresión.

Los modelos teóricos ayudan a los investigadores al momento de diseñar proyectos de investigación y programas de intervención, pues ponen al tanto al científico de qué aspectos debe de observar y/o intervenir para lograr un cambio en la conducta. En un trabajo de revisión de las teorías sobre las conductas de salud, Munro, Lewin, Swart y Volmink (2007) resumen que los modelos teóricos son útiles para promover el entendimiento de la conducta de salud, dirigir la investigación y facilitar la posibilidad de transferir una intervención sobre un tema de salud, un área geográfica, o un escenario del cuidado de la salud a otro.

En el campo de la salud, y en relación con el VIH/SIDA existen algunos modelos que han intentado explicar aquellas conductas alrededor de este síndrome. Tanto para la conducta de prevención del VIH, como para la adherencia al tratamiento. En el siguiente apartado se exponen tres de las más importantes contribuciones para explicar estas conductas.

Antes de comenzar la exposición vale la pena mencionar el excelente trabajo que hicieron Munro et al. (2007), en el que revisan las teorías que sobre la conducta de la salud existen, específicamente en cuanto a la adherencia a largo plazo al medicamento en pacientes con

Tuberculosis y con VIH/SIDA. En esta publicación se analiza la utilidad de los modelos para desarrollar intervenciones y describen a detalle, una revisión realizada en bases de datos electrónicas a partir de la fecha de inicio de la base hasta febrero del 2005. Los autores resaltan el vacío teórico que existe muchas de las veces en las intervenciones en el área de la salud, y explican que estas teorías ayudan a contribuir al diseño de programas más efectivos, así como para realizar una evaluación de la transferencia que podría hacerse de ciertas intervenciones efectivas a otros escenarios de salud y/o enfermedades. Examinaron once teorías entre las que se incluyen el modelo Biomédico, el Modelo del Aprendizaje, la Perspectiva de la Comunicación, la Perspectiva Cognitiva (que incluye el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Acción Planeada, la Teoría de Protección y Motivación, el modelo de Información Motivación y Habilidades Conductuales), así como las perspectivas sobre la Autoregulación, y las perspectivas de Etapas como el modelo Transteórico. De esta revisión se concluye que pocas de estas teorías cuentan con evidencia empírica sobre su efectividad para promover la adherencia, y que es urgente realizar investigaciones y análisis para determinar qué modelos pueden ayudar a mejorar la implementación de intervenciones que promuevan la adherencia a largo plazo.

En el presente capítulo revisaremos cuatro modelos en Salud que han estudiado la conducta de adherencia terapéutica: el modelo de la acción razonada y la conducta planeada el modelo de información motivación de habilidades conductuales el modelo interconductual y el modelo de autorregulación.

### **El Modelo de la Acción Razonada y la Conducta Planeada.**

Creado por Azjen y Fishbein en 1981 y ampliado por Azjen diez años después. Estos modelos comparten la mayoría de las variables que los autores consideraron como asociadas con



la conducta dirigida a la salud. Estos modelos pertenecen al grupo de modelos basados en un continuo, y mantienen la idea de que las variables que tienen influencia sobre la conducta pueden combinarse en una ecuación que prediga la probabilidad de que la conducta se lleve a cabo (Bosworth y Voils, 2006). En este caso como se observa en la Figura 1, estos modelos están basados en cogniciones o pensamientos que predicen la conducta. Para los autores la variable que está más relacionada con la conducta es la intención conductual, y ésta está precedida por las actitudes y creencias hacia la conducta, las cuales pueden ser positivas o negativas. Además, la intención conductual está antecedida por la norma subjetiva, es decir, qué tanto el sujeto percibe que para los miembros de su esfera social la conducta es importante. Como se mencionó antes posteriormente uno de los autores originales agrega la variable Control percibido, término similar al de auto eficacia, el cual también incide en la intención conductual, y ésta a su vez en la conducta. Parafraseando a Bosworth et al. (2006), en resumen, la teoría de la acción razonada y la acción planeada, explican la conducta postulando que entre más positivas sean las actitudes de la persona y más positiva sea la norma subjetiva hacia esa conducta, y mayor sea el control percibido, y la intención de realizar la conducta será más intensa. Así mismo, entre más fuertes sean las intenciones conductuales de las personas, y mayor sea el control percibido, más probable será que emitan la conducta deseada.

Con este modelo han realizado algunas investigaciones para explicar las conductas adictivas, las conductas relacionadas con conducir carros, con la alimentación, el ejercicio, el uso de condón para prevenir el VIH/SIDA, y la limpieza bucal, sin embargo hasta el momento de la realización de esta revisión, no se encontró ninguno relacionado específicamente con la adherencia a los medicamentos antirretrovirales.

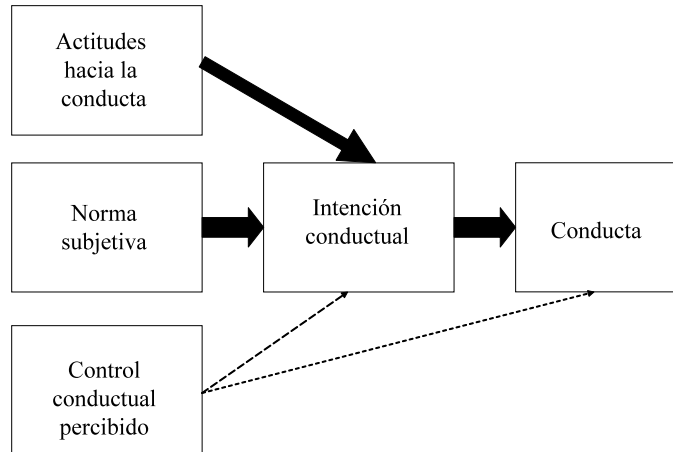


Figura 1. Teoría de la acción razonada (en negro) y acción planeada (en línea punteada), forma de representar los modelos retomado de Bosworth y Voils (2006).

Entre las ventajas que tiene este modelo se encuentran que integra más variables que los modelos lineales, y explica cómo la intención conductual es una variable mediadora de la conducta, y que ésta a su vez tiene variables moderadoras. También tiene como ventaja que toma en cuenta tanto las actitudes de la persona, cómo la información que recibe de su entorno, es decir resalta el papel del sujeto como un ser social.

Algunas de las limitaciones de este modelo son que no toma en cuenta variables que en otros trabajos han mostrado tener una influencia importante en la adherencia como los son la salud mental de la persona, o los conocimientos que puede tener el sujeto sobre las ventajas o desventajas de realizar la conducta que le solicita el médico.

Es de nuestro interés citar uno de los trabajos realizados desde la perspectiva de la Acción Razonada, pues si bien tiene limitaciones, nos gustaría profundizar en uno de los factores que han mostrado una relación más importante sobre la adherencia que las variables demográficas: las creencias sobre los medicamentos. A este respecto, Gatti, Jacobson, Gazmararian, Schmotzer y Kripalani (2009) mencionan que las creencias negativas sobre los medicamentos frecuentemente resultan en decisiones conscientes por parte de los pacientes de no tomar los

medicamentos, es decir una no adherencia intencional. Este equipo de investigación realizó un estudio con 275 pacientes con diversos padecimientos provenientes de Atlanta, E.U., en su mayoría de origen africo-americanos, para conocer la relación entre las creencias de la medicación, los conocimientos de salud y la adherencia auto reportada. Entre sus hallazgos encontraron que efectivamente los pacientes que mostraron menos adherencia al tratamiento obtuvieron bajos puntajes en un Cuestionario sobre Creencias de la Medicación (BMQ, por sus siglas en inglés), también encontraron a través de análisis multivariados que el ser más joven, el tener baja autoeficacia hacia la medicación e hiperlipidemia estaba asociados con un pobre nivel de adherencia.

### **El Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales**

Este modelo creado por Fisher y Fisher (1992), en un primer momento para explicar las conductas de prevención hacia el VIH/SIDA, como el uso del condón, es uno de los modelos que más solidez ha mostrado para explicar la compleja conducta de adherencia a los retrovirales y las variables asociadas con la misma.

El modelo se describe por primera vez en el 2006, y habla de tres factores que deben ser considerados para el diseño, implementación y evaluación de evaluación de la adherencia a los ARV. Los determinantes subyacentes a la conducta de adherencia son de acuerdo con la Figura 2 la información relacionada con la adherencia, en segundo lugar la motivación que tiene la persona hacia la adherencia, y finalmente las habilidades objetivas y percibidas para llevar a cabo el tratamiento.

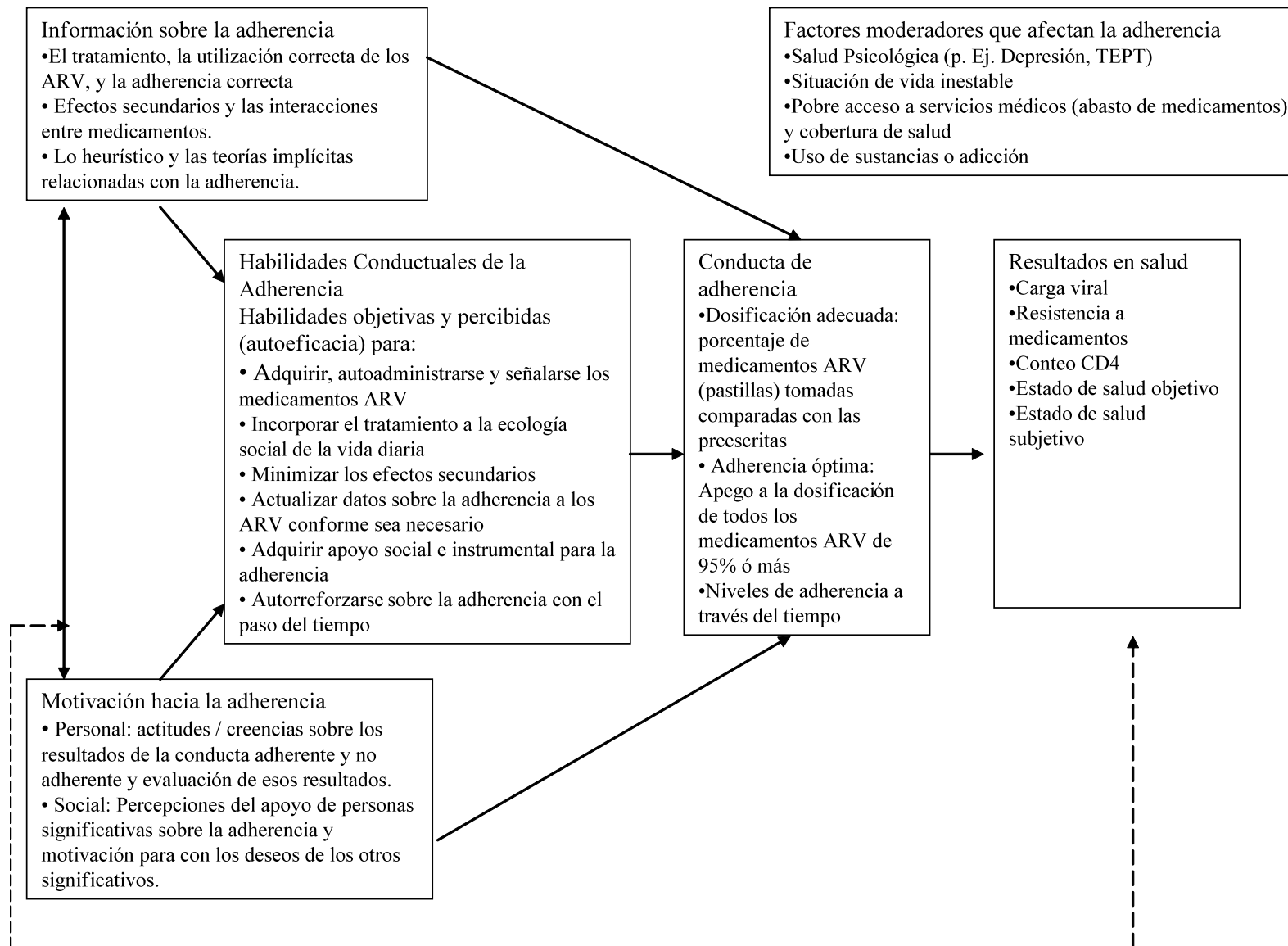


Figura 2. Modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales de adherencia a los ARV Fisher et al., 2008

Los autores mencionan que de acuerdo con este modelo mediacional, es decir, que la información sobre adherencia y la motivación trabajan a través, y están limitadas por, el nivel de habilidades conductuales de adherencia para producir la conducta. Este modelo concibe que las personas más informadas sobre qué es adherirse correctamente al tratamiento (el número de dosis indicado, apego a los horarios, conocimientos sobre los efectos secundarios de los distintos medicamentos), más motivadas a la adherencia (contar con actitudes y creencias positivas hacia tomarse los medicamentos, y tener percepciones de que las personas significativas que le rodean consideran favorable la toma de medicamentos), tendrán una conducta de adherencia, tanto objetiva como subjetiva (autoeficacia) para organizarse, recordar, y autoadministrarse los medicamentos, incluir los medicamentos en su vida diaria, minimizar los efectos secundarios, actualizarse sobre nueva información de los medicamentos, recurrir al apoyo social o instrumental para adherirse a la toma de medicamentos, y auto reforzar su adherencia a lo largo del tiempo.

Queremos aclarar que lo heurístico y las teorías implícitas sobre la adherencia ubicadas dentro de la variable información sobre la adherencia se refieren a afirmaciones tales como “Si me siento bien, probablemente es por que estoy tomando suficientes medicamentos” (Fisher, Fisher, Amico y Harman, 2006). Este tipo de pensamientos pueden ser incorrectos en el sentido de que el paciente puede “darse permisos” pues al sentirse bien, puede, desde su interpretación, ya no necesitar tomarlos más, o puede descansar de ellos por un par de días sin que esto afecte su salud.

Es decir que para realizar intervenciones efectivas, hay que trabajar con los determinantes subyacentes de la adherencia: la información, la motivación y las habilidades conductuales.

Específicamente el modelo IMB afirma que las personas bien informadas, bien motivadas que poseen habilidades adecuadas para llevar a cabo complicados patrones de conducta de adherencia, se adherirán al tratamiento ARV óptimamente a través del tiempo. Los pacientes que están menos informados, motivados, y son menos hábiles, mostrarán niveles inadecuados de adherencia al ARV.

Fisher, Amico, Fisher y Harman (2008) pág. 194

Además, este modelo toma en cuenta que existen variables moderadoras que están en la parte superior derecha de la Figura 2 y se refieren a aquellas alteraciones agudas en el funcionamiento psicológico como lo son la depresión severa, estar en una situación de vivienda inestable, no tener acceso a que un seguro médico, o a servicios de salud, así como tener abuso severo de sustancias o adicciones, situaciones bastante frecuentes en esta población. Es decir que el modelo predice con bastante exactitud la conducta, siempre y cuando no estén presentes algunas de estas dificultades. Si lo están, comenta el autor, habrá que atenderlas para que la persona sea capaz de enfocarse en la adherencia, o se vea óptimamente beneficiada de alguna intervención que atienda los determinantes subyacentes de la adherencia de los que ya se ha hablado arriba.

Un buen ejemplo de las aplicaciones que de este modelo se han llevado a cabo para probar los efectos de intervenciones en la promoción del uso del condón, y de cómo se evalúan los componentes del modelo, es el trabajo de Anderson et al. (2006); este equipo de investigadores demostró que los efectos de un programa para incrementar en el uso del condón en un grupo de mujeres pertenecientes a una zona de bajos ingresos en Estados Unidos obtuvo buenos resultados a través de operar el cambio en las variables IMC y sus precurrentes. Lograron incrementar la información sobre el uso del condón, incrementar las intenciones de usar el condón, cambiar la percepción sobre las normas sociales, lograr que las mujeres tuvieran condones disponibles, así como incrementaran las conversaciones sobre el uso de condón con la pareja. En este trabajo se hace énfasis, como ya se comentó,

en los pre-requisitos para el cambio conductual: la motivación personal, y la motivación social; la primera es antecedida a su vez por las actitudes, las intenciones, y las percepciones de vulnerabilidad hacia la conducta y la motivación social es antecedida por las normas sociales sobre la conducta.

Amico, Toro-Alfonso y Fisher en 2005 al encontrarse la literatura dominada por sólo el estudio de un factor o un pequeño grupo de factores que inciden en la adherencia, realizaron un estudio para probar el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales en un grupo de pacientes VIH+ en una clínica de Puerto Rico, y encontraron a través de Ecuaciones Estructurales que efectivamente la información y la motivación se relacionan significativa y positivamente a las habilidades conductuales, pero no se relacionan significativamente a una óptima adherencia. Concluyen que aunque un individuo esté altamente motivado o bien informado tendrá dificultades en lograr y sostener la conducta de adherencia si no cuenta con las habilidades objetivas para autoadministrarse los medicamentos o se siente incapaz de realizar dicho comportamiento.

Finalmente queremos mencionar el Protocolo de Intervención para la prevención de conductas de riesgo. Este modelo propone y se titula Protocolo de Opciones de Intervención (Options Intervention Protocol). Esta Intervención comprende ocho pasos secuenciales que han demostrado un impacto en la conducta de riesgo, estos pasos se describen en en la Tabla 1.

### **El Modelo Interconductual**

Basado en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica de Ribes (1990), se han formulado existen varios trabajos sobre para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH, particularmente en pacientes mexicanos.

Piña y Sánchez Sosa (2007) presentan este modelo psicológico que cuenta con cuatro fases, dos psicológicas y dos biológicas, las cuales pueden observarse en la Figura 3. La primer fase incluye variables disposicionales, es decir aquellas variables psicológicas e históricas que son un antecedente para la conducta presente, en particular este modelo está interesado en situaciones vinculadas con el estrés, competencias funcionales y motivos. Para este modelo una competencia es:

la organización funcional de las diferentes habilidades e implica siempre *saber hacerlas cosas de acuerdo con los requerimiento impuestos por la situación.*

Piña y Sánchez Sosa (2007) pág. 401

A este modelo le interesa conocer cuál es el estilo interactivo de la persona, pues al ser modos consistentes de acción, predicen los actos futuros. Estos autores definen seis estilos interactivos que se relacionan con el estrés (toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, tendencia al riesgo, impulsividad/no impulsividad y reducción de conflictos) y seis con competencias. La fase dos está conformada por la llegada de la Enfermedad del VIH y otras afecciones aunadas a ésta (p. ej. alguna infección oportunista). En la Fase tres, cuando la persona ya ha sido diagnosticada se toman en cuenta los comportamientos de adhesión y los comportamientos asociados a la enfermedad (ansiedad, aislamiento social, depresión, ira o coraje). Finalmente la Fase 4 son aquellos resultados que se obtendrán fruto de todas las variables de las fases anteriores, que pueden ser una baja o un aumento en la carga viral. Los autores explican que, las variables psicológicas históricas de la fase uno probabilizan la ocurrencia de los comportamientos instrumentales de riesgo y prevención, y a través de ambos ejercen una influencia indirecta sobre los comportamientos instrumentales de adhesión, los cuales eventualmente pueden ser afectados por los comportamientos asociados a la enfermedad.



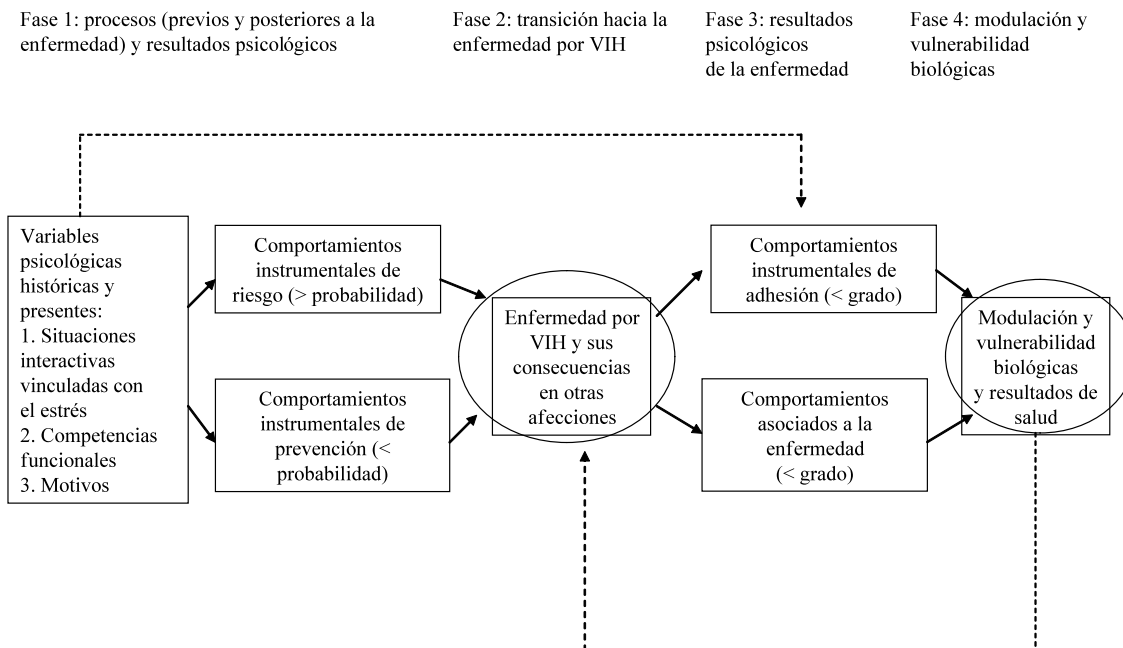


Figura 3. Representación conceptual del modelo psicológico aplicado a la adherencia al tratamiento de personas seropositivas frente al VIH, Piña López et al.

Entre algunas de las investigaciones que se han realizado usando este modelo están un estudio transversal con una muestra de 44 personas con VIH para conocer los efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia. En este trabajo, con ayuda de un análisis de regresión múltiple, se encontró que los motivos y el estrés vinculado con la alta tolerancia a la ambigüedad predecían los comportamientos de adherencia, los resultados del estudio sugieren que el tiempo de infección es una variable que afecta de forma distinta a la adherencia, pues el grupo de pacientes con menos de 55 meses de diagnóstico mostraron como predictores las variables motivos y baja sintomatología depresiva, mientras que los pacientes con más de 55 meses de diagnóstico mostraron que las variables motivos y estrés vinculado con alta tolerancia a la frustración estar más relacionados con la adherencia (Piña, Dávila, Sánchez, Cázares, Togawa y Corrales, 2009).

También se realizó un estudio sobre variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH, haciendo un análisis en función del sexo, en el cual encontraron que en el caso de los hombres, los altos niveles de motivación predijeron los comportamientos de adhesión y en el caso de las mujeres la tolerancia a la ambigüedad y la tolerancia a la frustración emergieron como predictores de los comportamientos de adhesión. Este trabajo subraya lo importante no es conocer las diferencias en la frecuencia con la que los hombres y las mujeres se adhieren al tratamiento, sino qué razones la subyacen, esto con el fin de elaborar programas de intervención tomando en cuenta las particularidades de cada sexo (Dávila, Piña, Sánchez, 2008).

Finalmente es importante mencionar que en relación con la instrumentación, el grupo de investigadores que trabajan con este modelo ha validado la Escala de Depresión de Zung en Personas VIH, Una Escala Breve que Mide Situaciones Vinculadas con Estrés en Personas VIH Positivas, y crearon el Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24).

### **El Modelo de Autorregulación**

Uno de los estudios contribuyentes a estudiar la adherencia a los medicamentos a largo plazo en la enfermedad del VIH/SIDA es el de González, Penedo, Llabre, Durán, Antoni y Schneiderman (2007). A partir del modelo creado por Leventhal, examinaron la relación entre los síntomas del VIH y la adherencia al medicamento, también evaluaron las creencias sobre los medicamentos para el VIH y los estados emocionales negativos como posibles mediadores de esta relación. Como resultados obtuvieron que los pacientes que reportaban un mayor número de síntomas estuvieron asociados con una adherencia al medicamento más pobre y que esta relación estaba parcialmente mediada por el incremento

en la preocupación por la terapia antirretroviral. Contrario a sus expectativas, el ánimo negativo no estaba directamente relacionado con la adherencia al medicamento. Se puede concluir a partir de este trabajo que los pacientes que están más preocupados por los efectos secundarios que podrían tener el tratamiento ARV, muestran mayor desconfianza hacia los mismos y eso los lleva a ejercer mayores niveles de baja adherencia. De acuerdo con esta conclusión, entonces sería importante, realizar intervenciones sobre la información que tienen los pacientes de los efectos del tratamiento para que no abandonen los medicamentos siguiendo creencias imprecisas (Ver Figura 4).

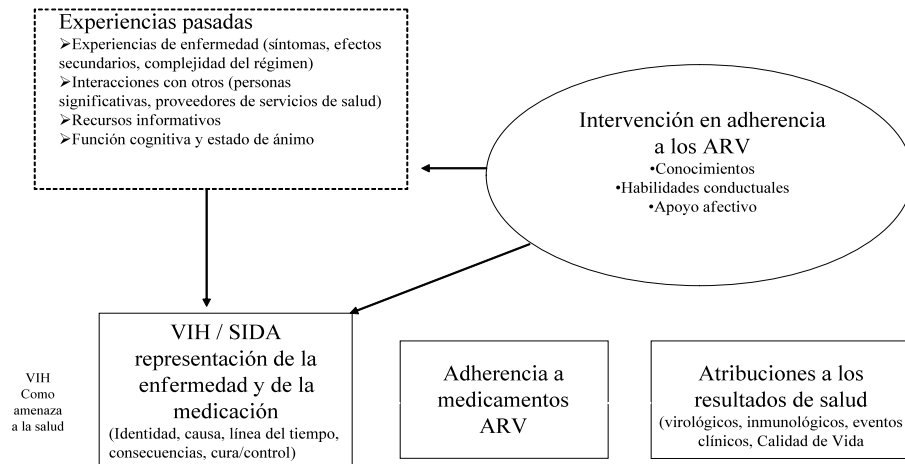


Figura 4. Modelo de autorregulación sobre la adherencia a los medicamentos ARV ( Reynolds , 2001)

Tabla 1

*Protocolo de Opciones de Intervención adaptado de Fisher, Amico, Fisher y Harman (2008).*

Paso	Descripción
1	Establecer una agenda de discusión.
2	Indagar las barreras y facilitadores para cambiar la adherencia percibidos por el usuario.
3	Resumir la información expuesta sobre barreras y facilitadores para cambiar proporcionados por el usuario y elegir uno de ellos para discutirla.
4	Solicitar al usuario que en una escala del 0 al 10 estime la importancia que le da a esa barrera, y el grado de confianza que tiene para superar esa barrera,
5	Basado en la medición de importancia y confianza, explorar en primer lugar aquellas barreras o facilitadores, en las que el usuario mencionó tienen una importancia menor a 7. Si el usuario no mencionó alguna barrera con importancia menor a 7, enfocarse en a las que asignó menor puntuación. Si puntuó en algún caso importancia y confianza igual de altos (en ambos 10) hay que tratar de que se mantengan así, investigando qué situaciones podrían interponerse al tener que tomar la dosis y qué posibles estrategias podrían ser útiles.
6	Se resumirá brevemente la discusión y se discutirán estrategias breves y específicas para elevar la evaluación. Si el paciente no ofrece estrategias, se pedirá permiso para proveer algunas sugerencias.
7	Se trabajará con el paciente para identificar una meta alcanzable y realista.
8	Se dará una receta conductual o alguna otra forma de documentar la meta para que el paciente se la lleve y para que la persona que haga la intervención lo archive y dirija la siguiente sesión. El seguimiento es esencial al comenzar las siguientes sesiones.

## CAPÍTULO 3

### ADHERENCIA TERAPÉUTICA

#### Concepto

El tema del cumplimiento en los tratamientos médicos ha sido estudiado desde hace varios años. En un principio se hablaba de cumplimiento, o apego, sin embargo estos términos tenían una connotación pasiva sobre la conducta de los individuos.

Orgilés, Espada y Méndez (2003) explican cómo ha sido este cambio histórico dentro del concepto de adherencia. En primer término cumplimiento estaba relacionado con el término obediencia, asignándole un rol pasivo al individuo. Más adelante el concepto de adhesión o adherencia es aquel concepto en el que se considera que el paciente tiene un rol activo y participa de forma responsable en su cuidado.

La Organización Mundial para la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), realizó una revisión sobre los mecanismos conductuales que explican la adherencia. Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa, y Willey (2003), en este reporte plantean que la adherencia es un proceso conductual complejo determinado por la interacción de diversos factores, los cuales clasifican en tres grandes grupos: a) las conductas del proveedor de servicios (interacción y comunicación con los pacientes), b) los factores del sistema de salud (disponibilidad y accesibilidad de los servicios, apoyo para la educación de los pacientes, recolección de datos y manejo de los mismos, entrenamiento para los profesionales de la salud, entre otras, y c) los atributos de los pacientes (edad, sexo, educación, ocupación, ingreso, situación marital, raza, religión, presencia de problemas de salud mental como ansiedad y depresión, conocimientos sobre la enfermedad), finalmente características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento, por ejemplo, crónica versus aguda. Estos autores mencionan que “la adherencia puede ser mejor entendida como el

reflejo de un proceso de esfuerzos que ocurren a través del curso de una enfermedad, para tratar de cumplir las demandas conductuales del tratamiento” (p.137).

Berlant y Pruitt (2003) definen la adherencia terapéutica como la frecuencia, intensidad o exactitud aceptable de conductas específicas, dadas las circunstancias, que están asociadas con la mejoría en los resultados clínicos. Estos autores mencionan que la adherencia son conductas influidas por una multiplicidad de factores relacionados con el paciente, con el proveedor de servicios de salud y con los niveles de la organización encargada del cuidado de la salud.

La falta de adherencia al tratamiento según Johnson y Carlson (2004), puede ser de dos maneras inadvertida por parte del usuario y profesional por parte del equipo médico. La falta de adherencia inadvertida de acuerdo con este autor sucede cuando las instrucciones proporcionadas por los médicos son comunicadas vagamente, cuando la persona no comprende o no recuerda lo que incluye el régimen médico, o cuando el usuario no tienen el conocimiento o la habilidad técnica para realizar ciertas conductas. La falta de adherencia por parte del equipo médico ocurre cuando el médico no proporciona el tratamiento o la información adecuada, o cuando no sigue las guías para el padecimiento.

### **Costos de la falta de adherencia Terapéutica en VIH/ SIDA**

La falta de adherencia terapéutica en las personas con VIH / SIDA tiene diversas repercusiones tanto a nivel macro como a nivel micro. González (1998) menciona que el impacto negativo es para la familia, las personas y los países. Entre algunas consecuencias que este autor considera están las siguientes: el ausentismo laboral, la discapacidad, la muerte prematura, los gastos de tratamiento, mitigación y entierro, y la viudez y orfandad.

Este autor considera entonces que el VIH / SIDA no es un padecimiento que el individuo afronte de forma individual, pues las afectaciones no de estar infectado de este virus, sino de no

seguir el tratamiento tiene efectos en cadena. En primer lugar el trabajador comienza a ausentarse por presentar complicaciones de la enfermedad, lo que es seguido de una discapacidad que lo dejará al auspicio de su familia o su red social cercana. En esta fase si el deterioro continua, la persona puede llevar a la familia a utilizar todos sus recursos económicos y humanos para gastos de tratamiento, visitas a la sala de urgencias, hospitalizaciones y en casos extremos la muerte que implica también un gasto económico para el que la familia no estaba preparada, y tampoco preparada estaba para la pérdida del familiar el cual puede a su vez dejar desprotegidos a sus hijos o pareja. El desgaste que significa este camino tanto para la persona VIH positiva como para su familia puede ser altísimo, generando sentimientos de desesperanza, ansiedad, e incluso para los cuidadores primarios el síndrome de burnout, o sentirse quemado. De lo anterior se puede concluir entonces, que los gastos de los sistemas de salud deberán estar dirigidos no sólo a la prevención de la infección, ni a proporcionar medicamentos a grupos de riesgo, sino a proporcionar a las personas con VIH / SIDA el apoyo necesario para lograr adherencia al tratamiento, es decir un programa integral para esta población.

Por otro lado Martín (2006) establece que, en primer lugar la adherencia es la expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la salud. En México, de los 38,510 pacientes que tienen seis meses o más en ARV al 7 de diciembre del 2000, el porcentaje de pacientes con carga viral <400 copias fue de 58.6%, y al 31 de marzo del 2011 de 65.7% (Secretaría de Salud, 2011). Menciona que las repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente son diversas entre las que se pueden señalar tres grandes grupos: las consecuencias médicas o clínicas, las consecuencias económicas, y las consecuencias sociales (Ver Cuadro 2).

Scalera, Bayoumi, Oh, Risebrough, Shear y Tseng (2002) también hacen un análisis de las implicaciones clínica y económicas de la falta de adherencia a los ARV en la infección del VIH, y hacen varios señalamientos. En primer lugar explican que el uso de los antiretrovirales cambiaron dramáticamente la historia del VIH, al significar una opción para el aumento de la esperanza de vida de los pacientes, pero exige un 95% de adherencia para obtener sus máximos beneficios. Los autores señalan que no existen a la fecha estudios que exploren los costos asociados a la baja adherencia, por lo que los autores deciden hacer un llamado a reflexionar sobre los costos directos e indirectos que se derivan de estas conductas como lo son la falla del tratamiento, creación de cepas resistentes del virus, incremento en el número de hospitalizaciones, así como una progresión más rápida al SIDA. Los autores también realizan una revisión de las intervenciones enfocadas a la mejora de la adherencia terapéutica y sugieren que aquellas

### **Prevalencia sobre la falta de adherencia terapéutica**

México no es la excepción sobre el problema de la adherencia terapéutica. La Secretaría de Salud, a través del Sistema de Administración, Logística, y Vigilancia de los ARV, presentó datos al 31 de marzo del 2011 los cuales muestran grandes diferencias en los niveles de adherencia de las personas que viven con VIH y están en tratamiento antirretroviral en la República Mexicana.

### **Medición de la Adherencia Terapéutica**

Existen algunos métodos para evaluar la adherencia terapéutica. En primer lugar están los indicadores de salud, por ejemplo pruebas en sangre, en segundo lugar están los informes proporcionados por el personal médico, en tercer lugar existen las observaciones conductuales, en cuarto lugar tenemos el recuento de la medicación sobrante, en quinto lugar está la entrevista



personalizada o el autocuestionario, en sexto lugar la monitorización electrónica y por último el control de la dispensación (Johnson y Carlson, 2004).

Bennett y Newman (2004) mencionan que cada uno de estos métodos presenta algunas dificultades. Las pruebas en sangre por ejemplo no han podido documentar la correspondencia 1:1 entre la adherencia al régimen y el control que muestran las pruebas del laboratorio. En el caso de los informes proporcionados por el personal médico, éstos tienden a clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes y no suelen especificar en qué conductas las personas tienen más dificultades para cumplir con el tratamiento. Por otro lado el recuento de la medicación sobrante, la monitorización electrónica (que requiere de un alto nivel de inversión), y el control de la dispensación en los centros de salud pueden ser manipuladas pues el usuario puede desechar los medicamentos en vez de ingerirlos o incluso venderlos. Finalmente en los informes personalizados, en ocasiones son alterados pues las personas están preocupadas por la imagen que quieren dejar al médico sobre su cumplimiento. Aparentemente son las observaciones conductuales los instrumentos que han mostrado mayor eficacia tanto por su especificidad como por su habilidad de detectar si la persona tiene algún déficit en la habilidad o falta de conocimientos para seguir su tratamiento, cabe mencionar empero que estos métodos requieren un trabajo intensivo y observadores entrenados para asegurar la confiabilidad de la codificación conductual.

A decir verdad es difícil definir qué es la adherencia terapéutica, es decir qué significa apearse al tratamiento tanto para los médicos como para los pacientes, lo cual puede ser distinto. Sankar, Nevedal, Neufeld y Luborsky (2007) realizaron un estudio cualitativo en el que trataron de indagar el constructo “omitir la dosis” el cual es central para la medición de la adherencia, y sobre todo conceptualizar cómo los pacientes y los clínicos conceptualizan el

“omitir la dosis” y el grado de concordancia entre clínicos y pacientes. Para lograr este objetivo entrevistaron a 45 pacientes afroamericanos sero positivos que estaban en tratamiento HAART así como a 17 de sus clínicos a través de entrevistas semi estructuradas. Los resultados revelaron una gran variabilidad en la concepción de lo que es omitir una dosis visto desde el punto de vista de los usuarios, en comparación con los médicos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Un punto más interesante es que los pacientes reportaron una definición más estricta de omitir una dosis en relación con los clínicos. El 55% de los pacientes pensaban que el retraso de seis horas en la toma de una pastilla ya es omitir la dosis, en cambio, sólo un médico estuvo de acuerdo en esta afirmación. Por otro lado más de un tercio de pacientes pensaron que una dosis omitida sería saltársela por completo, pero sólo el 12 % de los clínicos estuvieron de acuerdo con esto. Las implicaciones de este trabajo inciden en la validez de constructo de las medidas de autorreporte en la adherencia, sobre todo para las conductas de adherencia basadas en las concepciones de saltar una dosis, también tiene implicaciones para entender las relaciones entre médicos y pacientes y la comunicación en el ambiente sanitario.

Así como hay una distancia entre lo que los pacientes y los médicos creen que significa “saltarse una dosis”, también existen otros pacientes que afirman tener adherencia a los medicamentos y no es lo que los médicos calificarían como adherencia adecuada. Es aquí donde aparece el constructor adherencia diferencial (tomar selectivamente los medicamentos). Es decir, que hay un grupo importante de pacientes que toman sus medicamentos sólo de lunes a viernes, o toman consistentemente dos de los tres medicamentos recetados. Gardner et al., publicaron hicieron una investigación en el 2008 en la que estimaron la adherencia diferencial, sus predictores y consecuencias en un grupo de pacientes VIH+. Encontraron que el 29% de los pacientes reportaron haber tenido por lo menos una vez adherencia diferencial. Comparados con

los pacientes que no realizaban esta conducta, los pacientes que practican la adherencia diferencial mostraron una mayor probabilidad de mostrar falla virológica. Los autores hablan de que la complejidad del régimen y su tolerabilidad, pueden funcionar como factores que predicen la adherencia diferencial.

Existe un conjunto de instrumentos para medir la adherencia a los medicamentos a través del autoreporte en personas VIH+, los cuales se han estado probando en la última década. Esta batería está conformada por dos cuestionarios de autorreporte que inicialmente fueron contruidos para ser usados como línea base en el Grupo de Ensayos Clínicos de pacientes Adultos con SIDA (AACTG, por sus siglas en inglés) en poblaciones Estadounidenses (Chesney, Ickovics, Chambers, Gifford, Neidig, Zwicki, y Wu, 2000). Además de información sociodemográfica estos instrumentos retoman las siguientes áreas que los autores hipotetizan están relacionadas con la adherencia: a) razones para ingresar al estudio y posibles razones de abandono, b) autoeficacia sobre la adherencia y creencias sobre la efectividad de los medicamentos, c) estrés psicológico y apoyo social (incluye la escala CES-D para evaluar depresión), d) uso del alcohol y drogas, e) adherencia al medicamento antirretroviral. Estos instrumentos fueron probados con 75 pacientes y es uno de las primeras propuestas de cómo evaluar las variables que teóricamente se han planteado. Aunque la sección de autoreporte se sigue utilizando, las demás secciones han servido de base para generar instrumentos que contemplen el fenómeno de la adherencia en su conjunto.

Afortunadamente se está trabajando en instrumentos para medir la adherencia diseñados por investigadores mexicanos y probados población nacional. Uno de ellos el “Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (Piña-López, Corrales-Rascón, Mungaray-Padilla y Vidrio, 2006),

fue probado en sus propiedades psicométricas en 68 personas seropositivas en Hermosillo, México, obteniendo buenos niveles de significancia estadística a través de la prueba *t* de student en 25 de 30 preguntas. Este instrumento responde a la necesidad, según los autores de que “Estamos obligados, en consecuencia, no sólo a disminuir el sufrimiento de quienes están infectados por el VIH, sino también a procurar mejorar su calidad de vida durante el mayor tiempo posible” (p. 218). Dicho instrumento está basado en el modelo conceptual de salud biológica de Ribes (1990) y toma en cuenta la relación entre los factores que incluyen variables de relevancia teórica para este modelo, por ejemplo, las situaciones vinculadas con el estrés y los comportamientos asociados con la enfermedad.

Con el objetivo de no ser reiterativos en el Cuadro 3 mencionaremos los instrumentos para adultos que actualmente existen sobre adherencia a los medicamentos antiretrovirales, fruto de la revisión realizada. Un grupo de instrumentos sólo mide adhesión a la toma de medicamentos, otro grupo de instrumentos mide además de la conducta de adhesión otras variables relacionadas y otros miden éstas últimas:

### **Factores que afectan la Adherencia Terapéutica**

El siguiente apartado, tiene como intención describir algunos de los factores que funcionan como facilitadores de la adherencia así como aquellos que funcionan como barreras para la adherencia terapéutica.

Ampliamente se ha investigado en distintos padecimientos cuáles son las variables o factores que facilitan o impiden la adherencia terapéutica. Parece que los autores coinciden en algunos muy generales, por ejemplo, Pinheiro, de-Carvalho-Leite, Drachler, y Silveira (2002) señalan que algunos de los factores que afectan negativamente la adherencia son: ser joven, tener ascendencia africana, bajos niveles de escolaridad, factores psicológicos como padecer

depresión, altos niveles de estrés, condiciones psiquiátricas, beber excesivamente, usar drogas, número de medicamentos que deben tomarse diariamente, número diferente de medicamentos.

Berlant y Pruitt (2003), por su parte, mencionan que los factores que afectan la adherencia terapéutica al nivel del paciente consisten en el conocimiento y las creencias que tiene la persona sobre la enfermedad, la automotivación y autoeficacia relacionada a las conductas de manejo de la enfermedad, así como las expectativas relacionadas con los resultados de ser o no adherente. Adicionalmente dice el autor, existen factores relacionados con la enfermedad y con el tratamiento que afectan la adherencia terapéutica, entre los que se encuentran a) las dificultades sociales, ocupacionales, físicas y psicológicas resultantes de los síntomas y del tratamiento mismo; b) el significado cultural de la enfermedad y del tratamiento; c) la severidad y pronóstico de la enfermedad; y d) la complejidad, tiempo, grado de beneficios y efectos colaterales del tratamiento.

En el caso de la conducta de adherencia los medicamentos antiretrovirales, la conducta se vuelve más compleja, pues la mayor parte de los pacientes son jóvenes, y les recetan muchos medicamentos diariamente, algunos de ellos con distintas instrucciones, “ser tomados con alimentos”, “tomarse con el estómago vacío”, “tomarse sólo con líquidos”, entre otros. Entonces se conjuntan varios factores que hacen el estudio de la adhesión al ARV muy particular.

Incluso dependiendo de qué adhesión se evalúe (en los últimos tres días, en la última semana, o en el último mes), diferentes variables pueden estar asociadas a cada una. Queremos citar nuevamente el trabajo de Murphy, Marelich, Hoffman, y Steers (2004) investigaron cómo se daban estas asociaciones en un grupo de 115 pacientes VIH+ a través de entrevistas cara a cara en las que obtuvieron información relacionada con cuatro categorías: factores demográficos, factores relacionados con la medicación, factores individuales, y factores sociales. Preguntaron a

los pacientes sobre sus niveles de adherencia, sobre los efectos secundarios que padecían consecuencia de la medicación, sobre su salud mental (depresión), sobre el apoyo social, sobre la relación entre el ellos y su médico, el uso de sustancias y la ansiedad hacia la salud. Se tomaron estos tres momentos de la adhesión que mencionamos antes y encontraron detalles interesantes, pues algunos factores funcionaron como facilitadores y otros como barreras. La adhesión de los últimos tres días estaba relacionada con la salud mental, el apoyo social, la relación médico-paciente, y era predicha por los efectos secundarios. La adhesión en la última semana estaba asociada con la edad, y las medidas de apoyo social, mostrando una relación marginal con los efectos secundarios. Finalmente encontraron que la adhesión del último mes se predijo con menor fuerza con el apoyo social. La hipótesis que plantearon en un primer momento de que niveles más altos de depresión y ansiedad, así como niveles bajos de apoyo social, y niveles altos de efectos secundarios estarían asociados con baja adherencia mostró comportarse en diferentes direcciones según el momento de la adherencia encuestado. También hallaron, a la par de otros trabajos, que los pacientes de mayor edad, tienden a adherirse más que los jóvenes.

Hablando de la juventud como factor de riesgo para la adherencia, se han realizado trabajos para explicar, por un lado cómo difiere el ser joven y tener sida, en comparación con ser adulto, y por otro lado cómo se comportan los factores asociados con la adherencia en adultos en este grupo de población. A este respecto es interesante el hallazgo que Naar-King, Templin, Wright, Frey, Parsons y Lam, realizaron en el 2006 con un grupo de pacientes de 16 a 24 años. Tomando en cuenta que la baja auto-eficacia, el apoyo social limitado, y distrés psicosocial han mostrado estar asociados con una pobre adherencia en la población adulta, estos autores utilizando el Cuestionario de Adherencia en Adolescentes desarrollado por el Grupo de Estudios Clínicos Pediátricos de SIDA encontraron que este grupo de 24 pacientes estadounidenses que

sólo la autoeficacia y el distrés estaban correlacionados significativamente con la adherencia, y no el apoyo social. Estos resultados podrían sugerir que las intervenciones deben estar hechas “a la medida” de las necesidades de la población a la que se dirigen, en este caso, para jóvenes con VIH atender la salud mental y la autoeficacia.

Esta misma autora ha realizado trabajos para explicar los factores psicosociales que influyen la adherencia en pacientes pediátricos VIH+ y éstos están más relacionados con sus cuidadores, quienes en caso de consumir alcohol y drogas, hacen más probable la falta de adherencia (Naar-King, Frey, Harris, Secord, y Ellis, 2006).

Otro de los factores que consistentemente se ha hallado como de riesgo para la adherencia terapéutica es el estar en situación de calle, aparentemente funciona como un factor predictor de los resultados de la salud y de los medicamentos. Estudios como el de Kidder, Wolitski, Campsmith y Nakamura (2007) refieren que los pacientes VIH+ están en un mayor riesgo de tener resultados negativos en su salud, pues su trabajo con 7,925 pacientes reclutados en 19 ciudades norteamericanas, de los cuales en el momento del estudio 304 estaban en situación de calle, revelaron que tanto el autoreporte del conjunto de salud física y mental, así como la adherencia, y la carga de CD4 era más pobre en comparación con aquellos pacientes que ya no estaban en situación de calle. Además, como es lógico, la mayoría de estas personas no contaban con seguro médico, y eso las llevaba a ser ingresadas con mayor frecuencia en el área de Urgencias de los Hospitales o Clínicas. Encontraron que esta situación estaba también asociada con no haber tenido acceso a medicamentos ARV. Los autores concluyen que las personas en situación de calle (PSC) requieren de más servicios médicos y sociales, y que la provisión de la vivienda es potencialmente un mecanismo importante para mejorar la salud de este grupo vulnerable.

Roberts, Towell, Golding (2001) mencionan que desde hace tiempo algunos investigadores tienen la hipótesis de que el estrés psicológico y los bajos niveles de apoyo social pueden interferir en el progreso de VIH al SIDA. También mencionan que a pesar de que esta hipótesis no ha sido comprobada, existe evidencia que señala que algunas variables psicosociales están consistentemente asociadas con la sintomatología reportada del. Lo importante es saber en qué medida éstas las variables pesan más que otras en relación con la adherencia.

Por ejemplo, Remor (2002) observó en un estudio realizado con 92 pacientes VIH+ adultos bajo tratamiento antirretroviral que sólo un tercio de los sujetos cumplieron los criterios de adhesión estricta. Observó también que el grado de adhesión presentó una asociación significativa con la carga viral (línea base y a los 6 meses de seguimiento). Las variables psicosociales ansiedad, depresión, apoyo social y estrés mostraron relación con el grado de cumplimiento de los pacientes, y aquellos pacientes con un menor tiempo de infección por VIH mostraron mayor grado de cumplimiento. Lo anterior puede dar luz sobre cómo la ansiedad, la depresión y el apoyo social funcionan como barreras, y el tiempo de infección como variable facilitadora para que la persona cumpla con el tratamiento.

Law y Buermeier (2005), por su parte, mencionan que las características de la depresión incluyendo apatía y pérdida de energía pueden reducir la motivación hacia el auto-cuidado o la adherencia al tratamiento; de forma similar la ansiedad puede estar asociada a rumiar pensamientos de preocupación sobre efectos potenciales del tratamiento, reduciendo la persistencia del paciente al tratamiento a pesar de sus beneficios potenciales. (En este sentido se hablará en capítulo subsecuente sobre las distorsiones cognitivas en personas con VIH / SIDA).

Hubbard (2006), desde la visión de la enfermería, señala que los pacientes con VIH / SIDA se enfrentan a cuatro obstáculos para la adherencia. En primer lugar los relacionados con



la enfermedad. A este respecto menciona que los niveles de cumplimiento son consistentemente más bajos en enfermedades crónicas y / o asintomáticas. En segundo lugar menciona aquellos factores relacionados con los pacientes, (algunos que han mostrado asociaciones inconsistentes como la edad, la raza, el nivel económico, la disponibilidad de un hogar, y depresión, y en el otro extremo aquellos como el abuso de sustancias, consumo de alcohol que están relacionados con la no adherencia), la investigadora comenta que la medicación sirve como un recordatorio negativo de la propia infección. En tercer lugar menciona los factores relacionados con el proveedor entre los que recuenta la falta de experiencia, el poco tiempo utilizado en clínicas saturadas, y sobre estimación o subestimación de adherencia por parte de los paciente entre otras. Finalmente habla sobre los factores relacionados con el tratamiento entre los cuales incluye los efectos colaterales asociados con los ARV, y la complejidad del tratamiento (frecuencia de las dosis, carga de pastillas, instrucciones dietéticas, conveniencia y habilidad para incorporar el régimen de tratamiento a la vida diaria del paciente, entre otras). Aparentemente esta forma de organizar los factores que funcionan como obstáculos para la adherencia es útil para comprender el fenómeno, pero también para trazar estrategias que incorporen todos estos ámbitos.

Es importante mencionar que a pesar del conocimiento existente, se sigue trabajando sobre la existencia de variables psicosociales particulares en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales que pueden influir en la adherencia al tratamiento. Una aproximación para lograr esta especificidad es el de Vera-Villaroel, Pérez, Moreno, Allende (2004) quienes realizaron un estudio descriptivo transversal para analizar diferencias entre catorce variables psicosociales, entre ellas, estrés, estilos de afrontamiento, apoyo social, ansiedad y depresión en una población chilena. Estos autores compararon la influencia de las variables en poblaciones portadoras no sintomáticas del VIH y no portadoras del VIH. Los resultados indicaron que sólo se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión, destacándose mayores índices de ansiedad en hombres y mujeres seropositivos y heterosexuales. En relación a la depresión, encontraron mayores índices sólo en hombres heterosexuales seropositivos. Los autores sugieren que existe una posible influencia de las presiones culturales, prejuicios y poca ayuda específica. Estos datos son de considerarse pues un programa de intervención debe tomar en cuenta que dentro de la población infectada con el virus del VIH / SIDA, existen algunas personas con mayores riesgos de tener depresión o ansiedad y esto a su vez afecta la adherencia terapéutica y debe ser abordado como parte del programa.

Por otro lado, Ladero, Orejudo, Carrobles (2005) realizaron un estudio cuyo objetivo era la exploración existente entre la adhesión al tratamiento antirretroviral y algunas variables psicológicas y sociales en una muestra de pacientes VIH +, adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. Clasificaron a los participantes en adherentes y no adherentes según intervalos temporales (día, semana y mes anterior) y grado de cumplimiento (alta y baja exigencia). Estos autores encontraron que la autoeficacia percibida y el esfuerzo necesario percibido muestran tener un efecto predictor sobre la adherencia. Así mismo, observaron que la autoeficacia percibida de los pacientes depende del apoyo del centro de tratamiento a las drogodependencias, de la frecuencia de asistencia al mismo, de tener automatizadas las tomas de la medicación y de la ansiedad experimentada. En todas las variables los autores observaron una relación estadísticamente significativa con el cumplimiento de la medicación antirretroviral. Mencionan que la falta de adhesión a los tratamientos antirretrovirales supone la principal amenaza para el fracaso terapéutico de esta enfermedad, ya que, a diferencia de lo que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica, aumentan los riesgos de transmitir cepas resistentes del virus.

Es importante incluir estudios que se han realizado en países con condiciones similares al nuestro, es decir, pertenecientes al tercer mundo, donde en ocasiones los factores que inciden en la adherencia están relacionados con un entorno social de pocas oportunidades. Es el caso del estudio que realizaron en Chennai, India, Safren, Kumarasamy, James, Raminani, Solomon, y Mayer (2005). Estos autores encontraron que los niveles de adherencia de un grupo de 304 pacientes era en su mayoría “regular” (74.3%), con una minoría significativa siendo “irregular” (17.8%). Como es de esperarse aquellos que tienen una adherencia irregular tienen significativamente más bajo el nivel de los CD4 que aquellos que reportan una adherencia regular. En esta población los autores encontraron que la adherencia no estaba significativamente relacionada con variables demográficas, sino con los cambios del CD4 actual y con cambios en los CD4 en el inicio de la terapia con ARV. Los autores señalan que evaluar la adherencia y el realizar intervenciones sobre la adherencia en distintos escenarios requiere investigación formativa y usar los datos disponibles, para poder llevar esas intervenciones de países de Occidente a Oriente. Como en México, en este artículo se llama la atención sobre cómo los costos de los exámenes médicos son prohibitivos para muchos pacientes, y la razón número uno por la cual los pacientes afirman no ser adherentes es por los costos, pareciera que dejan de tomar los medicamentos, o “toman vacaciones” de ellos, por ahorrar dinero. Una razón más que les impide ser adherentes y que tiene que ver con los costos, es la imposibilidad de regresar para que les den el medicamento. Estos aspectos son de importancia capital pues en el resto de la bibliografía citada en esta revisión se pasan de largo.

Finalmente queremos mencionar un estudio que habla de una conducta común entre los pacientes VIH+ en ARV, las “vacaciones de medicamentos”. Deloria-Knoll, Chmiel, Moorman, Wood, Holmberg, y Palella (2004), los Investigadores del Estudio HOPS, indagaron qué factores

estaban relacionadas con la adherencia y entre sus hallazgos se encuentran que en la población que evaluaron  $n= 255$  (mayormente masculina con una mediana de 41 años), el 28% de ellos habían tenido por lo menos unas “vacaciones de medicamentos” en el pasado. Las razones por las que estos pacientes refieren saltarse la toma de medicamentos, por olvido (58%) o por causa de los efectos secundarios (30%). También señalan que aquellos pacientes que se saltaron los medicamentos eran más jóvenes, bebían alcohol con mayor frecuencia, y era más probable que estuvieran desempleados o temporalmente impedidos para trabajar. Un detalle interesante es que la presencia de depresión hacía más probable saltarse los medicamentos, sentir que las pastillas eran “difíciles de tomar” así como tomarse “vacaciones de los medicamentos”. Con base con la teoría, también encontraron que aquellos pacientes a quienes les prescribieron más de 15 medicamentos mostraba menos adherencia.

En conclusión, aparentemente existen factores que afectan a la mayoría de los pacientes con VIH / SIDA como son el tiempo de infección, la autoeficacia percibida, los índices de depresión y el apoyo social. No queda claro todavía si el conocimiento sobre la enfermedad está tan relacionado como los demás factores. Los anteriores estudios dan la pauta sobre los factores específicos que influyen en estas poblaciones para que los programas de intervención los tomen cuenta al momento de elegir los contenidos de los mismos, pues aunque se sabe que el padecer un enfermedad crónica aunado a ciertos factores puede incrementar o decrementar la adherencia, los pacientes con VIH / SIDA son personas con un perfil muy especial a atender.

Tabla 1

*Las consecuencias médicas o clínicas, las consecuencias económicas, y las consecuencias sociales, según Martín (2006).*

Las consecuencias médicas o clínicas	Las consecuencias económicas	Consecuencias sociales.
Recaídas más intensas.	Gasto invertido en medicamentos que no consume.	Carga de sufrimiento físico.
Aumento en el riesgo de dependencia al medicamento.	Ausentismo Laboral.	Limitaciones irreversibles y progresivas que afectan la calidad de vida.
Aumento de riesgo de efectos adversos del propio medicamento.	Baja en la productividad.	Prolongación de la recuperación o control de la enfermedad, manteniendo la presencia de síntomas y estrés continuo.
Aumento en el riesgo de toxicidad sobre el abuso del medicamento.	Pérdidas sensibles en la economía familiar.	Reajuste de orientación vocacional, metas y propósitos.
Aumento el riesgo de accidentes al combinar el medicamento con ciertos alimentos no indicados.	Almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar.	Interferencia en la comunicación de roles y responsabilidades.
	Intoxicaciones accidentales en niños.	Aumento en el sufrimiento de los allegados.
	Aumento en la automedicación irresponsable.	Generación de crisis entre los miembros.
	Producción de medicamentos no utilizados	Recaída de la responsabilidad del tratamiento en otras personas.
	Consultas planificadas que no se ejecutan.	
	Aumento de intervenciones, hospitalizaciones y uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos.	

Tabla 2

*Instrumentos que miden la adherencia terapéutica a los ARV*

Nombre del instrumento	Autores	Variables que toma en cuenta, modelo teórico
Life Windows Information Motivation and Behavioral Skills Adherence to Antiretrovirals Questionnaire (LW-IMB-AAQ)	Proyecto del Equipo de LifeWindows Team, 2006 Fisher, J.D., Amico, K.R., Cornman, D.H. y Fisher, W.A., Barta, D.H., LeMieux, A., Portnoy, D., Norton, W., Redding, C., Shuper, P., Strickler, Z., y Trayling.C. (2006)	Información, Motivación y Habilidades Conductuales.
Instrumentos de Adherencia AACTG	Chesney, Ickovics, Chambers, Gifford, Neidig, Zwickl y Wu (2000)	Creencias y conocimientos sobre los medicamentos, apoyo social para al toma de medicamentos, barreras, adherencia, ánimo depresivo, autocontrol emocional, y hábitos de salud.
Escala Visual Analógica de la Adherencia a los ARV.	Amico, Fisher, Cornman, Shuper, Redding, Konkle-Parker, Barta y Fisher (2006)	Porcentaje de medicamento que ha tomado el paciente en comparación con lo que le han recetado.
Encuesta para medir variables psicológicas y comportamentales de adhesión al tratamiento en personas VIH+ (VPAD-30)	Piña López, Corrales Rascón, Mungaray Padilla, Valencia Vidrio (2006)	Comportamientos de adhesión presentes y tratamiento, motivos que subyacen a los comportamientos de adhesión o falta de adhesión, bienestar psicológico y competencias sociales y comportamientos de adhesión pasados.
Cuestionario de toma de Medicamentos Antiretrovirales	Godin, Gagné y Naccache (2003)	Adherencia, y situaciones que de la vida diaria que pueden afectar la adherencia.
Escala de Autoeficacia hacia el Tratamiento del VIH (HIV-ASES)	Johnson, Neilands, Dilworth, Morin, Remien y Chesney (2007)	Autoeficacia.

Tabla 2 (continuada)

*Instrumentos que miden la adherencia terapéutica a los ARV*

Nombre del instrumento	Autores	Variables que toma en cuenta, modelo teórico
Evaluación cruzada in-situ del paciente (Proyecto EPPEC)	Morin y Myers (2007)	Datos sociodemográficos, condición médica actual, salud en general, actitudes y creencias hacia el VIH, servicios de salud, autoeficacia a la solución de problemas, riesgo sexual, y uso de drogas.
Encuesta sobre adherencia al tratamiento de VIH/SIDA en Puerto Rico	Amico, Toro-Alfonso, Fisher, Andujar, y Calderón (2001)	Información, Actitudes, creencias, habilidades conductuales, apoyo social, autoeficacia, consumo de sustancias, y adherencia.
Afrontando los Efectos Secundarios del tratamiento del VIH SECOPE	Johnson y Neilands (2007)	Estrategias para hacer frente a los efectos secundarios al tratamiento del VIH, y afrontamiento enfocado a las emociones positivas.

## **CAPÍTULO 4**

### **EL MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES**

#### **CONDUCTUALES**

##### **Los orígenes del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales**

El Modelo IMB fue creado en un intento de aplicar la conceptualización, metodología y técnica de medición psicosociales y darle sólidas bases teóricas al estudio de la prevención del VIH/SIDA. Dicho Modelo creado en 1992, ha sido empleado para estudiar, prevenir e intervenir en conductas de riesgo hacia el VIH en adolescentes, en personas que tienen sexo con su mismo sexo, en relaciones de pareja, en personal militar, en usuarios de drogas, en personas con desórdenes mentales severos, y en personas que viven con VIH. Así mismo, se ha utilizado para entender y promover la anticoncepción en adolescentes, la abstinencia sexual, la reducción de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), y más recientemente como un modelo de cambio hacia conductas de salud, especialmente en el estudio de la adherencia al tratamiento antiretroviral.

El Modelo IMB fue creado en respuesta a la epidemia de VIH, y aunque en los últimos cinco años se ha trabajado con poblaciones tan diversas como las que padecen diabetes (Osborn y Egede, 2011), uso de tabaco (Shell, Newman, Perry y Folsom, 2011), y predicción de la actividad física y consumo de frutas y verduras en adolescentes (Kelly, Melnyk, y Belyea, 2012), por mencionar algunos, el presente capítulo sólo hará una revisión de los trabajos relacionados con la adherencia a los medicamentos antiretrovirales en PVVIH.

El presente capítulo hace una revisión de la investigación más actualizada, en la que se ha puesto a prueba el modelo IMB de adherencia a la medicación antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA. Se revisa detalladamente la selección de la muestra de los estudios, la



metodología empleada y se discuten los resultados obtenidos. Es de especial interés conocer si las variables de Información, motivación y habilidades conductuales están asociadas a la adherencia a los medicamentos (Ver Tabla 1).

### **Estudios realizados con el Modelo IMB y sus resultados**

La primera vez que se utilizó el modelo IMB para evaluar adherencia a los medicamentos ARV fue en el año 2001. Kalichman et al., hicieron un estudio exploratorio en el que examinaron algunos factores cognitivos y conductuales asociados con la adherencia al tratamiento del VIH. Este estudio fue realizado con mujeres y el objetivo fue comparar a las mujeres que al momento del estudio estaban tomando sus medicamentos antiretrovirales y habían omitido tomar al menos una dosis de medicamentos en la última semana versus aquellas mujeres que habían sido completamente adherentes al tratamiento en el mismo lapso. Participaron 112 pacientes (edad promedio 38 años), 88% de ellas afroamericanas, 72 de las cuales estaban en tratamiento ARV. Las mujeres completaron encuestas confidenciales y entrevistas para evaluar su estado de salud relacionado con el VIH, les hicieron preguntas sobre el régimen de tratamiento, y evaluaron algunas variables derivadas del modelo de Información-Motivación y Habilidades Conductuales. La adherencia al tratamiento fue medida a través del autoinforme. La medición de las variables del modelo fue como sigue: 1) Para la variable de información los participantes respondieron siete ítems en una escala cuyas opciones de respuesta fueron “sí”, “no” y “no sé” (las respuestas “no sé” fueron codificadas como “incorrectas”). Esta escala obtuvo un coeficiente alfa de  $\alpha=.68$ . Se hizo un promedio de las respuestas correctas en la variable de información de cada participante. 2) Los reactivos de motivación, midieron la intención de adherirse al tratamiento antirretroviral. Se utilizaron nueve reactivos. Su escala de calificación fue tipo Likert (“definitivamente no lo haré” – “definitivamente lo haré”). La escala presentó un índice de

confiabilidad alfa de .91 y, 3) La escala de Habilidades Conductuales contenía siete reactivos que medían autoeficacia a adherirse al tratamiento. Las opciones de respuesta eran una escala tipo Likert (“no lo puedo hacer” - “seguro que puedo hacerlo”). El índice de confiabilidad de alfa que se obtuvo en esta escala fue de .95. Para analizar los datos, los autores dividieron la muestra en tres grupos. El primer grupo estuvo conformado por aquellas pacientes que reportaron haber omitido al menos una dosis en los últimos siete días, el segundo grupo estuvo conformado por aquellas pacientes que reportaron haber tomado todos sus medicamentos en los últimos siete días, y el tercer grupo fueron aquellas mujeres que no estaban tomando medicamentos al momento del estudio. Los resultados mostraron en primer lugar que los niveles de adherencia autoreportada hacia la toma de medicamentos de esta población en la última semana fueron del 54%. En relación a las variables del modelo, aquellas mujeres que habían dejado de tomar al menos una dosis de sus medicamentos contra el VIH durante la semana pasada, reportaban menores intenciones (motivación) para seguir siendo adherentes y menor autoeficacia hacia la adherencia (habilidades). Además, estos autores utilizaron modelos de ecuaciones estructurales los cuales mostraron que las variables motivación y habilidades conductuales habilidades predecían de manera significativa el número de dosis que las pacientes habían dejado de tomar. Sin embargo, encontraron que la variable de información no predijo la adherencia al tratamiento. Finalmente, se observó que las mujeres que habían omitido tomar alguna dosis de medicamento en la semana anterior a la entrevista, eran aquellas mujeres que en el pasado utilizaron algún tipo de dispositivo (p. ej. cajas para guardar medicamentos) o alguna estrategia que les recordara tomar su dosis, mismas que recientemente habían dejado de utilizar. Los autores concluyen que mejorar la motivación de las personas hacia la adhesión al tratamiento así como desarrollar

habilidades hacia la adherencia puede ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento del VIH en mujeres que reciben terapias contra el VIH.

En el 2005, Amico, Toro-Alfonso y Fisher, publicaron un estudio cuyo objetivo fue probar las relaciones propuestas por el Modelo IMB de adherencia a los antiretrovirales, esta vez en Puerto Rico. Los autores evaluaron una muestra de pacientes VIH positivos en tratamiento antirretroviral que eran atendidos en un hospital local (N = 200) 65% de los participantes eran hombres y 85% eran latinos. La edad promedio de la muestra fue de 39 años (D.E. 8.93) Estos pacientes completaron el instrumento LW-IMB-AAQ (Centro de Intervenciones y Prevención en Salud de la Universidad de Connecticut, 2006) relacionado con las variables de información, motivación y habilidades conductuales hacia la adherencia a los ARV. También se evaluaron las conductas de adhesión per se utilizando el autoinforme, pero esta vez a través de una adaptación del instrumento AACTG (Chesney et al., 2000). Ante la preocupación por parte de los autores en el sentido de que los pacientes estuvieran renuentes a reportar las dosis que realmente omitieron, a los participantes les preguntaron cuántas pastillas habían tomado en los últimos tres días. Las variables del modelo se midieron de la siguiente manera. La Información sobre el tratamiento se midió a través de tres ítems los cuales tuvieron como opción de respuesta sí”, “no” y “no sé” , y similar al estudio de Starace (2006) dividieron la muestra en dos grupos, uno formado de los participantes mejor informados (69% de la muestra) , y uno de los participantes menos informados (31% de la muestra). La muestra mostró niveles de adherencia autoinformada óptima de 80%, mientras que el 20% de los pacientes mostraron adherencia sub óptima. En relación con las variables del modelo, los autores reportan altos niveles de información, motivación y habilidades conductuales. Usando modelos de ecuaciones estructurales, los autores encontraron apoyo a las relaciones propuestas por el modelo IMB de adhesión a la terapia ART. Es decir, la

información y la motivación estuvieron asociadas positivamente con las habilidades conductuales y las habilidades conductuales estuvieron asociadas con la adherencia óptima. Los autores especifican que tanto la información como la información hacia el tratamiento antirretroviral están mediadas por el papel que juegan las habilidades sociales, es decir que, incluso aquellos pacientes altamente informados tendrán dificultad en tener y mantener una adherencia óptima si, a) carecen de habilidades objetivas para adquirir o auto administrarse los medicamento, o b) si el paciente se siente incapaz de realizar la conductas de adherencia.

Posteriormente Starace et al., en el 2006 estudiaron en Italia a una muestra balanceada de 100 pacientes VIH-positivos en centros atención clínica con el objetivo de probar las predicciones propuestas por el Modelo IMB de adherencia a los antiretrovirales. La muestra tenía una edad promedio de 39 años (d.e. 7.25). Los autores agruparon a su muestra en dos grupos: a) pacientes con adherencia óptima, es decir, >95% de apego al tratamiento antirretroviral en los últimos cuatro días (n=48) y, b) pacientes con adherencia subóptima (n=52), es decir <95% de apego al tratamiento antirretroviral en los últimos cuatro días. En todos sus análisis, los autores encontraron apoyo para los supuestos del modelo IMB de adhesión a los ARV. De acuerdo con el modelo, la información relacionada con la adherencia y la motivación hacia la adherencia estuvieron significativamente relacionadas con las habilidades conductuales hacia las conductas de adherencia óptima. Explicado de manera simple, como dicen los autores, una adherencia del 95% o mayor fue más probable en los pacientes que reportaron habilidades conductuales más fuertes, y habilidades conductuales más fuertes fueron más probables de encontrar cuando la información y la motivación de los pacientes era más fuerte. Una de las críticas que los autores hacen al estudio es que la variable información, en realidad medía el nivel de información percibida y no el nivel real de información sobre la terapia antirretroviral de

los participantes. Es decir, si el participante tiene un nivel adecuado de información, la forma de calificar los reactivos tendría que ser dicotómica (correcto o incorrecto). Los autores señalan la importancia de hacer cambios al respecto en el instrumento.

También en 2006 se publicó el instrumento para medir las variables del Modelo IMB para estudiar la conducta de adherencia a los medicamentos antiretrovirales: “The LifeWindows Information-- Motivation -- Behavioral Skills ART Adherence Questionnaire” (LW-IMB-AAQ, por sus siglas en inglés). Dicho instrumento fue creado para medir las barreras hacia la adherencia en pacientes que toman terapia antirretroviral y que están recibiendo atención clínica, siguiendo los constructos identificados en el Modelo IMB. Los autores señalan que el LW-IMB-AAQ fue creado para ser usado a través de un software de intervención llamado “Life Windows Project” y que está siendo evaluado con base a los resultados de este proyecto.

Los autores explican que el LW-IMB-AAQ ofrece al programa de intervención “Life Windows Project” información crítica de los participantes relacionada con sus fortalezas y debilidades hacia la adherencia. El software utiliza esta información para determinar en qué áreas específicas sería más relevante realizar una intervención para cada participante dada su constelación específica de barreras hacia la adherencia. En este proyecto, a cada participante se le ofrece un conjunto específico de actividades de intervención y se le pide que seleccione una actividad que considere sería útil para mejorar o mantener la adherencia hacia sus medicamentos antiretrovirales. Por lo tanto, concluyen los autores, cada elemento LW-IMB-AAQ tiene un doble propósito: conocer los niveles de información, motivación y habilidades conductuales, así como de señalar qué déficits en las variables del Modelo IMB de adhesión deberían abordarse para garantizar el cumplimiento del tratamiento o su mantenimiento.

Cuando desarrollaron los ítems del LW-IMB-AAQ, el instrumento estaba dirigido específicamente para reflejar las barreras dentro de la información, la motivación y las habilidades conductuales de la población involucrada en el proyecto LifeWindows. Sin embargo, los autores suponen que las barreras reflejadas en el LW-IMB-AAQ se pueden generalizar a través de muchas poblaciones VIH Positivas. Los autores recomiendan, sin embargo, que las aplicaciones de este instrumento fuera del proyecto LifeWindows debe tomar en cuenta que: (a) el instrumento fue desarrollado con la finalidad de cuantificar los déficits en la adherencia basados en el Modelo IMB, así como aprovechar esta información para hacer una intervención y guiar a los participantes en sus déficits y, (b) la población objetivo para la que fue desarrollado el instrumento estaba formada principalmente por hombres y mujeres VIH positivos en la atención clínica. Los autores mencionan que es importante tener en cuenta que el instrumento no está destinado para ser usado como una medida integral o genérica del modelo IMB. Los análisis preliminares que los autores han realizado sugieren que el LW-IMB-AAQ proporciona una visión general de las barreras de relacionadas con la adherencia las cuales generalmente caen dentro de la definición de las variables de información, la motivación y habilidades conductuales, y el instrumento se puede utilizar como una herramienta para identificar rápidamente los potenciales déficits de adherencia que ocurren en la vida cotidiana y/o en el mundo real de los participantes.

Los autores al momento de publicar este instrumento refieren la forma de calificarlo así como sus propiedades psicométricas. Para el área de información, con los datos que contaban al momento de su investigación, los autores encontraron un índice de consistencia interna esperadamente bajo (.59), ya que, -los autores mencionan- se anticipa que la información sobre los diversos aspectos de la terapia antirretroviral no esté interrelacionada. También sugieren

métodos alternativos de respuesta, (debido a que el instrumento en el área de información es respondido en escala de acuerdo tipo Likert) sugiriendo sólo dos opciones de respuesta “totalmente de acuerdo” y “de Acuerdo”. Los autores comentan que siguen evaluando la utilización de estas estrategias.

Para el área de motivación, los autores comentan que los ítems fueron diseñados para evaluar dicha variable, pero también para activar una intervención basada en la motivación dentro del “Life Windows Project”. Los datos preliminares demostraron un índice de confiabilidad interna de .70 para tres reactivos que evalúan las actitudes y creencias sobre la adherencia y un .75 para cuatro reactivos que evalúan las actitudes y creencias sobre los efectos negativos de los medicamentos.

Finalmente para el área de habilidades conductuales los autores reportan un índice de confiabilidad interna de .90 para todos los reactivos del instrumento excepto el primer reactivo.

En el 2008 Bradley, obtuvo información sobre las variables del Modelo IMB, a través del estudio MOTIV8, un ensayo controlado aleatorizado sobre terapia directamente observada modificada (MDOT por sus siglas en inglés), la cual ha mostrado mejorar la adherencia a los medicamentos antiretrovirales. En la terapia MDOT los pacientes ingieren una parte de las dosis que les corresponden con base a su régimen de medicación bajo supervisión, es decir, un investigador por parte del estudio acude todos los días a casa de los participantes para supervisar que ingiera el medicamento correspondiente en ese horario. Este autor, utilizando metodología cualitativa, reporta que el hecho de que los pacientes (N=50) recibieran diariamente a un investigador facilitaba que los pacientes se tomaran su medicamento y además, recordaran tomarse otros medicamentos, hicieran preguntas sobre la dosificación adecuada y la adherencia correcta. Además, los participantes informaron que las visitas diarias MDOT tuvieron efectos

indirectos en su funcionamiento diario, incluyendo mejoras en sus actividades de la vida diaria (por ejemplo, despertarse más temprano, vestirse y limpiar su hogar) y un mayor nivel de participación de la comunidad. Los autores concluyen que, el éxito del MDOT es probablemente debido a su impacto directo en conocimiento de los pacientes, la motivación y los comportamientos relacionados con la adherencia.

Los altos niveles de adherencia a la terapia antirretroviral (ARV) son fundamentales para el manejo del VIH, aunque muchas personas que viven con el VIH no alcanzan estos niveles. Existe un cuerpo sustancial de literatura sobre los correlatos de la adhesión a la terapia antirretroviral, y están emergiendo modelos multivariados que explican la adherencia a partir de la teoría. En el 2009 Amico et al., realizaron un estudio en el que evaluaron los factores determinantes de los comportamientos de adhesión hacia el medicamento antiretroviral postulados por el modelo de Información Motivación y habilidades Conductuales en una muestra de 149 pacientes VIH-positivos en Mississippi, E.U.A. Usando modelos de ecuaciones estructurales llegaron a la conclusión que la Información estaba correlacionada con la Motivación personal y social, y los dos sub-áreas de Motivación no se interrelacionadas. En esta muestra el estar mejor informados, contar con mayor apoyo social, y percibir menos consecuencias negativas del ser adherente estuvo correlacionado de forma independiente con el tener fuertes habilidades conductuales para la toma de medicamentos, las cuales a su vez mostraron estar asociadas con la adherencia auto-reportada. El modelo IMB de adherencia a la ART, según los autores, caracteriza bien las complejidades de esta conducta.

En el 2010 Rongkalivit et al., hicieron un estudio tomando en cuenta las tasas desproporcionadamente altas de VIH / SIDA entre los jóvenes y el aumento del acceso a la terapia antirretroviral (ARV) en Tailandia, y la una urgencia cada vez mayor en la comprensión



de los desafíos que enfrenta adherencia a la medicación esta población así como en el desarrollo de la teoría basada en las intervenciones para abordar estos desafíos. Uno de los modelos potencialmente relevantes, según los autores, es también el de Información, Motivación y Habilidades de Conductuales (IMB). Este modelo se desarrolló en el entorno occidental y se caracteriza por una cultura más individualista, en contraste con la cultura más colectivista de Tailandia. Se exploró la aplicación y adaptación del Modelo IMB en cumplimiento del ART entre una muestra de jóvenes tailandeses VIH-positivos a través de un análisis cualitativo de los datos usando Entrevista Motivacional. Durante veintidós sesiones se realizaron entrevistas a diez jóvenes de entre 17 y 24 años, seis de estos jóvenes estaban en tratamiento antirretroviral. Los datos apoyan la utilidad de IMB como un marco potencial para la comprensión de la adherencia antirretroviral en esta población. Sin embargo, los datos indican una consideración de ampliar la evaluación de la Motivación en el instrumento, e incorporar jóvenes las responsabilidades familiares y sociales percibidas por los jóvenes y la necesidad de adherirse a los medicamentos a corto y largo plazo contribuyendo no solo al bienestar de uno mismo, sino de la familia y la sociedad en un contexto de valores budistas. Estas modificaciones al cuestionario IMB podría ser relevante en otros contextos culturales con más visiones del mundo colectivistas.

En ese mismo año, Peltzer, Friend-du Preez, Ramlagan y Anderson, ante la necesidad de utilizar en los estudios sobre adherencia una teoría del comportamiento de la salud, realizaron un estudio cuyo objetivo fue el de evaluar como las variables de Información, Motivación y Habilidades Conductuales contribuyen a explicar la adhesión de un grupo de pacientes seis meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral en tres hospitales públicos de KwaZulu-Natal, Sudáfrica. Como método, emplearon un muestreo sistemático, y 735 pacientes

VIH-positivos fueron seleccionados antes de iniciar el tratamiento antirretroviral desde consultas externas de tres hospitales y se realizó un seguimiento a los seis meses de haber iniciado el tratamiento utilizando un cuestionario. Los autores reportan que una buena proporción de los pacientes resultaron ser adherente utilizando los instrumentos de adhesión (escala analógica visual (VAS) = 82.9%; escala AATCG = 70.8%). Además reportan que los residentes urbanos fueron casi tres veces más adherentes que los residentes rurales, es decir, el vivir en zonas urbanas funcionó para esta población como un facilitador de la adherencia. En relación con el Modelo IMB, encontraron que puntuaciones más altas en la variable de Información de habilidades conductuales, estaba asociada con una mayor adherencia. Los autores concluyen que hay que dar apoyo a los participantes que no viven en las zonas urbanas, y este apoyo adicional tiene que ver con la facilidad de que los participantes puedan asistir a las citas u obtener los medicamentos. Por otro lado, como parte del Modelo IMB, deben fortalecerse tanto la Información como las Habilidades Conductuales para mejorar la adherencia.

### **Discusión sobre los resultados obtenidos.**

Como puede observarse hay algunos elementos que vale la pena comentar a partir de esta revisión.

El primero de ellos tiene que ver con las muestras elegidas. Al momento las poblaciones que se han incluido en los estudios que emplean el Modelo IMB no son representativas. Esto puede ser debido a la dificultad de capturar participantes para dichos estudios, pero esta deficiencia en la que en un estudio sólo se utilizaron mujeres estadounidenses en su mayoría afroamericanas, en otro puertorriqueños, el tercero italianos caucásicos y el cuarto en su mayoría mujeres sudafricanas genera dificultades para controlar las variables relacionadas al género, la cultura, y a las prácticas religiosas. Hace falta realizar estudios con muestras aleatorizadas para

conocer si estas variables están teniendo algún efecto en la adherencia y así mismo, conocer si la intervención en estas poblaciones tendría que ser adecuada a estas características.

En segundo lugar existen irregularidades en la forma de medir las variables. No queda claro si en todos los estudios cuando se menciona que se está utilizando el instrumento IMB-AAQ se aplican todos los reactivos originales a los participantes, o sólo aquellos que reportan en sus resultados. El instrumento original cuenta con nueve reactivos para el área de información, diez para el área de motivación y catorce para el área de habilidades conductuales. Ninguno de los estudios reporta en sus resultados haber empleado todos los reactivos tal y como el instrumento original. Hace falta conocer cuáles fueron los criterios para elegir dichos reactivos. Además esto impide comparar entre grupos puntajes y detectar necesidades específicas. Sería idóneo estandarizar dicho instrumento para poder hacer análisis más finos de la conducta de adherencia. Así mismo sería útil que la modalidad de respuesta de los reactivos fuera la misma.

Un avance importante que podemos señalar en los estudios es que tres de ellos utilizaron medidas de adherencia autoreportada con el instrumento AACTG (Chesney, 2000). Sin embargo, sólo un estudio menciona claramente haber medido todos los componentes de dicho instrumento, es decir además la dosis tomadas, otras conductas de adherencia como son el seguimiento de horario, el seguimiento de instrucciones especiales como alimentos.

Finalmente sobre el análisis de los datos, algunos estudios agruparon a los pacientes estableciendo algunos criterios que no se explica el por qué. Por ejemplo un estudio agrupa a los participantes de acuerdo al grado de información. Dos estudios agrupan a los participantes de acuerdo a adherencia óptima y sub óptima, pero utilizando diferentes estándares. Algunas preguntas quedan sin resolver: ¿qué tipo de resultados se obtendrían si todos los autores

hubieran analizado sus datos de la misma manera? ¿se seguirían encontrando datos que apoyaran las relaciones supuestas por el Modelo?

Tabla 1  
*Estudios que han utilizado el Modelo de información Motivación y Habilidades Conductuales*

Autores	Tamaño y características de la muestra	Edad	Objetivos del estudio	Medición de las variables	Resultados
Kalichman, S.C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Kyomugisha, F., y Buckles, J. (2001).	n= 112 mujeres estadounidenses  88% africoamericana  46% reportaron haber omitido al menos una dosis de su medicación antirretroviral en la última semana (adherencia sub óptima).	38	Estudio exploratorio que comparó las variables del modelo IMB en dos grupos de mujeres que actualmente estaban tomando medicación antiretroviral.  Un grupo de mujeres fue incluidas en el grupo de adherencia optima (si habían tomado todos sus medicamentos la semana anterior), y el otro grupo de mujeres pertenecieron al de adherencia subóptima (aquellas mujeres que habían omitido por lo menos una dosis de sus medicamentos antiretrovirales en la semana anterior al estudio).	Adherencia autoreportada durante la última semana.  Siete reactivos que median la información sobre el tratamiento , cuyas modalidades de respuesta fueron: “sí” “no” “no sé” (las respuestas “no sé” fueron codificadas como incorrectas).  Índice de confiabilidad alpha = .68  Nueve reactivos que median la motivación al tratamiento, cuya modalidad de respuesta fue a través de una escala Likert que van del 6 (“definitivamente lo haría”) al 1 (“definitivamente no lo haría”). Índice de confiabilidad alpha = .91.  Siete reactivos que midieron las habilidades conductuales, cuya modalidad de respuesta fue medida en escala Likert que van del 0 (“no puedo hacerlo”) al 10 (estoy seguro que podría hacerlo). Índice de confiabilidad de alpha = .95.	Las mujeres con adherencia óptima, no difirieron en términos de la información que tenían sobre la terapia antirretroviral en comparación con las mujeres que tuvieron adherencia subóptima.  Las con adherencia subóptima revelaron menores intenciones de tomar sus medicamentos de manera consistente.  Las mujeres con adherencia óptima obtuvieron puntajes más altos en la escala total de autoeficacia en comparación con las mujeres con adherencia subóptima . Los modelos de ecuaciones estructurales indicaron que como se ha predicho, las intenciones hacia la adherencia tienen un efecto directo en la autoeficacia hacia la adherencia. Sin embargo, el efecto de la información sobre el tratamiento no mostró relaciones significativas. La autoadherencia predijo la autoeficacia significativamente el número de dosis omitidas en la última semana.

Tabla 1 (continuada)  
Estudios que han utilizado el Modelo de información Motivación y Habilidades Conductuales

Autores	Tamaño y características de la muestra	Edad	Objetivos del estudio	Medición de las variables	Resultados
Amico, K.R., Toro-Alfonso, J., y Fisher, J.D. (2005).	<p><math>n=200</math> participantes puertorriqueños</p> <p>65% Hombres</p> <p>84% Latinos</p> <p>80% de la muestra fue clasificada con adherencia óptima, mientras que el 20% fue clasificado con adherencia sub óptima.</p>	<p>39 (S.D. 8.93)</p>	<p>El objetivo de este estudio fue el de probar el modelo IMB de adherencia a la terapia antiretroviral.</p> <p>La muestra fue dividida en dos grupos: participantes bien informados (puntaje perfecto en la escala de información de nueve ítems), y pacientes menos informados (participantes con al menos un ítem equivocado).</p>	<p>Adherencia autoreportada a través de la escala AACTG (reporte de dosis tomadas) en los últimos tres días.</p> <p>Versión en español del LW-IMB-AAQ</p> <p>La escala de información que incluyó tres reactivos los cuales tuvieron como modalidad de respuesta “Cierto”, “Falso” y “No estoy seguro / no sé” .</p> <p>La escala de motivación incluyó ocho ítems en escala likert de acuerdo-desacuerdo. Índice de confiabilidad <math>\alpha = 0.52</math></p> <p>La escala de habilidades conductuales incluyó seis reactivos en una escala likert de acuerdo-desacuerdo. Índice de confiabilidad de <math>\alpha = 0.35</math></p>	<p>En promedio el 91% de la muestra mostró adherencia a la terapia antiretroviral.</p> <p>69% de los participantes fueron clasificados como “bien informados”, mientras que el 31% de la muestra formó parte del grupo “menos informados”. Los participantes mostraron un alto nivel de motivación hacia la adherencia. En una escala del 1 al 5, el promedio de la muestra fue de 4.72 (D.E. 0.262)</p> <p>La muestra mostró un alto nivel de habilidades conductuales, en una escala del uno al cinco, la población mostró una media de 4.40 (D.E. = 0.621).</p> <p>Los modelos de ecuaciones estructurales mostraron que la información y la motivación estuvieron positivamente asociadas con las habilidades conductuales hacia la adherencia y que las habilidades conductuales estuvieron positivamente relacionadas con la AO</p>

Tabla 1 (continuada)  
Estudios que han utilizado el Modelo de información Motivación y Habilidades Conductuales

Autores	Tamaño y características de la muestra	Edad	Objetivos del estudio	Medición de las variables	Resultados
Starace, F., Massa, A., Amico, R., y Fisher, J.D. (2006).	<p><math>n = 100</math> italianos de la región de Campania, caucásicos</p> <p>Muestra balanceada en la que el 52% de la muestra de la muestra fue clasificada con adherencia óptima, mientras que el 48% fue clasificado con adherencia sub óptima.</p>	39 (SD= 7.25)	Probar las predicciones propuestas por el Modelo IMB	Adherencia autoinformada durante la última semana usando el instrumento AACTG, versión italiana. La Información fue evaluada a través de cuatro reactivos cuya modalidad de respuesta fue “cierto” o “falso”. Los participantes fueron clasificados de acuerdo con la suma de los puntajes de esta escala en: a) 60% de los reactivos contestados de manera correcta es igual a información adecuada, y b) menos del 60% de los reactivos contestados en forma correcta es igual a información no adecuada. La variable de motivación fue evaluada a través de 10 reactivos cuya opción de respuesta fue en escala Likert de acuerdo – desacuerdo. Índice de confiabilidad de esta escala $\alpha = .67$ La escala de habilidades conductuales estuvo compuesta por seis reactivos en escala likert de cinco puntos (falso – verdadero). Índice de confiabilidad $\alpha = .7$	<p>El 51% de la muestra mostró niveles adecuados de información.</p> <p>Usando modelos de ecuaciones estructurales se encontró que la información y la motivación no estaban relacionadas de manera significativa. Aquellos participantes con mayor información, mostraron mayor adherencia a los medicamentos, así como los participantes con mayor motivación mostraron mayor adherencia.</p> <p>También se encontró que a mayores habilidades conductuales, mayor probabilidad de pertenecer al grupo de adherencia óptima.</p> <p>Encontraron apoyo a la hipótesis de que la información y la motivación estaban asociadas a la adherencia a través de las habilidades conductuales.</p>

Tabla 1 (continuada)  
Estudios que han utilizado el Modelo de información Motivación y Habilidades Conductuales

Autores	Tamaño y características de la muestra	Edad	Objetivos del estudio	Medición de las variables	Resultados
Peltzer K, Friend-du Preez N, Ramlagan S, y Anderson J. (2010)	n = 525 participantes en KwaZulu-Natal, Sudáfrica 73.5% mujeres	62% de la población entre los 30-49 años de edad	Estimar algunos factores, incluyendo las variables de información motivación y habilidades conductuales del Modelo IMB de adherencia a la terapia antirretroviral que contribuyen a que los pacientes se adhieran al tratamiento seis meses después de haberlo iniciado.	Adherencia autoreportada en los últimos cuatro días con el instrumento AATCG así la adherencia en los últimos treinta días usando una escala visual analógica. Porcentaje de dosis tomadas. Seguimiento del horario. Adherencia a instrucciones de alimentos. Instrumento LW-IMB-AAQ. La variable información se midió a través de cinco reactivos cuya modalidad de respuesta fue “sí” “no” no sé (los reactivos contestados como no sé fueron codificados como respuestas incorrectas). Índice de confiabilidad alpha= .69. La variable motivación se midió a través de diez reactivos cuya modalidad de respuesta fue en una escala likert de va de 5 al 1 (totalmente de acuerdo acuerdo – totalmente en desacuerdo). Índice de confiabilidad alpha=.78. La variable de habilidades conductuales fue medida a través de catorce reactivos en escala likert que iba del 5 al 1 (puedo hacerlo – no puedo hacerlo). Índice de confiabilidad de alpha =.73	Adherencia a través del instrumento AATCG 70.8% (adherencia a las dosis, al horario y a las instrucciones de alimentos) Adherencia a través de la escala visual analógica 82.9% Los niveles de adherencia fueron tres veces más altos en participantes que residían en zonas urbanas en comparación con los que vivían en zonas rurales. Puntajes más altos en la escala de información y de habilidades conductuales estuvieron asociados con niveles más altos de adherencia.



## CAPÍTULO 5

### SALUD MENTAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

#### **Epidemiología en salud mental de las personas que viven con VIH/SIDA**

Para poder entender la prevalencia de trastornos mentales en las personas infectadas con VIH/SIDA, basta conocer que a nivel nacional la epidemiología psiquiátrica muestra que en la población mexicana, los trastornos más frecuentes son los trastornos de ansiedad (14.% de la población los ha tenido alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos en un 9.1%. (Medina Mora, Borges, Lara, Benjet, Jaimes, Bautista, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova, Aguilar, 2003). Estos datos sirven de preámbulo para entender que así como en México dentro de la población abierta un buen número de personas padecen algún trastorno mental, esta situación se agrava en las personas que son diagnosticadas con un padecimiento como el VIH.

Varios autores han hablado sobre la morbilidad psiquiátrica en personas con VIH. Entre ellos, Alegría, Vila, Train, Williams y El-Bassel (2006) mencionan que la co-ocurrencia de los desórdenes psiquiátricos en esta población es muy común. Hablan de una prevalencia del 36% para depresión, 26.5% en distimia, 15.8% con trastorno generalizado de la ansiedad y ataques de pánico (10.5%). Es interesante el comentario que hacen en el sentido de que puede ser que

“la alta prevalencia de desórdenes psiquiátricos entre las personas con VIH refleje alta prevalencia de desórdenes afectivos y de sustancias preexistentes, o bien, que existe un incremento en el riesgo para infectarse con VIH entre aquellos que tienen un desorden mental o abusan de las drogas”

pág. 5

También comentan sobre el elevado riesgo suicida con el que cuentan estos pacientes, especialmente las mujeres quienes tienen cinco veces más este riesgo.

Uno de los pocos estudios realizados en México sobre trastornos psiquiátricos en pacientes con VIH/SIDA es el que realizaron Zanatta, Saracco, Reyes, Collado, Ruiz y Varela en el Hospital Regional 220 del IMSS. Evaluaron a 65 pacientes utilizando el M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Encontraron que el 36.6% de los pacientes presentan trastornos de ansiedad, 16.9% trastornos depresivos, distimia en un 18.4%. Así mismo reportan trastornos por dependencia y abuso a las sustancias con un 18%, predominando el abuso del alcohol en un 10.7%. Finalmente hallaron un 26.5% de riesgo suicida entre este grupo de pacientes. Estos autores coinciden con otras investigaciones al afirmar que los pacientes con VIH/SIDA requieren mayor soporte social y familiar en comparación con otro tipo de pacientes y que aunque no se han demostrado estadísticamente la disminución de linfocitos CD4 o aumento de la carga viral con la sintomatología depresiva, sí ha mostrado un mayor progreso de la enfermedad a mayor morbilidad psiquiátrica y neurológica. Este estudio resalta, entonces, que en nuestro país probablemente los pacientes con VIH/SIDA estén cursando con trastornos psiquiátricos y los proveedores de servicios de salud ignoran la gravedad del problema.

Un estudio más que queremos citar para dejar evidencia de la prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica en poblaciones que son atendidas por tener el VIH/SIDA, es el que realizaron Israelski et al., con habitantes del estado de California en Estados Unidos en el 2007. Tras examinar la prevalencia de tres diagnósticos psiquiátricos relacionados con estrés que frecuentemente son sub-diagnosticados en escenarios donde se atiende pacientes VIH+: depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno por estrés agudo (TEA). Entrevistaron a 350 pacientes de los cuales 210 dieron positivo a alguno de estos diagnósticos. Los investigadores utilizaron como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck, la Lista Checable de estrés postraumático, y el Cuestionario de Estrés Agudo de Stanford. Encontraron

que el 38% de la muestra tenía criterios diagnósticos para ser diagnosticada con Depresión, 34% con TEPT y 43% con Trastorno por Estrés Agudo. Más grave que eso fue encontrar que el 38% de los pacientes dieron positivo a dos o más de estos trastornos. Como datos interesantes, señalan que para este estudio, las mujeres tuvieron más probabilidades de tener TEA, y que de los 118 pacientes que tenían al menos un trastorno, el 43% reportó no contar con un tratamiento.

### **Antecedentes históricos del concepto Depresión**

A diferencia de otros trastornos mentales, la Depresión ha sido estudiada por siglos, las civilizaciones más antiguas ya se hacía preguntas sobre qué provocaba esa sintomatología. En un inicio se le llamó melancolía y a lo largo de los siglos su etiología fue cambiando hasta las razones que hoy en día se conocen como contribuyentes al desarrollo de este padecimiento. Glas (2003) publicó una exhaustiva revisión histórica del concepto de ansiedad y depresión, y para ésta última narran cómo desde el siglo XVII en tiempos de Hipócrates la descripción e interpretación de los trastornos mentales estaba dominada por la doctrina de los fluidos corporales o humores. Este autor menciona la influencia que han tenido los cambios en las culturas para el abordaje de este tipo de trastornos. Describe que depresión viene del latín *deprimere* presionar hacia abajo, y que esta teoría de los humores también estaba relacionada con las estaciones del año, así las personas se deprimían más en el otoño. También los griegos observaron que ciertas personas tenían una tendencia natural a la melancolía. En esta época el término melancolía se refería a un vasto grupo de trastornos mentales. En la Edad Media, en la que el conocimiento estuvo guardado en los conventos y monasterios, se creyó que la melancolía estaba relacionada con la función de los ventrículos del corazón y como tratamiento se usaba medicina herbolaria así como medidas de higiene como descanso suficiente, mantener a la paciente en un lugar cálido, algunas recomendaciones alimentarias como no comer más lentejas

o frijoles, así como algunas relacionadas con la retención y la excreción. En esta época también surgió la idea de que la depresión era una característica de los genios. Durante el Renacimiento con el surgimiento de la alquimia, se pensó que la melancolía se relacionaba con las cualidades de los elementos químicos, y poco a poco la visión vaso céntrica, comenzó a ser sustituida por una visión neuro céntrica. En el siglo XIX se desintegró el concepto de melancolía y la clasificación de los trastornos mentales. Emil Kraepelin fue uno de los grandes contribuyentes a la observación y sistematización de la sintomatología depresiva y realizó investigación con grandes poblaciones clínicas. Distinguió cuatro estados, depresivo, maniaco, irritable y ciclotímico. Hubo muchos debates relacionados a la etiología de la depresión. Por un lado la hipótesis de que la depresión tiene una naturaleza autónoma o endógena y por otro la hipótesis de que el trastorno mental es reactivo (psicogénico, situacional) “un intento de adaptación, una reacción a las demandas de una situación cambiante” (p.16). Posteriormente en ese siglo surge el psicoanálisis y su teoría basada en las experiencias de la infancia, y unos cuarenta años más tarde los trabajos de la Terapia Conductual han propuesto explicaciones sobre la depresión. Si bien actualmente todas estas teorías han servido para explicar la depresión, éste es un constructor que tiene mucho por decir todavía.

### **Sintomatología depresiva y Depresión en personas con VIH / SIDA**

De distintas maneras se ha intentado explicar la naturaleza de la depresión en las personas con VIH. Una primera aproximación ha sugerido que existe un grupo de los pacientes que están deprimidos, lo están por razones similares a las personas que no tienen VIH (depresión idiopática), y un segundo grupo, quienes padecen depresión orgánica, o secundaria, es decir, derivada o provocada por un padecimiento, en este caso del VIH. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido del todo comprobada. Más bien se ha encontrado que la presencia de la sintomatología

depresiva está más relacionada con neuroticismo (propensión al nerviosismo, tensión, entre otros), con el vivir solo o no tener una relación de pareja, y el haber tenido anteriormente contacto con servicios de salud mental (Judd, et al., 2005).

Olatunji, Mimiaga, O' Cleirigh, y Safren preocupados por el efecto que la depresión puede tener en la evolución del VIH (baja adherencia que lleva a un decremento acelerado de los CD4 y una más baja probabilidad de sobrevivencia), realizaron una revisión sobre los estudios para tratar depresión en personas con VIH. En esa revisión hacen una reflexión sobre la necesidad de realizar una evaluación rigurosa metodológicamente, pues debido a que la depresión tiene una alta comorbilidad con el VIH, una evaluación no adecuada puede caer en falsos positivos o negativos, algunos autores hablan de depresión como un trastorno, otros como un síntoma, varios más como un síndrome o incluso una queja. Los autores sugieren que los estudios utilicen instrumentos confiables y válidos, evaluadores correctamente entrenados, procedimientos para el tratamiento basados en manuales, entre otros requisitos para que puedan hacerse inferencias en relación con los tratamientos para la depresión.

Es de nuestro interés referir el estudio realizado en la India sobre los pacientes VIH+ y con depresión, Vardhana y Laxminarayana reportan en su artículo de revisión del 2007 los aspectos importantes de conocer relativo a este trastorno; 1) es un reto diagnosticar a estos pacientes por que sus síntomas pueden confundirse con los del padecimiento, 2) existe una alta prevalencia que varía del 0 al 4%, 3) la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población india VIH+ según algunos trabajos es hasta del 90%, 4) en este país las tasas de mujeres deprimidas es más alta comparado que las de los hombres, 5) algunos medicamentos causan como efectos secundarios síntomas depresivos, 6) a diferencia de la India, en E.U. la mitad de los pacientes VIH+ reciben antidepresivos, 7) los médicos tienden a no recetar medicamentos

antidepresivos para no “sobre cargar” a pacientes que tienen adherencia pobre por regímenes que incluyen muchos medicamentos, 8) muy frecuentemente los pacientes depresivos también cursan con ansiedad generalizada y es necesario medicarlos, y 9) las psicoterapias más útiles para trabajar la de presión severa son la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual.

En la Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta versión. La APA quien es la organización que dicta los parámetros de diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

Existe un gran debate relacionado a la medición de la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo mayor en pacientes VIH+, y la solución no es sencilla. Algunos de los síntomas relacionados con el propio padecimiento podrían confundirse con síntomas depresivos, así que el psicólogo debe de contar con una amplia experiencia clínica o con instrumentos adecuados para realizar un diagnóstico adecuado, no pasar por alto a los pacientes con depresión y/o no sobrediagnosticar este padecimiento.

A este respecto Cockram, Judd, Mijch y Norman (1999) hacen una serie de reflexiones sobre la pertinencia de utilizar ciertos instrumentos que en el trabajo clínico son muy comunes y han probado su eficacia, pero que en poblaciones VIH+ deberán usarse con reservas. Este grupo de psiquiatras australianos compararon la utilidad de cuatro aproximaciones para evaluar depresión en pacientes VIH+, versus una entrevista clínica estándar. Examinaron tanto si los instrumentos podrían indicar presencia y severidad del trastorno depresivo, como qué criterio era el más conveniente de usar: el inclusivo, el etiológico, el sustitutivo y el exclusivo. Estos criterios se han utilizado para evaluar a las personas que tienen alguna enfermedad y cada uno tiene sus limitaciones y sus ventajas. El inclusivo, que es el más simple, implica tomar en cuenta

todos los síntomas no importando si alguno de estos esté relacionado con la enfermedad primaria o el problema físico. El etiológico, requiere que el entrevistador pueda o no atribuir causalidad de los síntomas somáticos a la enfermedad para poder descartar el trastorno depresivo. El sustitutivo sustituye los síntomas de depresión cuando los criterios del DSM son problemáticos, y por último el exclusivo elimina los síntomas de fatiga y cambios en el apetito por ser comunes en el padecimiento. Los cuatro instrumentos analizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), El Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la escala para evaluación de la Depresión de Montgomery Asberg (MADRS), y la Escala para evaluación de la depresión de Hamilton (HDRS). Encontraron por una parte que los instrumentos que incluyen reactivos afectivos y cognitivos discriminan mejor la enfermedad depresiva en los pacientes médicamente enfermos, en este caso tanto la CES-D que cuenta en su mayoría con este tipo de reactivos y el BDI que contiene tanto somáticos como cognitivo/afectivos, pueden ser de gran utilidad en comparación con el MADRS y el HDRS. Además la aproximación que maximizó la sensibilidad (todos los pacientes que sí tienen depresión son diagnosticados correctamente y atendidos) es el inclusivo. En un análisis más fino los autores reportan que el sueño, el apetito, el enlentecimiento psicomotor y la agitación aparecían con diferencias significativas entre los pacientes deprimidos y los no deprimidos. En contraste la pérdida de la libido, la fatiga, la hipocondriasis, y la pérdida de peso fueron discriminadores pobres de la presencia del trastorno depresivo.

Así como el trabajo anterior habla de la importancia de instrumentos adecuados para esta población, y atendiendo la problemática de sobrediagnosticar o subdiagnosticar, Asch, Kilbourne, Gifford, Burnam, Turner, Shapiro, y Bozzette afirman con base a un estudio realizado en el 2003, que lo más probable es que se esté ignorando que la prevalencia de la depresión en los

pacientes VIH+ es más alta de lo que los médicos que los atienden creen. En dicha investigación, se revisaron los expedientes de 1,140 (a través de un diseño de tipo probabilístico, multietápico, estratificado, en población norteamericana) pacientes a los que a su vez se les evaluó con el CIDI y se encontró que el 37% de ellos cursaban con depresión mayor (DM), y de éstos el 45% no tenían el diagnóstico de depresión documentado en su expediente, con la gravedad que esto pueda implicar (baja adherencia, menor funcionamiento general, mayor consumo de sustancias ilícitas, automedicación entre otras). Detallan que los pacientes con menor nivel educativo, tendieron a ser no diagnosticados, y en contraste que fue más probable que a los pacientes con más de tres visitas y que cursaban depresión, que se les realizara un diagnóstico oportuno. Los autores subrayan la necesidad de que los proveedores de salud estén más atentos del potencial de que los pacientes estén cursando con trastorno mental y no sean atendidos. Sin duda los autores también señalan que los médicos que atienden a más de 100 pacientes VIH+ tienen más probabilidades de darse sospechar, y evaluar si el paciente está cursando con depresión.

Hablando de los aspectos psiquiátricos del VIH / SIDA, Alegría, Vila, Train, Williams y El-Basell (2006) comentan que algunos de los factores que pueden facilitar la aparición de la sintomatología depresiva o la Depresión en esta población pueden ser la existencia previa al diagnóstico de VIH / SIDA de desórdenes afectivos o de abuso de sustancias. Mencionan también que haber estado en relaciones de abuso en el pasado probabiliza la aparición del riesgo psiquiátrico en las mujeres, quienes a su vez tienen un mayor riesgo suicida. Además agregan que la presencia de eventos vitales negativos, vivir solo o con alguien que no es una pareja o esposo, puede estar correlacionado con la presencia de desórdenes psiquiátricos. Estos autores hacen énfasis en que dentro del tratamiento de estos pacientes debe considerarse más allá



de los aspectos médicos del VIH, retomando la salud mental y las preocupaciones sociales e interpersonales que tengan estas personas, para así cumplir con los estándares de mejores prácticas en la población VIH positiva.

### **Sintomatología ansiosa y Trastornos por ansiedad en personas con VIH / SIDA**

Hace algún tiempo los autores han estado buscando la prevalencia de trastornos de ansiedad tanto aguda como trastorno por estrés postraumático (el cual se caracteriza por haber vivido alguna circunstancia en la que directa o indirectamente la persona percibió que su vida estaba en peligro) en pacientes con enfermedades como el cáncer (Mehnert y Koch, 2007), la migraña (Peterlin, Tietjen, Meng, Lidicker, y Bigal, 2007). Incluso Norman, Means-Christensen, Craske, Sherburne, Roy-Byrne, y Stein (2006) escriben un artículo sobre la asociación que existe entre el trauma psicológico y la enfermedad en los centros de atención primaria y después de evaluar a un grupo de 680 pacientes encontraron que el tener un antecedente de trauma en la vida, para los hombres, está asociado con diabetes, y artritis; para las mujeres se asocia con cáncer y trastornos digestivos. Los autores señalan que el trauma psicológico está asociado a una salud pobre y que el conocer la presencia de estos eventos en la vida de los pacientes puede ayudarles a dar un tratamiento óptimo.

Específicamente en el caso del VIH/SIDA, los investigadores han buscado la relación que puede tener la presencia de eventos traumáticos, y la progresión de la enfermedad y la adherencia terapéutica.

Un estudio relacionado con este tema es el de Vranceanu, Safren, Lu, Coady, Skolnik, Rogers y Wilson (2008), en el que se señala al trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión como variables que interfieren con comportamientos del cuidado de la salud, por ejemplo seguir con el tratamiento. Los autores mencionan que frecuentemente estas variables

facilitadoras son ignoradas en el sector salud. Estos autores a través de medidas de autorreporte hicieron un estudio con el que trataron de alcanzar los siguientes objetivos: 1) conocer la frecuencia del diagnóstico de TEPT y depresión, 2) conocer el grado en el que aquellas personas diagnosticadas positivamente fueron prescritas con algún medicamento antidepresivo, y 3) conocer la asociación entre síntomas de TEPT y depresión y su relación con la adherencia terapéutica. Examinaron a 164 personas infectadas que formaban parte de un programa de intervención para la adherencia en Massachussets, EUA, y encontraron que las personas mostraba TEPT positivo en el 20% de sus visitas y depresión en el 22% de las visitas. Encontraron que cuando mostraban positivo para TEPT y Depresión, el 53.6% del tiempo no usaban un medicamento antidepresivo. Aquellos que mostraron TEPT positivo eran más probables de tener depresión, sin embargo la depresión contribuyó mayormente en la varianza para explicar la adherencia pobre en personas con VIH, en comparación con el TEPT que mostró un papel secundario. Este estudio trata de demostrar que los síntomas depresivos y de TEPT pueden afectar la adherencia de forma sinérgica en un gran número de personas, entonces incrementar su detección a través de cuestionarios o instrumentos fáciles de administrar así como referirlos a tratamiento, será un aspecto fundamental en el escenario del tratamiento del VIH.

También contamos con el trabajo que realizó Mugavero, Ostermann, Whetten, Leserman, Swartz, Stangl y Thielman (2006), quienes estudiaron algunas barreras para la adherencia a los medicamentos ARV, entre las que se encuentran la depresión, antecedentes de abuso físico y sexual. Evaluaron a 474 pacientes de los estados de Alabama, Georgia, Louisiana, Carolina del Norte y Carolina del Sur, VIH+ en terapia antirretroviral, encontraron que el 54% de los pacientes reportaban una historia de abuso físico o sexual, y el 91% de ellos por lo menos un evento traumático. Estas cifras indican, después de análisis estadísticos, que los eventos

traumáticos a lo largo de la vida se asocian con la no-adherencia a los medicamentos antiretrovirales y llaman la atención sobre las complejas y frecuentemente persistentes manifestaciones del trauma en los individuos.

### **Antecedentes históricos del Estrés Postraumático (TEPT)**

A diferencia de la Depresión, que fue observada desde tiempos muy antiguos, el Estrés Postraumático es uno de los trastornos mentales relacionados a la Época Moderna. Uno de los primeros reportes, relatan Saigh y Bremner (1999), está en los apuntes de Da Costa (1666), sobre el Gran Incendio de Londres, en los que pensaba todos los días sobre ese suceso, no podía dormir si sentir terror hacia el incendio. Posteriormente cuando los científicos empezaron a estudiar qué les pasaba a los soldados en combate, encontraron que había una serie de síntomas característicos que causaban un alto deterioro en los combatientes. Freud lo hablaba del “trauma de guerra”, otros del “shell shock” (síndrome del caparazón), y empezaron a observar que también se relacionaba con eventos el abuso sexual, los terremotos, y sobre todo en soldados y prisioneros de guerra (como en los campos de concentración). Glass sigue narrando que en la primera versión del DSM (DSM-I, 1952) este desorden aparece bajo la clasificación de “reacción grave al estrés” y gracias a los desastres naturales e industriales de 1950 y 1960 se pudo estudiar con mayor precisión este trastorno, que en la segunda versión del DSM, en 1968 cambió la clasificación para convertirse en “perturbación transitoria relacionada con alguna situación”. En los años que siguieron vino la guerra de Vietnam con las consecuencias psicológicas esperadas para los soldados y el estudio de éstos dio lugar lo que hoy se conoce como trastorno de estrés postraumático, que incluye cuatro grupos de síntomas. En ese entonces se creía que el TEPT estaba relacionado con la exposición a “experiencias fuera de la experiencia humana normal”,

dicha leyenda fue removida para la última versión del manual. En el Cuadro 6 que a continuación se presentase ofrecen los criterios diagnósticos actuales para este trastorno.

Vistos como trastornos, el TEPT y la DM comparten los síntomas de disminución acusada del interés, o la participación en actividades, y en algunos casos, dificultades con el sueño. Vistos desde el modelo Teórico de la Terapia Cognitivo Conductual, las personas con EP, y las personas con DM, difieren también en sus características. Una de ellas lo son los a diferencia de trastornos depresivos, no se caracterizan por mantener distorsiones cognitivas (pensamientos que la persona tiene sobre el mundo, los demás y sí mismo que no son realistas). Los pacientes con estrés postraumático tienen estrés emocional relacionado a un suceso que realmente les ocurrió, a diferencia de los pacientes con depresión quienes tienen cogniciones depresogénicas, las cuales son realistas, explican Muran y Motta (1993). Existe entonces, para los pacientes depresivos una relación entre ciertos tipos de pensamientos (realismo depresivo) y emociones negativas, a su vez éstos son los que generan la disminución del interés, y sentimientos de inutilidad.

### **Ansiedad y Depresión como predictores de la adherencia terapéutica**

La Depresión es un factor de riesgo para no la falta de cumplimiento con el tratamiento médico. DiMatteo, Lepper y Croghan (2000) realizaron un meta-análisis para conocer los efectos de la ansiedad y la depresión en la adherencia de los pacientes. Estos autores tuvieron como hipótesis que los desórdenes del ánimo como la ansiedad y la depresión que inciden en la capacidad para enfocarse cognitivamente, en la energía y en la motivación, pueden afectar los deseos y habilidad de seguir adelante con el tratamiento. Encontraron que aproximadamente de cada 100 pacientes que no cumplen con el tratamiento, se puede esperar que el 63.5% de ellos pueden estar deprimidos, y que esto está poderosamente con la adherencia, a diferencia de la

ansiedad, que sólo ocurre en un grupo de pacientes (pero la mitad de estos pueden cursar con depresión). Estos autores concluyen que la falta de cumplimiento es un fenómeno complejo al que los investigadores han tratado de entender a través de las variables relacionadas con ella, en este caso la depresión puede ser una de las variables que mejoren el curso de la adherencia.

Gordillo y de la Cruz (2003) realizaron un estudio cuya hipótesis era que ciertas variables psicológicas, concretamente la depresión, explican el comportamiento del paciente en una enfermedad que se ha convertido en crónica y que exige un estricto cumplimiento del tratamiento para evitar rebrotes de la carga viral o resistencia frente a los fármacos. Estudiaron a 479 pacientes VIH + a quienes aplicaron el inventario de Depresión de Beck y el autoinforme y encontraron que la depresión parece ser un factor que influye a lo largo del tiempo. En los pacientes con depresión, según estos autores, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la adherencia inicial y la de seguimiento. De este modo, lo que comienzan con una adherencia baja tienden a mantenerla, siendo sólo un quinto de la población los que logran mantenerla (en los datos de este estudio). En los no deprimidos, un 44% pasó de tener un nivel de depresión bajo a un nivel alto.

Los eventos de la vida altamente estresantes también han demostrado ser predictores de la no-adherencia. A este respecto se han realizado varios estudios como el de Leserman, Ironson, O'Cleirigh, Fordiani y Balbin quienes en el 2008 evaluaron los correlatos entre variables demográficas, conductas de salud, y variables psicosociales (eventos de la vida altamente estresante, y síntomas depresivos) con la no adherencia en un grupo de 105 paciente infectados con VIH/SIDA en el sur de Florida, E.U.A. Tras su evaluación encontraron que aquellos pacientes con tres o más eventos de la vida altamente estresantes en los seis meses previos

estaban relacionados con presentar 2.5 a tres veces más no adherencia, en comparación con aquellos que no habían pasado por esos eventos.

### **La Edad y La Adherencia Terapéutica**

Los estudios han encontrado dificultades al asociar las variables socio demográficas y la adherencia terapéutica. En general los estudios muestran que la edad no está asociada a los niveles de adherencia. Ejemplos de algunos estudios que no han encontrado correlación entre estas variables están el de Morales, Aragón, y Lara 2009. Quienes hicieron un estudio para determinar los factores asociados a la no adherencia en terapia antirretroviral en personas con VIH SIDA, en una muestra de 162 pacientes hondureños. Los autores reportan no haber encontrado asociaciones significativas entre la toma del medicamento y sintomatología depresiva, perder citas, exceso de trabajo, ni tampoco por factores psicológicos o socioeconómicos.

Otro ejemplo de estos estudios, los cuales no lograron determinar una asociación entre la edad y los niveles de adherencia, es el de Byakika-Tusiime, Oyugi, Tumwikirize, Katabira, Mugenyi y Bangsverg (2005). Estos autores realizaron un estudio en Kampala, Uganda, cuyo objetivo fue determinar los niveles de adherencia y las razones por las cuales los pacientes no se adhieren a la terapia antirretroviral en personas que viven en una zona de recursos económicos limitados. Los autores midieron la adherencia a través de una variable dicotómica, preguntando a los participantes si habían tenido una adherencia de más del 95% en los últimos tres días. Las razones para no adherirse fueron estimadas a través de entrevistas estructuradas y entrevistas no estructuradas, de corte cualitativo. Usando regresiones logísticas multi variadas, con la participación de 304 pacientes infectados que estaban en terapia antirretroviral, los autores concluyen que los niveles de adherencia auto reportada en estos pacientes son comparables a

pacientes que se encuentran en zonas de mayores recursos, y los factores asociados con la falta de adherencia fueron el estatus marital, y un bajo ingreso mensual.

Por último, queremos mencionar un estudio realizado en Botswana sobre las barreras hacia la adherencia de la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH. Éste estudio lo realizaron en el año 2003 Weiser, et al. Hay que considerar que Botswana tiene el más alto nivel de infección de VIH en el mundo, el cual se estima en 36% entre la población entre 15 y 49 años de edad. Estos autores utilizaron métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, los cuales incluyeron cuestionarios y entrevistas con pacientes que recibieron terapia antirretroviral. El apego al tratamiento lo midieron a través del reporte del paciente y del reporte del proveedor de salud. Encontraron que las barreras que hacen la diferencia fueron las dificultades económicas, el estigma, la migración o los traslados, y los efectos secundarios de los medicamentos. No encontraron ninguna asociación entre la edad y adherencia a la terapia antirretroviral.

Tabla 1

*Criterios del DSM-IV-TR para el Episodio depresivo mayor*

---

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otro (p.,ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o pérdida de energía casi cada día.
- (5) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

---



Tabla 2

*Criterios del DSM-IV-TR para el Trastorno de Estrés Postraumático*

---

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
- (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
- (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
- (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

Tabla 2 (continuada)

*Criterios del DSM-IV-TR para el Trastorno de Estrés Postraumático*

---

(7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) Irritabilidad o ataques de ira
- (3) Dificultades para concentrarse
- (4) Hipervigilancia
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

---

## **CAPÍTULO 6**

### **INVESTIGACIÓN**

#### **Planteamiento Del Problema, Justificación Teórica**

La presente investigación pretende contrastar la forma como se presenta el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales en una población del Estado de México, y reafirmar la validez de dicho modelo para explicar los correlatos y predictores de la adherencia a los medicamentos antiretrovirales. Se espera que los resultados de este trabajo sean un sustento empírico del modelo en el que se fundamenta la investigación.

#### **Justificación práctica**

Los resultados de la presente investigación permitirán un marco para el diseño de programas de intervención específicos para personas que tienen dificultades para adherirse al tratamiento, que con base a los hallazgos de otros investigadores en ocasiones es hasta del 60% de las personas que usan medicamentos antiretrovirales. La investigación ofrece dar respuestas al problema de la baja adherencia y permitirá dar herramientas a las personas que trabajan en el área, contar con instrumentos útiles para conocer las razones por las que no se adhieren los pacientes.

#### **Preguntas de Investigación**

1. De acuerdo con el modelo de Información – Motivación y Habilidades Conductuales, ¿cuáles son las variables predictoras de la adherencia a los ARV en personas portadoras del VIH / SIDA en el Hospital General de Atizapán?
2. ¿El instrumento LW-IMB-AAQ es válido y confiable para medir las variables Información, Motivación y Habilidades Conductuales en una población mexicana portadora de VIH / SIDA

del Municipio de Atizapán en el Estado de México que acude a su cita mensual en el Hospital General de Atizapán?

3. ¿El instrumento CES-D es válido y confiable para medir sintomatología depresiva en una población mexicana portadora de VIH / SIDA del Municipio de Atizapán en el Estado de México que acude a su cita mensual en el Hospital General de Atizapán?

4. ¿El instrumento TQ es válido y confiable para medir sintomatología de estrés postraumático en una población mexicana portadora de VIH / SIDA del Municipio de Atizapán en el Estado de México que acude a su cita mensual en el Hospital General de Atizapán?

5. ¿Existen diferencias en la adherencia entre los participantes jóvenes y los mayores?

### **Objetivo General**

Probar un modelo teórico diseñado para investigar la conducta de adherencia a los ARV en pacientes VIH+ a partir de las principales variables relacionadas con la adherencia.

### **Objetivos Específicos**

1. Obtener la validez y confiabilidad de las escalas: LW-IBM-AAQ, CES-D y TQ.
2. Evaluar el poder predictivo de las variables Información - Motivación y Habilidades conductuales sobre la conducta de adherencia a los ARV en pacientes VIH+.
3. Comparar si existen diferencias en cuanto a la Información, Motivación y Habilidades Conductuales entre los grupos de pacientes con adherencia óptima y subóptima.
4. Conocer si existen diferencias en la adherencia entre los participantes jóvenes y los mayores.

### **Hipótesis de Investigación**

Las hipótesis de la presente investigación son:

1. El instrumento LW-IMB-AAQ es un instrumento válido y confiable para medir las variables del modelo teórico de Información-Motivación y Habilidades Conductuales. El

instrumento presentará buenos niveles de consistencia interna y los factores de la escala se agruparán de manera similar a lo planteado por el modelo.

2. El instrumento CES-D es un instrumento válido y confiable para medir las sintomatología depresiva en personas que viven con VIH / SIDA. El instrumento presentará buenos niveles de consistencia interna y los factores de la escala se agruparán de manera similar a lo planteado por el modelo.
3. El instrumento TQ es un instrumento válido y confiable para medir sintomatología de Estrés Postraumático en personas que viven con VIH/SIDA. El instrumento presentará buenos niveles de consistencia interna y los factores de la escala se agruparán de manera similar a lo planteado por el modelo.
4. El modelo teórico de Información-Motivación y Habilidades Conductuales es adecuado para explicar la conducta de adhesión a los ARV en personas portadoras del VIH / SIDA.
5. Los pacientes con adherencia óptima a los ARV difieren significativamente en la Información, Motivación y Habilidades Conductuales en comparación con los pacientes con adherencia subóptima.
6. Los participantes más jóvenes tienen adherencia significativamente distinta en comparación con los participantes mayores.

### **Definición Conceptual y Operacional De Las Variables**

#### ***Variables independientes***

##### **Variables sociodemográficas**

1. **Sexo.** Variable atributiva, dicotómica. Con dos niveles: 1) Hombre y 2) Mujer.
2. **Edad.** Variable atributiva continua. Se refiere al tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento a la fecha de la entrevista. Se medirá en años cumplidos

3. **Fecha de diagnóstico.** Variable atributiva categórica. Se refiere tiempo que ha transcurrido desde que el paciente fue diagnosticado VIH Positivo.
4. **Número de hijos.** Variable atributiva continua. Se refiere al número de hijos vivos que tiene el paciente.
5. **Pareja.** Variable atributiva categórica. Se refiere a si el paciente tiene actualmente una relación, con dos categorías 1) actualmente con una pareja, 2) actualmente sin pareja.
6. **Estado civil.** Variable atributiva categórica. Con cinco categorías: 1) soltero, 2) casado, 3) divorciado 4) unión libre, y 5) viudo.
7. **Con quién vive.** Variable atributiva categórica. Se refiere a la persona(s) que cohabitan con el paciente. Con cuatro categorías: 1) solo, 2) pareja, 3) familia, y 4) otro (a especificar).
8. **Parejas sexuales.** Variable atributiva categórica. Se refiere al sexo con el que tiene relaciones sexuales el paciente, con cinco categorías: 1) sólo con hombres, 2) con hombres o con mujeres, 3) más mujeres que con hombres, 4) más con hombres que con mujeres y 5) sólo con mujeres.
9. **Escolaridad.** Variable atributiva categórica. Se refiere al grado escolar alcanzado al momento de la entrevista. Con ocho categorías: 1) primaria incompleta, 2) primaria completa, 3) secundaria incompleta, 4) secundaria completa, 5) preparatoria incompleta, 6) preparatoria completa 7) carrera técnica, y 8) estudios Universitarios.
10. **Situación Laboral.** Variable atributiva categórica. Se refiere a la ocupación actual del paciente, con siete categorías: 1) nunca ha trabajado, 2) trabajo por mi cuenta, 3) no trabaja en este momento, 4) trabajo fijo de tiempo completo, 5) retirado de trabajar, 6) trabajo de medio tiempo, y 7) más de un trabajo.

11. **Ingreso promedio mensual.** Variable atributiva continua. Se refiere al ingreso económico que obtiene cada mes el paciente. Con cuatro categorías: 1) \$1,500 - \$2,000, 2) \$3,000 - \$4,500, 3) \$4,500 - \$6,000, y 4) 6,000 - \$9,000

12. **Consumo de sustancias.** Variable atributiva categórica. Con seis categorías: 1) alcohol, 2) tabaco, 3) mariguana, 4) cocaína, 5) heroína 6) otros, y 7) ninguna.

13. **Modo de transmisión del VIH.** Variable dicotómica. Se refiere a la forma más probable a través de la cual el participante adquirió el virus. Con cinco niveles: 1) teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus 2) Teniendo sexo con una mujer que ya tenía el virus, 3) Transfusión de sangre o algún procedimiento médico, 4) compartiendo jeringas contaminadas con una persona que ya tenía el virus, 5) No lo sabe.

### **Variables del modelo**

1. **Información sobre el régimen.** Variable atributiva categórica. La cual está compuesta del conocimiento sobre lo que significa una correcta adhesión, los efectos secundarios de los medicamentos, teorías implícitas sobre el tratamiento. Se refiere al conocimiento sobre la conducta de adherencia el cual se evalúa con nueve reactivos cuyas opciones de respuesta miden grado de acuerdo – desacuerdo con cinco opciones de respuesta.

2. **Motivación hacia la Adherencia.** Variable atributiva categórica. En dos niveles: 1) Personal: Actitudes y creencias sobre los resultados de la conducta de adherencia y no adherencia así como la evaluación de dichos resultados; 2) Social: Percepciones el apoyo de las personas cercanas hacia la adherencia y motivación para cumplir los deseos de las personas significativas. Se evalúa a través de 10 reactivos cuyas opciones de respuesta miden grado de acuerdo – desacuerdo con cinco opciones de respuesta.

**3. Habilidades conductuales.** Variable atributiva categórica. Habilidades objetivas y percibidas (auto-eficacia) para: adquirir, autoalertarse, y autoadministrarse los ARV, incorporar el régimen en la ecología de la vida diaria, minimizar los efectos secundarios, actualizar los conocimientos sobre adhesión a los ARV conforme sea necesario, adquirir apoyo social e instrumental para la adhesión, auto-reforzar la conducta de adhesión a través del tiempo. Se evalúa a través de catorce reactivos cuyas opciones de respuesta miden grado de dificultad, muy fácil – muy difícil, con cuatro opciones de respuesta.

**4. Sintomatología depresiva.** Variable atributiva continua. Enfocados en el los componentes cognitivo conductuales de la depresión. Se evaluará la frecuencia e intensidad de algunos de los síntomas más frecuentes de la depresión como lo son el ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades, desesperanza, problemas de sueño, sentimientos de inutilidad y culpa, y disminución de la capacidad de concentrarse, entre otros.

### **Variables a predecir**

**1. Adherencia autoinformada.** Variable atributiva continua. Se refiere a las respuestas obtenidas por parte de los pacientes a un cuestionario que compara la dosis recetada por su médico versus las dosis que el paciente realmente tomó. Con base a las dosis recetadas, se obtendrá el porcentaje de dosis tomadas en los últimos tres días (AU3D). También se incluye el seguimiento en el Horario (H) con cuatro niveles: (0) Nunca, (1) Algunas veces, (2) Cerca de la mitad de las veces, (3) La mayoría de las veces, (4) Todo el tiempo, así como la adherencia en el último fin de semana (AUF) con dos categorías (0) No, (1) Sí, y adherencia en los últimos tres meses (AU3M) con seis niveles: (0) Durante la última semana, (1) Hace de 1 a 2 semanas, (3) Hace de 3 a 4 semanas, (4) Hace de 1 a 3 meses (5), Hace más de tres meses, y (6) Nunca dejo de tomar mis medicamentos.



2. **Niveles de CD4 en sangre (CD4).** Variable atributiva continua. Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de funcionamiento del sistema inmune, normalmente es de 800 a 1200. Esta información se tomará del expediente de los pacientes, quienes se realizan esta prueba cada seis meses.

3. **Carga viral (CV).** Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de virus en sangre el cual puede ir desde menos de 500 copias, hasta más de 20,000 copias (lo cual indica una rápida progresión de la enfermedad). Esta información se tomará del expediente de los pacientes, lo cuales se realizan esta prueba cada seis meses. Para algunos análisis de clasificación se dividirá el grupo de participantes con carga viral detectable (adherencia subóptima) o indetectable (adherencia óptima).

#### **Variables de clasificación**

1. **Adherencia Subóptima.** Participantes que afirman que al menos en una ocasión durante los últimos tres meses dejaron de tomar sus medicamentos.
2. **Adherencia Óptima.** Participantes que afirman que en los últimos tres meses nunca han dejado de tomarse sus medicamentos.
3. **Grupo de participantes jóvenes.** Participantes de 18 a 37 años de edad.
4. **Grupo de participantes mayores.** Participantes de 38 a 69 años de edad.

#### **Variables intervinientes**

1. **Sintomatología depresiva.** Variable atributiva continua. Enfocados en el los componentes cognitivo conductuales de la depresión. Se evaluará la frecuencia e intensidad de algunos de los síntomas más frecuentes de la depresión como lo son el ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades. desesperanza, problemas de sueño, sentimientos de inutilidad y culpa, y disminución de la capacidad de concentrarse, entre otros.

## 2. **Presencia de eventos traumáticos a lo largo de la vida y sintomatología del Estrés**

**Postrauumático.** Variable atributiva continua. El cual consiste en evaluar si los pacientes han estado expuestos a experiencias traumáticas a lo largo de la vida, medir si existe una preocupación por el algún acontecimiento traumático actual, así como evaluar si el paciente cuenta con sintomatología de TEPT, entre los cuales se encuentran la re experimentación del suceso traumático, evitación persistente de estímulos asociados al trauma, embotamiento y síntomas persistentes de aumento de la activación (DSM-IV-TR).

3. **Adherencia autoinformada.** Variable atributiva continua. Se refiere a las respuestas obtenidas por parte de los pacientes a un cuestionario compara la dosis recetada por su médico versus las dosis que el paciente realmente tomó. Con base a las dosis recetadas, se obtendrá el porcentaje de dosis tomadas en los últimos tres días.

4. **Niveles de CD4 en sangre.** Variable atributiva Continua. Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de funcionamiento del sistema inmune, normalmente es de 800 a 1200. Esta información se tomará del expediente de los pacientes, quienes se realizan esta prueba cada seis meses.

5. **Carga viral.** Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de virus en sangre el cual puede ir desde menos de 500 copias, hasta más de 20,000 copias (lo cual indica una rápida progresión de la enfermedad). Esta información se tomará del expediente de los pacientes, lo cuales se realizan esta prueba cada seis meses.

### **Variables a Predecir**

1. **Carga viral.** Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de virus en sangre el cual puede ir desde menos de 500 copias, hasta más de 20,000 copias (lo cual indica una rápida progresión de la enfermedad). Esta información se tomará del expediente de los pacientes, lo

cuales se realizan esta prueba cada seis meses.

2. **Niveles de CD4 en sangre.** Variable atributiva Continua. Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de funcionamiento del sistema inmune, normalmente es de 800 a 1200.

Esta información se tomará del expediente de los pacientes, quienes se realizan esta prueba cada seis meses.

3. **Adherencia Autoinformada.** Variable atributiva. En varios niveles Adherencia en el último fin de semana, variable categórica (AUF), adherencia al horario, variable continua (H), adherencia en los últimos tres meses, variable continua, (AU3M), y adherencia en los últimos tres días, variable categórica (AU3D).

**Tipo de Estudio:** De Campo

**Tipo de Investigación:** Explicativo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 1999).

**Tipo de Diseño:** Transversal

### **Participantes**

109 pacientes mayores de 18 años portadores del VIH/SIDA pertenecientes al Programa S.A.I. (Servicio para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA) del Hospital General de Atizapán.

63% hombres 37% mujeres de entre 18 y 69 años de edad (Media 37.67 años D.E. 10.97). 70.6% de los participantes reportaron vivir con sus familias, 61.7% tenían hijos, la mayoría de los pacientes tenían ya sea primaria o educación secundaria, 57.9 reportaron un ingreso mensual de entre \$1,500 – 3,000. Las estadísticas descriptivas de esta muestra se reportan en la Tabla 1.

**Proceso de selección de los participantes:** Los pacientes del S.A.I. acudieron a su cita mensual, tanto a revisión como a recoger su medicamentos, los cuales son gratuitos.

Posterior a la cita con el médico, el trabajador social les informó sobre la realización de el presente proyecto de investigación y los invitaró a participar. En caso de que los pacientes aceptaran a participar, acudieron a la biblioteca del Hospital en donde se les explicó en qué consistía la evaluación y se les hizo entrega de la batería de instrumentos. Un investigador permaneció en la biblioteca todo el tiempo para resolver cualquier duda sobre la batería de instrumentos, revisó que cuando fueran entregados estuvieran contestado de forma completa, y a aquellos pacientes que no pudieran leer, o escribir, se les apoyó a anotar sus respuestas en el instrumento.

Inicialmente se realizó la traducción del instrumento LW-IMB-AAQ. Se realizó un estudio piloto con 15 participantes, los cuales eran pacientes del mismo programa en el que se realizó el estudio final (SAI del Hospital General de Atizapán) en el cual se verificó la comprensión del instrumento, las modalidades de respuesta. Además este instrumento fue revisado por jueces expertos los cuales hicieron comentarios acerca del mismo. Una vez que el instrumento fue probado se procedió a su aplicación y a su validación.

### **Escenario**

Programa S.A.I. (Servicio para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA) del Hospital General de Atizapán.

### **Instrumentos**

1. **Cuestionarios de autorreporte de adherencia.** Construidos por el Grupo de Ensayos Clínicos de pacientes Adultos con SIDA (AACTG, por sus siglas en inglés), Chesney, Ickovics, Chambers, Gifford, Neidig, Xwicki, y Wu (2000), (Ver Anexo 1).
2. **Encuesta sociodemográfica.** Incluye información sobre edad, fecha de diagnóstico, sexo, número de hijos, pareja, estado civil, escolaridad, prácticas sexuales, y consumo de sustancias.

### **3. Life Windows Information – Motivation and Adherence Questionnaire (LW-IMB-AAQ).**

Con tres dimensiones: Información, Motivación y Habilidades Conductuales. Este instrumento fue desarrollado para medir las barreras hacia los medicamentos antiretrovirales en pacientes VIH+ (Life Windows Project Team, 2006), incluye 33 reactivos agrupados de acuerdo con el modelo de Información-Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher, et. al 2006). Incluye nueve reactivos que miden la información que tiene el paciente sobre el tratamiento, diez reactivos que evalúan la motivación hacia el tratamiento los cuales tienen una opción de respuesta en escala Likert del 0 – 4 y miden el grado de acuerdo, y 14 reactivos que miden las habilidades conductuales hacia el tratamiento, los cuales se responden a través de una escala Likert que va del 0 al 4 y mide el grado de dificultad que la persona percibe al realizar ciertos comportamientos. Su forma de aplicación es autoadministrada.

Los reactivos de información incluyen ítems acerca de la sobre el regimen de medicamentos (por ejemplo: “Sé como debe ser tomado cada uno de los medicamentos que me recetan”) los cuales fueron respondidos a través de una escala Likert de Acuerdo - Descuerdo, (Ver Anexo 1).

Los reactivos de motivación incluyeron dos grupos de reactivos, los relacionados con las actitudes y/o creencias de los participantes sobre los resultados de la conducta adherente y no adherente y evaluación de esos resultados (por ejemplo: “Me frustra tomar los medicamentos por que tengo que planear mi vida alrededor de ellos”); y aquellos relacionados con la percepción de del apoyo de personas significativas sobre la adherencia y deseo de cumplir con los deseos de los otros (por ejemplo: “Me preocupa que otras personas se den cuenta que soy VIH Positivo si me ven tomando mis medicamentos”), los cuales fueron respondidos a través de una escala Likert de Acuerdo - Descuerdo, (Ver Anexo 1).

Los catorce reactivos que miden las habilidades conductuales incluyen habilidades objetivas y percibidas hacia la adherencia. Un grupo de reactivos miden habilidades objetivas y percibidas para adquirir, autoadministrarse y señalarse los medicamentos ARV (por ejemplo: “¿Qué tan fácil o difícil le es tomarse sus medicamentos cuando está metido en lo que está haciendo?”), otros miden aquéllas necesarias para incorporar el regimen a la ecología social de la vida diaria, (por ejemplo: “¿Qué tan fácil o difícil le es tomar los medicamentos cuando consume alcohol u otras drogas, es?”), otros miden las necesarias para minimizar los efectos secundarios (por ejemplo: “¿Qué tan fácil o difícil le es lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos, que le den náuseas, diarrea, o dolor de cabeza?”), para actualizar datos sobre la adherencia a los ARV conforme sea necesario (“¿Qué tan fácil o difícil le resulta estar informado sobre el tratamiento?”), para adquirir apoyo social e instrumental para la adherencia, por ejemplo: “¿Qué tan fácil o difícil le es conseguir el apoyo de los demás para tomarse sus medicamentos, (por ejemplo, de amigos, familia, doctor)?”, y finalmente aquellas para autorreforzarse sobre la adherencia con el paso del tiempo los cuales fueron respondidos a través de una escala Likert de Dificultad, (Ver Anexo 1).

**4. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D).** Diseñada por Radloff (1977), incluye 20 ítems que se seleccionaron a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y revisa el estado del ánimo (por ejemplo: “Me molestaron cosas que generalmente no me molestan”), quejas somáticas (por ejemplo: “No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito”), interacciones con otros (por ejemplo: “Hablé menos de lo usual”), y funcionamiento motriz (por ejemplo: “Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo”), con menor presencia de los síntomas de tipo somático, lo cual es idóneo tratándose de pacientes con una enfermedad como el VIH/SIDA. Es un

cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem y debe ser contestada de acuerdo con los síntomas presentes en la última semana en una escala Likert del 0 a 5 que evalúa cuántos días de la última semana la persona presentó cada uno de los síntomas. Ha sido traducido y validado en español por González, et. al (1995). La forma de aplicación es autoadministrada (Ver Anexo 1).

**5. Escala de Eventos Traumáticos TQ.** Diseñado por Davidson, et. al (1990). El cual está formado por tres secciones: 1) Listado de experiencias traumáticas: 18 ítems que investigan sobre la existencia o no de experiencias traumáticas a lo largo de la vida y en caso afirmativo la edad a que sucedió y la duración, 2) Acontecimiento traumático que más preocupa en el momento actual: nueve ítems que investigan el acontecimiento estresante según los criterios diagnósticos del apartado A del DSM-IV, y 3) Listado de síntomas: 18 ítems que exploran los criterios B a D del DSM-IV. La respuesta es dicotómica (Sí-No) y se pregunta si los síntomas ocurrieron en el momento en el que ocurrió el evento o ocurrieron tras el acontecimiento traumático (Ver Anexo 1).

### **Análisis de Datos**

1. Para las variables sociodemográficas: análisis de frecuencias y medidas de tendencia central.
2. Para los análisis de validez de constructo, consistencia interna de las escalas, y dimensiones de las mismas, se utilizarán las siguientes pruebas:  $X^2$  para las variables nominales, la prueba t de student para la diferencia de medias, el Alfa de Cronbach para calcular la confiabilidad de las escalas y el análisis factorial se realizará a través de componentes principales, rotación varimax.

3. Para los análisis de las variables del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales se utilizarán la prueba  $X^2$  para las variables nominales, la prueba t de student para la diferencia de medias, el coeficiente de correlación de Spearman para, y el análisis de regresión múltiple para conocer las variables predictoras.

Los análisis de datos fueron realizados usando el programa estadístico SPSS versión 17 (SPSS, Inc., Chicago, IL).

### **Validación del instrumento LW-IMB-AAQ**

En el siguiente apartado se realiza la validación del instrumento LW-IMB-AAQ, de la Escala para medir sintomatología Depresiva, CES-D y del instrumento TQ para medir sintomatología de Estrés postraumático. Se estimó el poder de discriminación de cada reactivo, el índice de dificultad del ítem, así como la consistencia interna de todos los instrumentos. Adicionalmente se investiga si la edad de los participantes tiene un efecto diferencial en alguna de estas variables.

## **Método**

### **Participantes**

Los participantes de esta muestra son los mismos con los que se aplicó el estudio. La descripción de la muestra puede verse en la Tabla 1.

### **Variables**

Las variables que se retoman en este estudio son las incluidas por el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales, así como la variable de Sintomatología Depresiva y la sintomatología de TEPT.

El LW-IMB-AAQ se desarrolló para medir las barreras hacia la adherencia a los ARV en pacientes VIH + que forman parte de una población clínica, a raíz de los constructos



identificados en el modelo Información - Motivación - Habilidades conductuales de adherencia a los ARV (Fisher, Fisher, Amico, y Harman, 2006). El LW-IMB-AAQ fue creado para su uso como software de computadora dentro de la intervención para la adherencia de los ARV llamado LifeWindows, el cual está siendo evaluado en Estados Unidos a través de estudios clínicos aleatorizados. Como tal, es importante señalar que la LW-IMB-AAQ se está sometiendo a una evaluación continua y revisión en el curso del proyecto LifeWindows.

### **Procedimiento de validación**

#### **Índice de dificultad del Ítem.**

Siguiendo el procedimiento propuesto por Crocker y Algina (1966), el Índice de Dificultad del Ítem se estimó dividiendo el número de participantes que respondieron incorrectamente a cada reactivo, entre el total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente. Este índice es un indicador de la proporción de participantes que respondieron erróneamente al reactivo, entre más se acerque a uno su valor, está indicando una mayor dificultad. Este procedimiento sólo se realizó para el área de Información

#### **Poder de discriminación de cada reactivo.**

Con el propósito de conocer si cada ítem sirve para identificar entre aquellos participantes que poseen niveles bajos de conocimientos y aquellos cuyos niveles son destacados, se obtuvo la suma total del instrumento, y con este puntaje se realizó un análisis de frecuencias para determinar los valores correspondientes al cuartil más bajo y al más alto (percentil 25 y 75, respectivamente), con los cuales se conformaron dos grupos (altos y bajos). Cada reactivo se sometió a una comparación de medias entre grupos a través de la t de Student para muestras independientes; cuando las diferencias de medias entre grupos resultan significativas, ello indica que el reactivo es sensible para diferencias entre los deficientes y los sobresalientes en esta

prueba de conocimientos; si las diferencias no resultan significativas, entonces se procede a eliminar de la prueba este ítem, ya que no permite diferencias a ambos grupos.

#### **Consistencia interna.**

Se estimaron un indicador de la consistencia interna de la prueba de conocimientos, el coeficiente Alfa de Cronbach.

#### **Validez de constructo.**

Con el total de reactivos se realizó un análisis factorial de las escalas.

#### **Procedimiento**

Con la anuencia de las autoridades del Hospital, un investigador previamente capacitado acudió a la sede seleccionada para aplicar los instrumentos de evaluación. En la biblioteca del Hospital el investigador explicó a los participantes el motivo de su presencia y las características del instrumento que tenían que responder. Se aclararon dudas y se enfatizó que su participación sería voluntaria y que las respuestas que se obtuvieran serían anónimas y confidenciales. El instrumento en la mayoría de los casos fue leído a los participantes debido a las bajas habilidades en la lecto-escritura. Aproximadamente cada participante respondió el instrumento en 40 minutos.

#### **Condiciones éticas del estudio**

El presente estudio fue revisado y avalado por el Área de Enseñanza del Hospital General de Atizapán.

#### **Resultados de la Validación**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el proceso de validación tanto del instrumento LW-IMB-AAQ en sus tres áreas (Información, Motivación y Habilidades Conductuales) como en el instrumento que mide sintomatología depresiva (CES-D) y el

instrumento de sintomatología de Estrés Postraumático (TQ). De forma general se puede decir que para cada instrumento se procedió a conocer el poder de discriminación de los reactivos, la consistencia interna a través de calcular el índice alpha de Cronbach, el análisis factorial con rotación de componentes principales para obtener los factores de dichas escalas, el análisis de correlación entre los reactivos y el análisis de correlación entre los factores y los indicadores. Además para el área de Información, se hizo el análisis de dificultad del ítem.

Las pruebas, excepto la escala de Información, mostraron una consistencia interna adecuada y que permitieron distinguir a los que tienen Información, Motivación, Habilidades Conductuales y Sintomatología Depresiva y de Estrés Postraumático, elevadas de quienes no, se procedió a estimar de manera exploratoria, para toda la muestra, para grupos de jóvenes y grupos de mayores por separado, el porcentaje de respuestas correctas obtenido en cada área evaluada.

### **Resultados de la Validación de los instrumentos**

**Información.** Los reactivos del área de información incluyen ítems acerca de la sobre el régimen de medicamentos, sobre la utilización correcta de los ARV, sobre la adherencia correcta, sobre los efectos secundarios, sobre las interacciones entre medicamentos, y sobre las teorías falsas que se tienen las personas acerca de la adherencia. Esta sección del instrumento está formada por nueve reactivos, con un formato de respuesta que mide el grado de acuerdo: “Totalmente en desacuerdo”, “Un poco en desacuerdo”, “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, “Un poco de acuerdo” y “Totalmente de acuerdo. En la Tabla 2 se presentan todos los reactivos, se identifica el área de Información que se está evaluando y la respuesta correcta para cada uno; el número de reactivo corresponde al orden en el que se presentan.

## Medidas

Originalmente las respuesta a cada reactivo se codificaron como lo indica el instrumento original en una escala tipo Likert con valores de 0 a 4: Totalmente de Totalmente en desacuerdo (0), Un poco en desacuerdo (1), Ni en acuerdo ni en desacuerdo (2), Un poco de acuerdo (3), y Totalmente de acuerdo (4). La medida utilizada fue la puntuación total obtenida en dicha escala. Para obtener la puntuación total los reactivos se sumó la puntuación de cada reactivo, a mayor grado de acuerdo, mejor manejo de la información sobre la adherencia a los ARV. Los reactivos tres y cinco se recodificaron en forma inversa, de acuerdo a lo planteado en el reactivo.

Los resultados obtenidos sobre el Índice de Dificultad del Ítem de dicha escala se muestran en la Figura 1, con los reactivos ordenados de mayor a menor dificultad.

Se observa que aquellos reactivos del área de información que resultaron tener un mayor índice de dificultad fueron los reactivos tres, nueve, y uno, los cuales se refieren la adherencia correcta, a información sobre las interacciones entre los medicamentos, y sobre la utilización correcta de los ARV, por ejemplo, “Sé si los medicamentos que tomo actualmente se pueden o no se pueden tomar con agua, con suplementos herbolarios o con otros medicamentos que les recetan a los pacientes”, respectivamente. Los reactivos más fáciles fueron el cinco, siete y ocho, los cuales se refieren a la correcta adherencia. En la Figura 1 se presenta el porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada uno de estos nueve reactivos.

La dificultad global del instrumento se estimó promediando los índices de dificultad de los nueve reactivos. Como resultado se obtuvo una dificultad global del instrumento de 0.19, lo cual indica un grado de dificultad bajo.

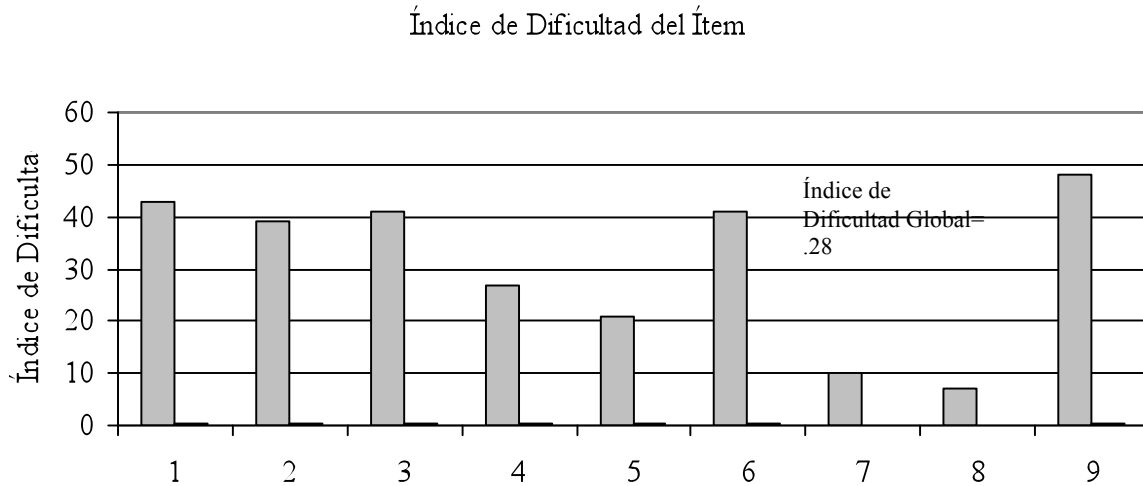


Figura 1. Reactivos del área de Información del LW-IMB-AAQ

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos respecto al poder de discriminación de cada reactivo. Los datos que se presentan corresponden al porcentaje de participantes de los grupos bajo (percentil 25) y alto (percentil 75), que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos. Utilizando la prueba t de student para identificar la diferencia de medias entre ambos grupos, se encontró que excepto el reactivos 8, todos los reactivos lograron discriminar significativamente.

Para el área de Información, la matriz de componentes rotados muestra que en la escala no se agrupa ningún factor, sólo cuatro indicadores. El primer indicador compuesto por los reactivos tres y cinco, el segundo indicador compuesto por los reactivos siete y ocho ( $r=.311$   $p=.001$ ), el tercer indicador por los reactivos nueve y dos ( $r=.271$   $p=.001$ ), y el cuarto indicador compuesto por los reactivos seis y cuatro ( $r=.226$   $p=.05$ ).

En la Tabla 4 se presentan los índices de correlación de Pearson entre los distintos reactivos del área de Información del LW-IMB-AAQ. Puede observarse que existen algunas correlaciones significativas, sin embargo éstas son bajas.

Los reactivos del área de Información al estar constituidos por un factor y dos indicadores, la Tabla 5 presenta los valores de los índices de correlación de Pearson entre dichos factores e indicadores.

El factor encontrado mide información que tiene el participante sobre el regimen, sobre la utilización correcta de los ARV, y sobre la adherencia correcta y sobre los efectos secundarios y las interacciones entre medicamentos.

En la Tabla 6 se puede observar las diferencias en el número de respuestas correctas por reactivo en el área de Información entre los grupos de participantes jóvenes, y participantes mayores. No hubo diferencias significativas entre estos grupos.

**Motivación.** Los reactivos de motivación incluyeron dos grupos de reactivos, los relacionados con las actitudes y/o creencias de los participantes sobre los resultados de la conducta adherente y no adherente y evaluación de esos resultados (Ver Tabla 7).

### **Medidas**

Cada reactivo se codificó como lo indica el instrumento original en una escala tipo Likert con valores de 0 a 4: Totalmente en desacuerdo (0), Un poco en desacuerdo (1), Ni en acuerdo ni en desacuerdo (2), Un poco de acuerdo (3), y Totalmente de acuerdo (4). La medida utilizada fue la puntuación total obtenida en dicha escala. Para obtener la puntuación total los reactivos se sumó la puntuación de cada reactivo. Los reactivos uno, dos, tres, seis, siete, ocho, nueve y 10, se recodificaron en forma inversa, de acuerdo a lo planteado en el reactivo. A mayor puntaje en la escala, mayor motivación personal y social hacia la adherencia a los ARV.

Los resultados del análisis factorial del instrumento indican que está compuesto por dos factores y un indicador. El primer factor está relacionado con la motivación personal (actitudes y creencias sobre los medicamentos ARV y la propia adhesión a su régimen antirretroviral

específico a través de situaciones y a través del tiempo), y explica el 34.56% de la varianza total. El segundo factor contiene también reactivos relacionados con la motivación personal, pero en este caso relacionados con actitudes y creencias sobre la adherencia que hablan de el peso que tiene adherirse al tratamiento y el impacto que tiene en el día con día, y explica el 15.85 de la varianza total. Finalmente la escala presenta un indicador con dos reactivos, que así como en el instrumento original están relacionados con la motivación social y reflejan la relación y colaboración con el proveedor de salud (Ver Tabla 8).

En la Tabla 9 se muestran los resultados respecto al poder de discriminación de cada reactivo.

La Tabla 10 presenta los índices de correlación de Pearson entre los distintos reactivos del área de Motivación del LW-IMB-AAQ. Puede observarse que existen más correlaciones entre los reactivos en comparación con el instrumento de información, muchas de ellas significativas, y moderadas.

Los reactivos del área de Motivación estuvieron constituidos por dos factores y un indicador, los valores de los índices de correlación de Pearson entre dichos factores e indicador se pueden revisar en la Tabla 11.

En la Tabla 12 se puede observar las diferencias en el número de respuestas correctas por reactivo en el área de Motivación entre los grupos de participantes jóvenes, y participantes mayores. Hubo diferencias significativas entre estos grupos en dos reactivos (9 y 10). La Tabla 13 presenta la diferencia de medias por grupos de edad en las respuestas correctas del área de motivación.

**Habilidades Conductuales.** Los reactivos que miden las habilidades conductuales incluyen habilidades objetivas y percibidas hacia la adherencia. Un grupo de reactivos miden

habilidades objetivas y percibidas para adquirir, autoadministrarse y señalarse los medicamentos ARV, otros miden aquéllas necesarias para incorporar el régimen a la ecología social de la vida diaria, otros miden las habilidades necesarias para minimizar los efectos secundarios, para actualizarse sobre información acerca de la adherencia a los ARV conforme sea necesario, habilidades para adquirir apoyo social e instrumental para la adherencia, y finalmente aquellas para auto reforzarse su la adherencia con el paso del tiempo (Ver Tabla 14).

### **Medidas**

Cada reactivo se codificó como lo indica el instrumento original en una escala tipo Likert con valores de 0 a 4: Muy difícil (0), Un poco difícil (1), Ni fácil ni difícil (2), Un poco fácil (3), y Muy fácil (4). La medida utilizada fue la puntuación total obtenida en dicha escala. Para obtener la puntuación total los reactivos se sumó la puntuación de cada reactivo. A mayor puntaje en la escala, mayores habilidades conductuales hacia la adherencia a los ARV.

La Tabla 15 muestra el poder discriminativo de cada uno de los reactivos del área de habilidades conductuales. Todos los reactivos discriminan entre el grupo de los participantes con alta puntuación del grupo de participantes de baja puntuación. Para el área de Habilidades Conductuales, el instrumento refleja la existencia de dos factores y un indicador. El primer factor estuvo conformado por seis reactivos, y está relacionado con la incorporación del regimen a la ecología social de la vida diaria, cómo el paciente minimiza los efectos secundarios de los ARV, y cómo actualiza datos sobre la adherencia a los ARV conforme sea necesario, este factor explica el 36.79% de la varianza total. El segundo factor estuvo formado por seis reactivos, relacionados con adquirir, autoadministrarse y señalarse los medicamentos ARV, y con la incorporación del regimen a la ecología social de la vida diaria y explica el 9.22% de la varianza total. El indicador que estuvo conformado por dos reactivos el, dos y el tres, los cuales hablan de



la habilidad del paciente para adquirir apoyo social e instrumental para la adherencia, y para actualizar los datos sobre la adherencia a los ARV (Ver Tabla 16).

En la Tabla 17 se presentan los índices de correlación de Pearson entre los distintos reactivos del área de Habilidades Conductuales del LW-IMB-AAQ. Puede observarse que existen correlaciones significativas.

Los reactivos del área de Habilidades Conductuales al estar constituidos por dos factores y un indicador, en la Tabla 18 se presentan los valores de los índices de correlación de Pearson entre dichos factores e indicadores.

En la Tabla 19 se puede observar las diferencias en el número de respuestas correctas por reactivo en el área de Habilidades Conductuales entre los grupos de participantes jóvenes, y participantes mayores. Hubo diferencias significativas entre estos grupos en siete reactivos (1, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14). Además, la Tabla 20 muestra la diferencia de medias entre estos dos grupos en los que en la mayoría de reactivos hubo diferencias estadísticamente significativas.

**Sintomatología Depresiva.** La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. La CES-D contiene veinte reactivos que evalúan el afecto deprimido, el afecto positivo, la somatización de la sintomatología depresiva y el área de relaciones interpersonales (Ver Tabla 21).

### **Medidas**

Cada reactivo se codificó en una escala tipo Likert con valores de: Ningún día (0), Menos de 1 día (1), Como 1 ó 2 días (2), De 3 a 4 días (3), y De 5 a 7 días (4). Para obtener la puntuación total de los reactivos se sumó la puntuación de cada reactivo. A menor puntaje,

menor sintomatología depresiva. Se recodificaron en forma inversa, de acuerdo a lo planteado en el reactivo los ítems 4, 8, 12 y 16.

Todos los reactivos tanto de la escala CES-D para evaluar sintomatología depresiva, discriminaron entre los grupos que obtuvieron un puntaje alto, en comparación con los bajos. Entonces se procedió a estimar la consistencia interna de los instrumentos con todos sus reactivos, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach (Ver Tabla 22).

Para la sintomatología Depresiva, el instrumento CES-D refleja la existencia de tres factores, afecto deprimido, afecto positivo, somatización e interpersonal. Adicionalmente se encontró un indicador y un reactivo independiente (el uno). El primer factor estuvo conformado por once reactivos, y está relacionado con el afecto deprimido, este factor explica el 39.97% de la varianza total. El segundo factor estuvo formado por tres reactivos relacionados con el afecto positivo y explica el 10.94% de la varianza total. El tercer factor estuvo formado por tres reactivos relacionados con el afecto positivo y explica el 7.35% de la varianza total. (Ver Tabla 23). La Tabla 24 muestra las correlaciones de Pearson entre los reactivos de la Escala CES-D. La Tabla 25 muestra las correlaciones de Pearson entre los factores e indicadores de la escala CES-D. Estas correlaciones son estadísticamente significativas. Se encontraron diferencias significativas en seis reactivos sobre la sintomatología depresiva en el grupo de jóvenes en comparación con el grupo de mayores (Ver Tabla 26).

**Trastorno por estrés Postraumático.** La Escala de Trauma de Davidson (1990), TQ, fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV y consta de tres partes. La primera parte está formada por una lista de eventos altamente estresantes, la segunda parte evalúa la presencia conductas referentes a intrusión y

evitación, embotamiento, aislamiento, e hiperactivación referentes a cuando la persona experimentó el acontecimiento estresante (Ver Tabla 27 y 28)

### **Medidas**

Con el objetivo de detectar presencia o ausencia del evento estresante en la vida de cada participante, la lista de eventos estresantes, cada situación se codificó “sí”=1 “no”=0 y a qué edad la experimentó el participante. Así mismo los diecisiete reactivos de sintomatología de estrés post traumático se codificaron con dos opciones “sí”=1 “no” =0. Para obtener la puntuación total de los reactivos se sumó la puntuación de cada reactivo. A menor puntaje, menor presencia de eventos altamente estresantes, y a menor puntuación menor sintomatología de estrés postraumático.

Todos los reactivos de la escala TQ para evaluar estrés postraumático, discriminaron entre los grupos que obtuvieron un puntaje alto, en comparación con los bajos. Entonces se procedió a estimar la consistencia interna de los instrumentos con todos sus reactivos, utilizando el Coeficiente Alfa de Cronbach (Ver Tabla 29).

Para la sintomatología de TEPT, el instrumento TQ refleja la existencia de tres factores, afecto deprimido, afecto positivo, somatización e interpersonal. El primer factor estuvo conformado por once reactivos, y está relacionado con el afecto deprimido, este factor explica el 39.97% de la varianza total. El segundo factor estuvo formado por tres reactivos relacionados con el afecto positivo y explica el 10.94% de la varianza total. El segundo factor estuvo formado por tres reactivos relacionados con el afecto positivo y explica el 7.35% de la varianza total. El tercer factor que estuvo conformado por tres reactivos, relacionados con el área interpersonal, y explican el 5.20% de la varianza total (Ver Tabla 30).

La Tabla 31 muestra las correlaciones de Pearson entre los factores e indicadores de la Escala de síntomas TQ. La Tabla 32 muestra la correlación entre los factores de la escala.

Al comparar la presencia de cada uno de los síntomas de la escala TQ se encuentra que no existen diferencias significativas entre el grupo de jóvenes en comparación con el grupo de mayores. Al sumar la presencia de los 18 síntomas en los participantes, tampoco hay diferencias entre los grupos. La media de síntomas para ambos grupos fue casi diez síntomas (jóvenes = 9.98 y mayores 9.420)  $t = 506$ .  $p = .614$ , (Ver Tabla 33).

### **Discusión De Los Resultados De La Validación**

Los resultados de la validación de los instrumentos revelan datos interesantes. En primer lugar el instrumento de información. A pesar de que los reactivos muestran que son capaces de discriminar entre los participantes informados de los no informados, los reactivos de esta área muestran serias deficiencias en cuanto a la agrupación de los reactivos en factores, y en cuanto sus índices de confiabilidad. Aunque en el instrumento original (Fisher, Fisher, Amico, y Harman, 2006) está descritas como opciones de respuesta una escala de acuerdo tipo Likert, se ha observado en el Capítulo 4: “El Modelo De Información Motivación y Habilidades Conductuales”, que la mayoría de los estudios que han utilizado el LW-IMB-AAQ (Kalichman, Rompa, DiFonzo, Simpson, Austin, Luke, Kyomugisha, y Buckles, 2001; Amico, Toro-Alfonso y Fisher, 2005; Starace, Massa, Amico, y Fisher, 2006; y Peltzer, Friend-du Preez, Ramlagan, Anderson, 2010) en sus publicaciones reportan haber utilizado otra codificación en las opciones de respuesta y optaron por opciones dicotómicas “sí”, “no” y “no sé la cual fue codificada como incorrecta. Recodificando las opciones de respuesta en la presente investigación los niveles de confiabilidad son mayores ( $\alpha = .538$ ) pero aún así lo que el instrumento está evaluando es la percepción que tiene el participante de su nivel de información, no la información en sí. De

hecho sólo el estudio de Kalichman et al, provee a los participantes de una serie de reactivos muy concisos sobre conocimientos hacia el tratamiento antirretroviral, y es el trabajo que más se acerca a una válida medición de este constructo. Por lo tanto a partir de estas observaciones, tendrán que tomarse en cuenta estas limitaciones, y ser cuidadoso al generalizar los resultados de lo obtenido en esta variable. Los resultados de esta validación destacan la gran necesidad de revisar a profundidad el instrumento y reflexionar si sería necesario cambiar los reactivos a información precisa sobre el tratamiento antirretroviral. Aunque el Modelo IMB de adherencia a la terapia antirretroviral plantea que la información está compuesta por: información sobre el regimen, sobre la utilización correcta de los ARV, y sobre la adherencia correcta, información sobre los efectos secundarios y las interacciones entre medicamentos, e información que tienen los pacientes sobre heurístico y las teorías implícitas relacionadas con la adherencia, el instrumento que se usó en este estudio no parece contener suficientes reactivos que midan cada área, y por lo mismo el análisis factorial no reporta que los reactivos se agrupen en al menos un factor y las correlaciones entre dichos reactivos son bajas. Las consecuencias de utilizar un instrumento con semejantes problemáticas también afecta a aquellos investigadores que a partir de dicha evaluación pretenden generar un programa de intervención. Este instrumento no apoya a llevar a cabo un buen diagnóstico de necesidades y no sirve como guía para informar a los pacientes en lo que pudieran ser sus déficits. Finalmente cabe mencionar que aunque el grupo de participantes más jóvenes tuvo un número mayor de respuestas correctas, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Los reactivos relacionados con la motivación mostraron que discriminaron entre los participantes con baja motivación y los participantes con alta motivación. Los reactivos de esta área del instrumento muestran mejores índices de confiabilidad, y el análisis factorial del

instrumento revela resultados similares a aquellos encontrados en el instrumento original. Es decir de manera general, el instrumento mide tres factores: actitudes y creencias hacia la terapia antiretroviral, actitudes y creencias hacia la adherencia, y motivación social. Las correlaciones entre reactivos fueron moderadas, y se encontró una correlación entre dos de los factores de dicho instrumento. Sólo hubo dos reactivos en los que el grupo de pacientes más jóvenes mostraron diferencias significativas en esta área.

Los reactivos que miden las habilidades conductuales mostraron buenos resultados en la presente validación. Los reactivos mostraron capacidad para discriminar entre el grupo de pacientes con altas habilidades conductuales, en comparación con el de bajas habilidades conductuales. Los reactivos se agruparon en dos factores y un indicador, hubo un buen número de correlaciones entre los reactivos, y los índices de confiabilidad tanto de la escala general como de toda la escala son buenos. Además, llama la atención que se encontraron diferencias significativas tanto en el número de respuestas correctas por reactivo del grupo de los participantes más jóvenes en comparación con los participantes mayores, así como diferencias estadísticamente significativas en la diferencia de medias de respuestas correctas de ambos grupos. Siendo los participantes de mayor edad aquellos que mostraron ser más hábiles conductualmente, y estos resultados fueron estadísticamente significativos para nueve de los catorce reactivos.

El instrumento de sintomatología depresiva CES-D obtuvo buenos resultados tanto en sus índices de confiabilidad de la escala total, así como en los índices de confiabilidad para cada uno de los tres factores. Todos los reactivos discriminaron entre los pacientes con baja sintomatología depresiva en comparación con los de alta sintomatología depresiva. Además se encontraron correlaciones de moderadas a altas entre los reactivos de este instrumento. Los dos

factores y el indicador mostraron correlaciones estadísticamente significativas. Los participantes de mayor edad mostraron tener menor sintomatología depresiva, aunque estas diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en seis reactivos.

Existen muchas dudas sobre la validez y confiabilidad de la escala de Información. Kalichman, et al (2000), quien realizó el primer estudio en el que se puso a prueba el Modelo IMB, reporta haber empleado siete reactivos para evaluar información los cuales fueron respondidos con opciones de respuesta dicotómicas “Sí” y “No”. Ejemplos de algunos de estos reactivos son: “¿El AZT es un inhibidor de la proteasa”, “¿Las células T son lo mismo que las células CD4?”, “¿Cuando los tratamientos para el VIH funcionan, causan un decremento en la carga viral?”. Este autor obtuvo resultados mejores que los del presente estudio en cuanto al nivel de confiabilidad de la escala. Sin embargo, los demás autores que han utilizado la escala de información en sus estudios, aunque reportan estar utilizando los reactivos de Información del LW-IMB-AAQ, en sus datos no reportan los nueve reactivos del instrumento original, ni usan las mismas opciones de respuesta. Es el caso de Amico, Toro-Alfonso y Fisher (2005), quienes sólo revelan haber usado para sus análisis tres “reactivos de información relevante”, no reportan el índice de Confiabilidad de Alfa, tres opciones de respuesta (“sí” “no” “no sé”, los reactivos contestados como “no sé” fueron codificados como respuestas incorrectas). Por su parte Starace, Massa, Amico, y Fisher, (2006) reportan haber usado la escala LW-IMB-AAQ versión italiana para medir la variable de información pero sólo reportan en sus resultados lo referente a cuatro reactivos, omiten revelar el índice de confiabilidad de dicha escala, y las opciones de respuesta también fueran tres. Finalmente Peltzer, Friend-du Preez, Ramlagan y Anderson (2010) reportan sólo los resultados de cinco reactivos de esta escala, también codificados a través de tres respuestas y su índice de confiabilidad de alpha es de  $\alpha = .69$ .

Estos vacíos nos hacen pensar que no existe un consenso o no se ha estandarizado cuáles reactivos usaron en las investigaciones, y la información inexistente sobre confiabilidad sugiere que el instrumento necesita ser revisado a profundidad. Lo anterior es grave debido a que la información es una variable muy importante del modelo, y si ésta no está siendo medida adecuadamente, las conclusiones a las que se pueden estar llegando no son necesariamente válidas.

Para el caso de la motivación y las habilidades conductuales, pasa algo similar. Kalichman et. al diseñaron sus propios reactivos, a diferencia de Amico, et al (2005), Starace (2006) y Peltzer, Friend-du Preez, Ramlagan y Anderson (2010) quienes reportan haber usado los del modelo IMB. Sin embargo, estos últimos tres estudios que afirman haber usado el instrumento original, sólo reportan cierto número de reactivos, y no señalan cuáles son. Los índices de confiabilidad reportados por estos autores son altos.

En conclusión queremos mencionar que para que el instrumento LW-IMB-AAQ pueda tener características psicométricas adecuadas, hace falta que los autores reporten los datos completos en cuanto a la aplicación de la escala para poder hacer comparaciones. También sería interesante que los autores reportaran de manera breve los resultados del análisis factorial de dicho instrumento para ver si los reactivos se agrupan de acuerdo a lo que indica la teoría, ningún estudio reporta el análisis factorial y a la fecha no se ha publicado estudio alguno sobre las propiedades del instrumento LW-IMB-AAQ.



## **RESULTADOS**

### **Descripción de la Población**

En el estudio final participaron 109 pacientes adultos, hombres (63%) y 37% de mujeres de entre 18 a 69 años de edad participaron en este estudio (media de 37.67 D.E. 10.97). Los pacientes informaron un diagnóstico de VIH + de un máximo de 173 meses (media de 66.66 meses, DE 40.96). 70.6% de los pacientes reportaron que viven con sus familias, el 61,7% de tener hijos, la mayoría de los pacientes tenían altos estudios ya sea primaria y / o media, y el 57.9 informó un ingreso mensual de \$ 1500- \$3,000 pesos mexicanos. Los pacientes en esta muestra tienen una media de 66.6 meses desde el diagnóstico (D.E. 40.96), y una media de pastillas por paciente y día de 2.40 (mínimo 1 píldora, máximo 4 píldoras, y el 59.8% toma dos pastillas por día). Las estadísticas descriptivas de la muestra del estudio se presentan en la Tabla 1.

### **Niveles de Adherencia**

Los resultados que se presentan a continuación incluyen las dos medidas de adherencia que se emplearon para este estudio: medidas de adherencia con base a pruebas de laboratorio (Conteo de CD4 y Carga Viral) y medidas de auto reporte. Las pruebas de laboratorio fueron recolectadas en cinco tiempos con base a la información que el participante tenía en su expediente. El T1 corresponde a aproximadamente seis meses antes de la evaluación, el T2 corresponde a aproximadamente tres meses antes de la evaluación, el T3 es la prueba de laboratorio más reciente con la que contaba el participante, el T4 es la prueba que se tomó aproximadamente tres meses después de la evaluación, el T5 se tomó aproximadamente seis meses después de la evaluación y por último el T6 se tomó aproximadamente nueve meses después de la evaluación (Ver Tabla 34). Se observa que la media del conteo de CD4 se incrementa a través del tiempo.

Las medidas de autoreporte tomaron en cuenta los siguientes indicadores: adherencia al horario en la toma de medicamentos, adherencia a la toma de medicamentos en la dosis que indicó el médico en los últimos tres días, adherencia a la toma de medicamentos en el último fin de semana, adherencia a la toma de medicamentos en los últimos tres meses.

### **Adherencia según pruebas de laboratorio**

La media del conteo de CD4 al momento de realizar la evaluación fue de 535.17 (el rango de valores normales se encuentra entre las 500 a 1600 células por milímetro cúbico de sangre). El medicamento más utilizado en esta población fue Truvada, seguido de Efavirenz.

En la Tabla 35 se observan los resultados de “carga viral”, la cual se refiere a la cantidad de virus circulante que el paciente tiene en su cuerpo, en otras palabras: la cantidad de genomas virales que pueden identificarse en el torrente sanguíneo de un paciente con la infección VIH. Es en relación a la carga viral se establece la meta a lograr para alcanzar el control de la infección,

la cual se expresa a través de la indetectabilidad del virus en la sangre circulante, un dato reconocido a nivel mundial como indicador de éxito en el control de la infección VIH, y que es independiente del número de células CD4 que el paciente tenga (Mireles, 2011). En este sentido, el 86.7% de los pacientes de esta muestra reportaron en cargas virales indetectables.

### **Adherencia autoinformada**

Al comparar el número de dosis recetadas vs el número de dosis que los participantes tomaron en los últimos tres días, el 93.5% de los pacientes afirman haber tenido una adherencia mayor al 95% (Ver Tabla 36). En relación con el seguimiento del horario para la toma de los medicamentos, el 43.5% de la muestra reporta seguir el horario específico para la toma de medicamento “la mayoría de las veces”, y el 40.7% de la población refiere seguir el horario en la toma de sus medicamentos “todo el tiempo”, (Ver Tabla 37) . Ante la pregunta, “Algunas personas olvidan tomarse sus pastillas los fines de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos en el último fin de semana, es decir el, sábado o domingo pasado?”, el 79% de los participantes indicaron que “No” y el 21% de la muestra indicó que “Sí”, (Ver Tabla 38). Finalmente en relación a la adherencia en los últimos tres meses, la cual fue evaluada con el reactivo ¿cuándo fue la última vez que dejó de tomar sus medicamentos?, el 46.3% de los participantes afirman que no han dejado de tomar sus medicamentos en los últimos tres meses, mientras que el 17.6% de los pacientes refieren haber olvidado tomar sus medicamentos en algún punto hace más de tres meses, el 16.7% de los participantes olvidaron tomar sus medicamentos en algún punto hace de uno a tres meses, y el 12% reporta haber olvidado tomar sus medicamentos durante la última semana (Ver Tabla 39).

El seguimiento del horario no estuvo asociado al conteo de CD4, pero estuvo asociado a la adherencia en los últimos tres meses ( $r=.398$   $p<.000$ ). La adherencia autoreportada en el

último fin de semana no estuvo asociada al conteo de CD4, pero sí con la adherencia en los últimos tres meses ( $r=.329$   $p<.001$ ), (Ver Tabla 40).

### **Prácticas sexuales**

A continuación se presentan la información que proporcionó la muestra en relación con sus prácticas sexuales. Dichas prácticas fueron evaluadas a través de seis reactivos, y finalmente se empleó un reactivo para indagar la vía por la que el participante adquirió el virus del VIH.

En la Tabla 41 se observa que la edad del debut sexual ocurre principalmente entre los 17 y los 24 años. La tabla 42 muestra que la mayoría de los participantes afirma usar “siempre” condón cuando tiene relaciones sexuales, sin embargo sigue habiendo un número importante de la población que no lo usa, y eso lo confirma la pregunta de si el participante usó condón en su última relación sexual (Tabla 44). La Tabla 43 indica aproximadamente hace cuánto tiempo que el participante tuvo su última relación sexual. La Tabla 45 muestra los resultados de la frecuencia de alguna infección de transmisión sexual en esta población. El 60% de los participantes refieren nunca haber tenido una infección de transmisión sexual. La Tabla 46 pregunta nuevamente si el participante ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses y ha usado condón. El 65% de los participantes prefieren que “sí”. Por último, en relación con las prácticas sexuales, casi la mitad de la población refiere haber adquirido el VIH a través un hombre que tuvo una relación sexual con otro hombre. Pero el 32.1% de los participantes afirman desconocer cómo fueron infectados del virus (Ver Tabla 47).

### **Variables del Modelo: Información, Motivación y Habilidades Conductuales**

#### **Información**

En la Tabla 48 se puede observar que la población mostró a través de sus puntajes estar medianamente de acuerdo con la información que se le presentó en los nueve reactivos

relacionados con la información. De un máximo de 36 puntos, la media total para la muestra fue de 23.06 puntos (D.E. 5.310), la mediana fue de 28 puntos (Ver Tabla 49). El puntaje total mínimo en la muestra fue de 15 puntos y el máximo de 36. El indicador de simetría es de  $-0.471$  y de kurtosis de  $-0.524$ .

Se encontró que la población se encuentra por arriba de la media teórica para este factor. Un hallazgo adicional es que el Factor de la Escala de información no se correlaciona con ninguna variable sociodemográfica, ni tampoco con las variables de Motivación y Habilidades Conductuales del Modelo IMB de adherencia a la terapia antirretroviral.

En la Tabla 50 se muestran las correlaciones de los reactivos de la escala de información con los indicadores de adherencia. Se encontraron asociaciones en la adherencia en los tres últimos meses (AU3M) con un reactivo de la escala de información (I2) Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos para el VIH (por ejemplo, si debo o no tomarme la(s) pastilla(s) después). ( $r=0.208$   $p<0.032$ ). En esta misma tabla se observa que los reactivos y el factor del área de información no están asociados con ninguna de las medidas de adherencia.

### **Motivación.**

Los participantes del estudio mostraron niveles medios de Motivación hacia el tratamiento. De un puntaje máximo de 40 puntos, la media de los participantes fue de 26.36 (D.E. 9.33), mediana de 28 puntos y moda 40 puntos. El puntaje mínimo fue de cuatro puntos y el máximo de 40 puntos. El indicador de simetría fue de  $-0.404$  y de kurtosis  $-0.623$ . (Ver Tabla 51).

En la Tabla 52 se observa que las puntuaciones del área de Motivación están por debajo de la media teórica tanto para los factores, como para el indicador, sin embargo el total del puntaje está por arriba de la media teórica.

La Tabla 53 muestra las correlaciones existentes entre los reactivos de esta escala y las medidas de adherencia. Sólo un reactivo de esta escala se asocia con el seguimiento del Horario, el reactivo nueve. El reactivo 10 se asocia positivamente con la carga viral.

### **Habilidades Conductuales**

Los participantes de la muestra afirmaron tener habilidades conductuales medianas a través de los 14 reactivos de la Escala. Con base al puntaje máximo de 56 puntos, la población obtuvo una media en el total de la escala de 40.96 (D.E. 11.080), la mediana fue de 28 puntos, y la moda de 52 puntos. El puntaje total mínimo fue de 12 puntos y máximo de 56. El indicador de simetría fue de  $-0.596$  y de kurtosis  $-0.528$ , (Ver Tabla 54).

La Tabla 55 muestra que los participantes del estudio se encuentran por arriba de la media teórica tanto de los factores, y los indicadores como de la suma de reactivos de habilidades conductuales.

En la Tabla 56, se observa que dos reactivos de la escala de Habilidades Conductuales mostraron estar asociados significativamente con el seguimiento del horario, reactivo cuatro, “¿Qué tan difícil o fácil es para usted que le entreguen sus medicamentos a tiempo?” ( $r=0.207$   $p<0.032$ ), y el reactivo ocho “¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?” ( $r=0.194$   $p<0.044$ ).

Cinco reactivos de esta escala mostraron estar significativamente asociados con la adherencia autoreportada en el último fin de semana: reactivo dos, “¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?” ( $r=0.349$   $p<0.000$ ), reactivo seis “¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?” ( $r=0.204$   $p<0.037$ ), reactivo ocho “¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus

medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?” ( $r=.212$   $p<.030$ ), reactivo 11 “¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando no se siente bien emocionalmente (por ejemplo, cuando está deprimido, triste, enojado o tenso)?” ( $r=.302$   $p<.002$ ), y el reactivo 14 “¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?” ( $r=.359$   $p<.000$ ).

Finalmente se encontraron asociaciones en la adherencia en los tres últimos meses (AU3M) con cuatro reactivos de la escala de Habilidades Conductuales, reactivo dos: “¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?” ( $r=.290$   $p<.002$ ), reactivo seis, “¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?” ( $r=.196$   $p<.042$ ), reactivo 13, “¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando NO se siente bien físicamente?” ( $r=.221$   $p<.022$ ), y el reactivo 14, “¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?” ( $r=.256$   $p<.007$ ).

### **Sintomatología Depresiva**

Los participantes de la muestra en promedio mostraron encontrarse con alta sintomatología depresiva. El punto de corte para esta versión la escala y diagnosticar sintomatología depresiva es de 21 puntos. Esta población tuvo una media de 10.02, (D.E. = 15.201), mediana de 26 puntos y moda de 16. El indicador de simetría fue de .613 y de kurtosis -.399, (Ver Tabla 57).

En la Tabla 58 se observa que más de la mitad de la población presenta sintomatología depresiva con base al punto de corte establecido en la escala.

En la Tabla 59 se observa que un reactivo de esta escala estuvo asociado negativamente al conteo de CD4 (reactivo 8) “Me sentía con esperanza sobre el futuro” ( $r=-.215$ ,  $p<.034$ ).

Ningún reactivo estuvo asociado a la carga viral, ni a la adherencia en los últimos tres días, ni al seguimiento del horario, ni a la adherencia en los últimos tres meses. Ocho reactivos estuvieron asociados a la adherencia autoreportada en el último fin de semana: reactivo dos, “No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito” ( $r=-.348$ ,  $p<.000$ ), el reactivo cuatro, “Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona” ( $r=.221$ ,  $p<.029$ ), el reactivo seis, “Me sentía deprimido” ( $r=-.223$ ,  $p<.028$ ), el reactivo 10, “Me sentía con miedo” ( $r=-.240$ ,  $p<.018$ ), el reactivo 16 “Disfruté de la vida” ( $r=.214$ ,  $p<.037$ ), el reactivo 17, “Pasé ratos llorando” ( $r=.307$ ,  $p<.002$ ), y el reactivo 20 “No tenía ganas de hacer nada” ( $r=-.228$ ,  $p<.025$ ).

### **Trastorno por Estrés Postraumático**

En la Tabla 60 se observa la frecuencia de eventos estresantes que han vivido los participantes de este estudio. En esta tabla se observa que además de ser diagnosticado con VIH, los eventos estresantes más frecuentes reportados por la población son: muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo, accidente de coche, tren o avión, amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo, agresión, y accidente industrial o de trabajo. Entre los eventos menos frecuentes se encuentran el perder la casa o a alguien de su familia por una inundación, tornado o temblor, secuestro. En promedio los participantes han vivido al menos tres eventos estresantes a lo largo de su vida.

Después de realizarles esta escala, a los participantes se les pide lo siguiente: “Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indique el que le resulta más desagradable recordar ahora”. Ante este cuestionamiento, 83 participantes (76.1%) respondieron que el ser diagnosticado VIH Positivo es el acontecimiento que les resulta más desagradable recordar, seguido de la muerte inesperada de un familiar o amigo íntimo y ser víctima de una agresión (Ver Tabla 61).



La gran mayoría de los participantes refieren no haber estado preparados para el suceso. Aproximadamente tres cuartas partes de los participantes afirmaron que el acontecimiento les generó miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto, pensaron que su vida estaba en peligro y que pudieron hablar con alguien sobre el acontecimiento (Ver Tabla 62).

Sobre la sintomatología de TEPT, en la Tabla 63 se observa que la población mostró una media de 9.70 síntomas de TEPT (D.E. = 5.38). El total de síntomas incluidos en la escala era de 18, y la población tuvo una mediana de 10.5 síntomas, moda de 14. El indicador de simetría fue de -.310 y kurtosis de -1.076. El síntoma más frecuente fue “los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor”, seguido de “estar nervioso o fácilmente asustado”, el síntoma menos frecuente fue “sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento”.

Después de haber tenido esta sintomatología posterior al evento estresante, al momento de la entrevista, el 60.6% de los participantes reporta no tener síntomas en la actualidad.

Los resultados de la Tabla 64 muestran que ningún reactivo de esta escala estuvo asociado al conteo de CD4, a la carga viral, a la adherencia en los últimos tres días, y a la adherencia en los últimos tres meses. Un reactivo, el número seis, estuvo asociado al seguimiento del horario “Problemas de concentración” ( $r=-.234$ ,  $p<.015$ ), y cuatro reactivos estuvieron asociados a la adherencia en el último fin de semana: el número 10, “Evitar hacer algo que le recuerde el suceso”, ( $r=-.247$ ,  $p<.011$ ), el número 13, “Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor” ( $r=-.225$ ,  $p<.021$ ), el número 14, “No poder recordar una parte importante del suceso” ( $r=-.212$ ,  $p<.030$ ), y el número 16, “Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso” ( $r=-.209$ ,  $p<.032$ ).

En resumen, puede observarse que los indicadores de adherencia en sangre (CD4 y CV) no mostraron estar asociados; estos indicadores tampoco estuvieron asociados con ningún indicador

de adherencia autoinformada (Seguimiento de Horario, Adherencia en el último fin de semana, y Adherencia en los últimos tres meses).

Los indicadores de adherencia autoinformada que mostraron estar asociados fueron el seguimiento del horario con la adherencia en los últimos tres meses ( $r=-.398$ ,  $p<.000$ ), así como la adherencia en el último fin de semana estuvo asociada a la adherencia en los últimos tres meses ( $r=-.329$ ,  $p<.001$ ).

Algunos reactivos de la escala LW-IMB-AAQ mostraron estar asociados con los indicadores de adherencia en sangre. Es el caso de la Carga Viral que estuvo asociada con el reactivo 10 de la Escala de Motivación (Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando me causen efectos secundarios), y con el reactivo uno de la Escala de Habilidades Conductuales (Hay momentos en los que me es difícil tomar los medicamentos para el VIH, como cuando consumo alcohol u otras drogas callejeras).

El conteo de los CD4 al momento de la realización de la evaluación mostró estar relacionado con el reactivo ocho de la escala CES-D (Me sentía con esperanza sobre el futuro) ( $r=-.215$ ,  $p<.034$ ).

El seguimiento de horario estuvo asociado al reactivo nueve de la Escala de Motivación (Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando afecten mi aspecto), los reactivos cuatro (¿Qué tan difícil o fácil es para usted que le entreguen sus medicamentos a tiempo?) y ocho (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?) del área de habilidades conductuales y el reactivo seis (Problemas de concentración) de la escala TQ de que mide sintomatología de TEPT.

La adherencia en el último fin de semana estuvo asociada con el reactivo dos (¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?), seis (¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?), ocho (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?), 11 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando no se siente bien emocionalmente, por ejemplo, cuando está deprimido, triste, enojado o tenso?) y 14 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?) de la Escala de Habilidades Conductuales. Esta medida de adherencia auto informada estuvo también asociada con ocho reactivos de la escala CES-D: el número dos (No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito), tres (Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.), cuatro (Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona), seis (Me sentía deprimido), ocho (Me sentía con esperanza sobre el futuro), 10 (Me sentía con miedo), 16 (Disfruté de la vida), 17 (Pasé ratos llorando), y 20 (No tenía ganas de hacer nada), así como con la suma de la escala CES-D y el Factor uno de la misma escala. Finalmente la adherencia en el último fin de semana estuvo asociada con cinco reactivos de la escala TQ : 10 (Evitar hacer algo que le recuerde el suceso), 13 (Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor), 14 (No poder recordar una parte importante del suceso), 16 (Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso), y el Factor uno de dicha escala.

La adherencia en el último fin de semana estuvo asociada con un reactivo de la escala de Información, el número dos, (Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos para el VIH, por ejemplo, sí debo o no tomarme la pastilla después), cinco reactivos de la escala de

Habilidades Conductuales, el número dos (¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?), seis (¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?), el ocho (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?), el 13 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando NO se siente bien físicamente?), el 14 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?) así como con la suma de todas las habilidades conductuales. Finalmente esta medida de adherencia autoinformada estuvo asociada con un reactivo de la escala CES-D, el número 19 (Sentía que yo no le caía bien a la gente) y un reactivo de la Escala TQ, el número nueve (Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento).

Finalmente queremos mencionar como se observa en la Tabla 65, que como señala el Modelo, en este estudio se encontró que la Motivación está significativamente asociada a las Habilidades Conductuales ( $r=-.415$ ,  $p<.000$ ).

### **Resultados entre los grupos de pacientes con Adherencia óptima y Subóptima**

Para realizar un análisis adicional, la población se dividió teniendo en cuenta los indicadores de la no adherencia en dos grupos de pacientes (Óptimos y Sub Óptimos). Los pacientes asignados al grupo de Adherencia Óptima (AO) fueron aquellos que mencionaron haber tomado todos sus medicamentos en los últimos tres meses ( $\geq 95\%$  del tiempo). Los pacientes asignados al grupo de Adherencia Sub óptima (ASO) fueron aquellos que informaron haber omitido al menos una dosis del medicamento en cualquier momento, en los últimos tres meses.

**Información**

Los pacientes del grupo de AO tuvieron una puntuación de 27.83 y el conocimiento de los pacientes del grupo de ASO tienen una media de 29.65. La prueba t para muestras independientes muestran que estas diferencias son marginalmente estadísticamente significativas ( $t = -1.908$   $p = .050$ ). De los nueve reactivos sólo el reactivo I2 (Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos para el VIH, por ejemplo, si debo o no tomarme la(s) pastilla(s) después) mostró diferencias significativas entre el grupo de ASO y AO. No hubo diferencias significativas en el factor de la escala, (Ver Tabla 66 y 67).

**Motivación**

La puntuación media de la puntuación de la motivación para esta muestra fue 26.36. La puntuación de motivación AO fue de 26.55 y el grupo de ASO 26.20. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $t = .965$   $p = .850$ ). El grupo de ASO y el grupo AO no mostraron diferencias significativas en ningún reactivo o factor de la escala (Ver Tabla 68 y 69).

**Habilidades Conductuales**

La puntuación media de las habilidades conductuales del grupo de ASO fue de 39.03, mientras que la del grupo AO fue de 43.63. La prueba t para muestras independientes demuestran estas diferencias son estadísticamente significativas ( $t = -2.171$   $p = .032$ ). Así mismo, los grupos OA y SA mostraron diferencias significativas para el factor 1 de esta escala ( $t = -2.878$   $p = .005$ ), (Ver Tabla 70 y 71).

**Sintomatología Depresiva**

La suma de los reactivos de sintomatología depresiva del grupo de ASO fue de 27.77, mientras que la del grupo AO fue de 32.21. La prueba t para muestras independientes demuestran estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $t = -1.474$   $p = .144$ ). Los

grupos OA y SA mostraron diferencias significativas sólo en dos reactivos de esta escala el 17 y el 18. No hubo diferencias significativas entre la suma total y los factores de esta escala (Ver Tabla 72 y 73).

### **Sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático**

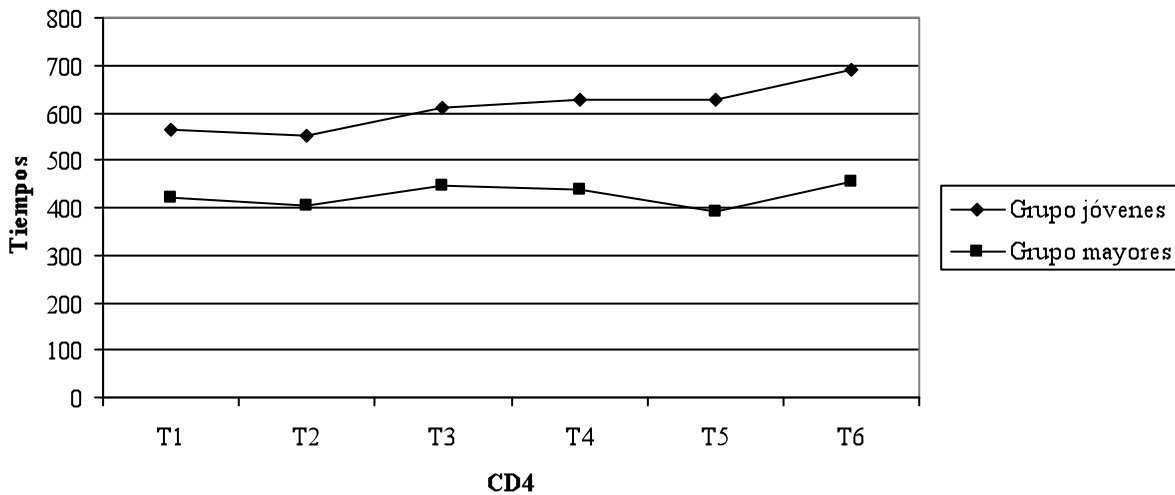
Ambos grupos mostraron haber experimentado aproximadamente el mismo número de síntomas de estrés postraumático, y estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La prueba t para muestras independientes demuestra así mismo que no existen diferencias entre los grupos en los factores de esta escala (Ver Tablas 74 y 75).

En conclusión, los grupos de pacientes con adherencia óptima y subóptima difieren principalmente en que los primeros muestran mayores habilidades conductuales y esta diferencia es estadísticamente significativa (Ver Tabla 76 y 77). Más detalles sobre la correlación de cada uno de los reactivos de las escalas de Información, Motivación, Habilidades Conductuales, Sintomatología Depresiva, y Estrés Post Traumático, con los indicadores de adherencia de auto reporte, y adherencia auto informada, tanto en el grupo de adherencia óptima como el grupo de adherencia sub óptima, se incluyen en las tablas 78 a 87.

**Resultados entre los grupos de jóvenes y mayores y la adherencia terapéutica y las variables del modelo.**

*Resultados de indicadores de adherencia entre los indicadores de adherencia.*

La población se dividió en dos grupos: grupos de edad: jóvenes de 18 a 37 años y mayores de 38 a 69 años. Se utilizó la prueba t de student para conocer la diferencia de medias en la adherencia a través de pruebas de laboratorio, y como se observa en la Figura 2, los grupos muestran diferencias en los cinco momentos, y estas diferencias son estadísticamente significativas. También se observa que existe una tendencia en la población del estudio hacia el incremento en el conteo de los CD4 tanto en el grupo de los pacientes jóvenes como en el grupo de los pacientes mayores. Sin embargo los primeros están por arriba de los mayores en todas las medidas a lo largo del tiempo.



*Figura 2. Diferencias entre grupos de edad CD4*

En cuanto a la adherencia autoinformada se observa que no hay diferencias significativas, entre los grupos para ningún indicador (adherencia en los últimos tres días, adherencia en el

último fin de semana, adherencia al horario, adherencia en los últimos tres meses), (Ver Tabla 88, 89, 90, y 91).

### **Información**

Los pacientes del grupo de jóvenes tuvieron una media de 23.27 puntos en su nivel de información, mientras que los mayores de 22.82, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $t = .764$   $p = .446$ ). Los participantes jóvenes y mayores mostraron puntajes bastante similares a los del resto de la muestra. Tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas correctas, ni en el factor de la escala (Ver Tabla 92 a 95).

### **Motivación**

En esta área la puntuación media para los jóvenes fue de 24.73, mientras que para el grupo de mayores fue de 28.28. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $t = -2.008$   $p = .047$ ) al igual que para el reactivo nueve y 10. Al compararlo por estos grupos de clasificación, no se encontraron diferencias significativas en los factores y el indicador de esta escala (Ver Tabla 96 a 99).

### **Habilidades Conductuales**

Los participantes más jóvenes mostraron diferencias significativas en casi todos los reactivos de la escala de habilidades conductuales. La media de puntaje de habilidades conductuales del grupo de participantes jóvenes fue de 36.68, mientras que la de los participantes mayores fue de 46.02, esta diferencia también fue significativa ( $t = -4.816$   $p = .000$ ). Los participantes mayores tuvieron un puntaje mayor que el resto de la muestra. También se observan diferencias estadísticamente significativas en los dos factores y el indicador de la escala de Habilidades Conductuales (Ver Tabla 100).



El grupo de pacientes jóvenes y mayores no mostró diferencias significativas en los puntajes de sintomatología depresiva, ni en sintomatología de EPT (Ver Tabla 101).

### **Predictores de la adherencia**

Con el objetivo de identificar las variables del Modelo IMB y los factores encontrados en el proceso de validación y confiabilización de las escalas, que se constituyen como predictores de los indicadores de adherencia a través de pruebas de laboratorio y a través del autoinforme, se realizaron análisis de regresión lineal con el método enter. A continuación se presentan dichos resultados.

Se encontró que sólo el reactivo ocho (Me sentía con esperanza sobre el futuro) predijo el conteo de CD4 de los participantes. (Ver Tabla 102).

En relación con el seguimiento del Horario, ningún factor de las escalas predijo esta medida de adherencia, pero un reactivo del Modelo IMB, y el ocho (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?) (Ver Tabla 103).

Las variables predictoras de la adherencia en los últimos tres meses fue el factor 1 del área de Habilidades Conductuales, el cual está conformado por los reactivos seis (¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?), ocho (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?), 10 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomarse sus medicamentos para el VIH cuando la rutina del día cambia, por ejemplo, cuando viaja o sale con sus amigos? ), 11 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando no se siente bien emocionalmente, por ejemplo, cuando está deprimido, triste, enojado o tenso? ), 13 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando NO se siente bien físicamente?), y 14 (¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?). (Ver Tabla 104).

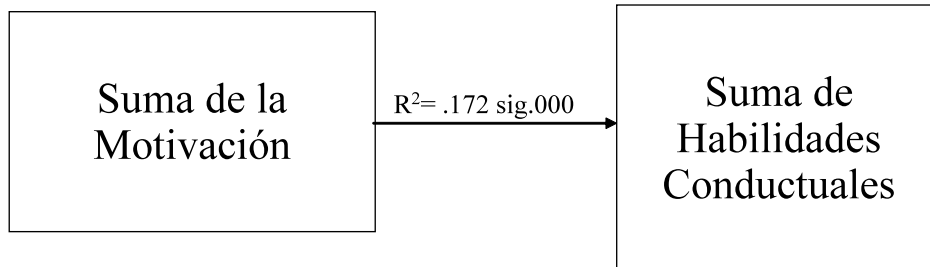
**Predictores de la adherencia grupo de pacientes con Adherencia Óptima y Subóptima**

Se encontró que hubo ningún predictor de la medidas de adherencia a través de las pruebas del laboratorio. Para las medidas de adherencia autoinformada, en el grupo de pacientes con adherencia óptima se encontró que el único predictor fue el reactivo seis de la escala de motivación (Ver Tabla 105).

Para los pacientes de adherencia subóptima se encontró que el predictor de la prueba de adherencia de laboratorio de conteo de CD4, fue el factor dos de Habilidades conductuales, mientras que la medida de adherencia autoinformada de seguimiento del horario fue el reactivo ocho de esta misma escala (ver Tabla 106 y 107).

Modelo Final

Muestra total



*Figura 3. Modelo Final*

Tabla 1  
*Características Sociodemográficas de los Participantes*

	<i>n</i>	%
Sexo		
Mujeres	40	37
Hombres	68	63
Edad en años		
18 – 29	31	28.4
30 – 37	28	25.7
38 – 45	25	22.9
36 – 69	28	25.7
Vive con		
Solo	12	11.0
Pareja	17	15.6
Amigos	3	2.8
Familia	77	70.6
Tiene hijos		
No	41	38.3
Sí	66	61.7
Estado civil		
Soltero	47	43.9
Casado	17	15.9
Unión libre	25	23.4
Divorciado	8	7.5
Viudo	10	9.3
Nivel de estudios		
Ninguno	5	4.6
Estudios de Primaria	34	31.2
Estudios de Secundaria	34	31.2
Estudios de Preparatoria	15	13.8
Carrera técnica	14	12.8
Universidad	7	6.4
Situación laboral		
Nunca ha trabajado	4	3.7
Trabaja medio tiempo	7	6.4
Trabaja por su cuenta	43	39.4
Tuvo que dejar de trabajar	21	19.3
Desempleado	10	9.2
Trabaja tiempo completo	24	22.0
Ingreso		
\$1,500 - \$3,000	62	57.9
\$3,000 - \$4,500	19	17.8
\$4,500 - \$6,000	5	4.7
\$6,000 - \$9,000	3	2.8
Sin ingresos	18	16.8

Tabla 2

*Reactivos utilizados en el área de Información del LW-IMB-AAQ*

Número de reactivo	Afirmación	Respuesta Correcta
1	Sé como debe ser ingerido cada uno de los medicamentos que tomo actualmente (por ejemplo, sé si los medicamentos que tomo actualmente se pueden o no se pueden tomar con agua, con suplementos herbolarios o con otros medicamentos que me recetan).	Totalmente de acuerdo
2	Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos para el VIH (por ejemplo, sí debo o no tomarme la(s) pastilla(s) después).	Totalmente de acuerdo
3	Saltarme alguno de mis medicamentos para el VIH de vez en cuando realmente no le haría daño a mi salud.	Totalmente en desacuerdo
4	Conozco cuáles pueden ser los posibles efectos secundarios de cada uno de mis medicamentos para el VIH.	Totalmente de acuerdo
5	Mientras me siga sintiendo saludable, saltarme mis medicamentos para el VIH de vez en cuando está bien.	Totalmente en desacuerdo
6	Entiendo como cada uno de mis medicamentos para el VIH trabaja en mi cuerpo para luchar con el VIH.	Totalmente de acuerdo
7	Si no me tomo los medicamentos como me los recetaron, estos medicamentos pueden dejar de funcionar en el futuro.	Totalmente de acuerdo
8	Creo que si me tomo mis medicamentos para el VIH como me los recetan, viviré más tiempo.	Totalmente de acuerdo
9	Conozco cómo funcionan los medicamentos para el VIH en combinación con el alcohol y otras drogas callejeras.	Totalmente de acuerdo

Tabla 3

*Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del área de información del LW-IMB-AAQ recodificados.*

Reactivo	Grupo bajo n=33	DE	Grupo alto n= 45	DE	t	gl	Valor p
1	1.88	.820	2.89	.383	-7.266	76	.000
2	1.85	.906	2.93	.330	-7.407	76	.000
3	1.91	.914	2.87	.457	-6.077	76	.000
4	2.27	.876	2.96	.298	-4.869	76	.000
5	2.21	.978	2.87	.457	-3.997	77	.000
6	2.15	.821	2.82	.535	-4.417	77	.000
7	2.65	.646	3.00	.000	-3.674	77	.000
8	2.88	.409	2.96	.208	-1.036	77	.303
9	1.74	.828	2.69	.633	-5.804	77	.000

Tabla 4

*Valores de los índices de correlación de Pearson entre los distintos reactivos del área de Información del LW-IMB-AAQ*

	2	3	4	5	6	7	8	9
1	.269**	.207*	.124	.060	.103	.176	.076	.090
2		.221*	.190*	.288**	-.036	.104	.062	.257**
3			-.020	.313**	.111	.145	.024	-.024
4				.084	.214*	.174	.103	.111
5					.185	-.019	-.037	.107
6						.036	-.105	.124
7							.244*	.049
8								.018

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 5  
*Validez conceptual y consistencia interna de los reactivos del área de Información del LW-IMB-AAQ*

Número de reactivo y factores	Carga factorial
2 Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos.	.821
9 Sé cómo funcionan los medicamentos combinados con el alcohol y las drogas	.623
1 Sé cómo debe ser tomado cada uno de los medicamentos que me recetan.	.477
Valores Eigen	1.718
Varianza explicada	10.092
Alfa de Cronbach	.394
Varianza explicada total	10.092
Alfa de Cronbach total	.394

*Nota: n= 109*

Tabla 6  
*Número de respuestas correctas por reactivo en el área de Información del LW- IMB-AAQ*

Reactivo	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	$X^2$	Valor p
1	38	27	.223	.243
2	39	30	.435	.457
3	40	27	.110	.118
4	47	34	.119	.127
5	50	38	.249	.331
6	38	30	.636	.694
7	52	47	.291	.338
8	55	47	.869	1.000
9	31	30	.434	.447

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 7

*Reactivos utilizados en el área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

Reactivo	Afirmación	Respuesta Correcta
1	Me preocupa que otras personas se den cuenta que soy VIH+ si me ven tomando mis medicamentos para el VIH.	Totalmente en desacuerdo
2	Me siento frustrado al tomar los medicamentos para el VIH por que tengo que planear mi vida alrededor de ellos.	Totalmente en desacuerdo
3	No me gusta tomar mis medicamentos para el VIH por que me recuerda que soy VIH+	Totalmente en desacuerdo
4	Siento que mi médico toma en cuenta mis necesidades cuando me recomienda qué medicamentos para el VIH debo tomar.	Totalmente de acuerdo
5	La mayoría de las personas que son importantes para mí y que saben que soy VIH+ me apoyan para tomarme mis medicamentos.	Totalmente de acuerdo
6	Mi médico no me da suficiente apoyo para tomarme los medicamentos tal y como me los receta.	Totalmente en desacuerdo
7	Me siento frustrado cuando pienso que debo tomar estos medicamentos para el VIH todos los días del resto de mi vida.	Totalmente en desacuerdo
8	Me preocupa que los medicamentos para el VIH que me han recetado vayan a dañar mi salud.	Totalmente en desacuerdo
9	Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando afecten mi aspecto.	Totalmente en desacuerdo
10	Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando me causen efectos secundarios.	Totalmente en desacuerdo



Tabla 8  
*Validez conceptual y consistencia interna de los reactivos del área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

Número de reactivo y factores	Carga factorial		
	1	2	
10 Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando me causen efectos secundarios.	.782		
8 Me preocupa que los medicamentos para el VIH que me han recetado vayan a dañar mi salud.	.767		
9 Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando afecten mi aspecto.	.696		
1 Me preocupa que otras personas se den cuenta que soy VIH+ si me ven tomando mis medicamentos para el VIH.	.668		
3 No me gusta tomar mis medicamentos para el VIH por que me recuerda que soy VIH+		.789	
7 Me siento frustrado cuando pienso que debo tomar estos medicamentos para el VIH todos los días del resto de mi vida.		.710	
6 Mi médico no me da suficiente apoyo para tomarme los medicamentos tal y como me los receta.		.674	
2 Me siento frustrado al tomar los medicamentos para el VIH por que tengo que planear mi vida alrededor de ellos.		.573	
<i>Indicador</i>			
Siento que mi médico toma en cuenta mis necesidades cuando me recomienda qué medicamentos para el VIH debo tomar.		.790	
La mayoría de las personas que son importantes para mí y que saben que soy VIH+ me apoyan para tomarme mis medicamentos.		.783	
Valores Eigen	3.45	1.51	
Varianza explicada	34.56	15.18	
Alfa de Cronbach	.753	.708	
Varianza explicada total	35.56	49.75	62.22
Alfa de Cronbach total	.759		

Tabla 9

*Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del área de Motivación del LW-IMB-AAQ.*

Reactivo	Grupo bajo <i>n</i> =27	<i>DE</i>	Grupo alto <i>n</i> =31	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
1	1.04	1.531	2.84	1.675	-4.251	56	.000
2	.63	1.006	3.65	1.112	-10.767	56	.000
3	1.19	1.665	3.94	.250	-9.092	56	.000
4	3.59	.931	3.97	.180	-2.201	56	.032
5	3.00	1.641	3.94	.250	-3.137	56	.003
6	1.93	1.940	3.39	1.430	-3.292	56	.002
7	.56	1.121	3.94	.359	-15.896	56	.000
8	.52	1.087	3.68	.909	-12.052	56	.000
9	.59	1.217	3.90	.539	-13.695	56	.000
10	.37	.839	3.77	.884	-14.982	56	.000

Tabla 10

*Valores de los índices de correlación de Pearson entre los distintos reactivos del área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2		.470**	-.053	.016	.115	.570**	.396**	.370**	.356**
3			.089	.100	.322**	.579**	.193*	.300**	.321**
4				.329**	.187	-.070	-.022	-.025	.037
5					.135	-.042	.046	.063	.134
6						.235*	.018	.162	.132
7							.451**	.439**	.431**
8								.503**	.611**
9									.661**

Tabla 11

*Valores de los índices de correlación de Pearson entre los factores e indicadores del área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

	Factor 1	Factor2	Indicador 1
Factor 1		.454**	.057
Factor 2			.074

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 12

*Número de respuestas correctas por reactivo en el área de Motivación del LW- IMB-AAQ*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	X <sup>2</sup>	Valor p
1	16	17	.436	.531
2	30	33	.110	.124
3	36	36	.228	.310
4	51	44	.808	1.000
5	47	40	.965	1.000
6	35	36	.203	.228
7	33	28	.994	1.000
8	26	24	.681	.704
9	27	35	0.11	.012*
10	20	29	.012	.013*

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 13

*Diferencias de medias por grupos de edad en las respuestas correctas del área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	t	gl	Valor p
1	.30	.27	.34	-.774	107	.441
2	.58	.51	.66	-1.600	107	.113
3	.66	.61	.72	-1.204	107	.231
4	.87	.86	.88	-.240	107	.811
5	.80	.80	.80	-.044	107	.965
6	.65	.59	.72	-1.384	107	.169
7	.56	.56	.56	-.007	107	.994
8	.46	.44	.48	-.407	107	.685
9	.57	.46	.70	-2.601	107	.011*
10	.45	.34	.58	-2.573	107	.011*
Total	5.90	5.44	6.44	-1.939	107	.055

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 14

*Reactivos utilizados en el área de Habilidades Conductuales del LW-IMB-AAQ*

Reactivo	Afirmación	Respuesta Correcta
1	Hay momentos en los que me es difícil tomar los medicamentos para el VIH, como cuando consumo alcohol u otras drogas callejeras.	Muy fácil
2	¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?	Muy fácil
3	¿Qué tan difícil o fácil es para usted conseguir el apoyo de los demás para tomarse sus medicamentos? (por ejemplo, de sus amigos, familia, doctor)?	Muy fácil
4	¿Qué tan difícil o fácil es para usted que le entreguen sus medicamentos a tiempo?	Muy fácil
5	¿Qué tan difícil o fácil le es tomarse sus medicamentos para el VIH cuando está ocupado en lo que está haciendo?	Muy fácil
6	¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?	Muy fácil
7	¿Qué tan difícil o fácil le es acordarse de tomar los medicamentos para el VIH?	Muy fácil
8	¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?	Muy fácil
9	¿Qué tan difícil o fácil es lograr que sus medicamentos para el VIH sean parte de su vida diaria?	Muy fácil
10	¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomarse sus medicamentos para el VIH cuando la rutina del día cambia (por ejemplo, cuando viaja o sale con sus amigos)?	Muy fácil
11	¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando no se siente bien emocionalmente (por ejemplo, cuando está deprimido, triste, enojado o tenso)?	Muy fácil
12	¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos cuando se siente bien físicamente y no tiene síntomas para el VIH?	Muy fácil
13	¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando NO se siente bien físicamente?	Muy fácil
14	¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?	Muy fácil

Tabla 15  
*Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del área de Habilidades  
 Conductuales del LW-IMB-AAQ*

Reactivo	Grupo bajo (n= 28)	DE	Grupo alto (n= 27)	DE	t	gl	Valor p
1	2.00	1.710	3.59	1.118	-4.051	52	.000
2	1.61	1.474	3.56	.801	-6.059	53	.000
3	2.43	1.476	3.78	.577	-4.432	53	.000
4	3.50	1.106	4.00	.000	-2.349	53	.023
5	1.54	1.261	3.89	.577	-8.839	53	.000
6	.82	1.219	3.44	1.086	-8.416	53	.000
7	2.21	1.424	4.00	.000	-6.516	53	.000
8	1.46	1.401	3.78	.698	-7.708	53	.000
9	1.64	1.545	3.78	.506	-6.834	53	.000
10	.89	.786	3.74	.859	-12.835	53	.000
11	1.18	1.090	3.85	.602	-11.199	53	.000
12	3.07	1.303	4.00	.000	-3.701	53	.001
13	1.61	1.315	4.00	.000	-9.453	53	.000
14	1.75	1.378	4.00	.000	-8.483	53	.000

Tabla 16  
*Validez conceptual y consistencia interna del área de Habilidades Conductuales del LW-IMB-AAQ*

Número de reactivo y factores	Carga factorial		
	1	2	
11 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando no se siente bien emocionalmente (por ejemplo, cuando está deprimido, triste, enojado o tenso)?	.802		
10 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomarse sus medicamentos para el VIH cuando la rutina del día cambia (por ejemplo, cuando viaja o sale con sus amigos)?	.729		
13 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando NO se siente bien físicamente?	.709		
8 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?	.677		
14 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?	.543		
6 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?	.500		
12 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos cuando se siente bien físicamente y no tiene síntomas para el VIH?		.692	
4 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted que le entreguen sus medicamentos a tiempo?		.673	
7 ¿Qué tan difícil o fácil le es acordarse de tomar los medicamentos para el VIH?		.663	
1 Hay momentos en los que me es difícil tomar los medicamentos para el VIH, como cuando consumo alcohol u otras drogas callejeras.		.521	
9 ¿Qué tan difícil o fácil es lograr que sus medicamentos para el VIH sean parte de su vida diaria?		.502	
5 ¿Qué tan difícil o fácil le es tomarse sus medicamentos para el VIH cuando está ocupado en lo que está haciendo?		.475	
2 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?			.711
3 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted conseguir el apoyo de los demás para tomarse sus medicamentos? (por ejemplo, de sus amigos, familia, doctor)?			.693
Valores Eigen	5.15	1.29	1.22
Varianza explicada	36.79	46.02	54.76
Alfa de Cronbach	.824	.701	
Varianza explicada total	54.76		
Alfa de Cronbach total	.850		





Tabla 18  
*Valores de los índices de correlación de Pearson entre los Factores e indicadores del área de Habilidades Conductuales del LW-IMB-AAQ*

	Factor 1	Factor2	Indicador 1
Factor 1		.621**	.376**
Factor 2			.296**

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 19  
*Número de respuestas correctas por reactivo en el área de Habilidades Conductuales del LW- IMB-AAQ*

	Grupo Jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	X <sup>2</sup>	Valor p
1	26	33	0.20	.031*
2	23	27	.117	.128
3	29	34	0.47	.054
4	52	49	0.49	.068
5	19	33	.000	.001**
6	9	24	.000	.000**
7	28	39	.001	.001**
8	23	35	.001	.002
9	25	35	.004	.007**
10	17	33	.000	.000**
11	25	31	.041	.055
12	49	48	.031	.036*
13	28	37	.005	.006*
14	32	39	.009	.015*

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 20

*Diferencias de medias por grupos de edad en las respuestas correctas área de Habilidades Conductuales del LW-IMB-AAQ*

	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	t	gl	Valor p
1	.54	.44	.66	-2.325	107	.022*
2	.46	.39	.54	-1.571	107	.119
3	.58	.49	.68	-2.004	107	.048
4	.93	.88	.98	-1.985	107	.050
5	.48	.32	.66	-3.705	107	.000**
6	.30	.15	.48	-3.930	107	.000**
7	.61	.47	.78	-3.406	107	.001*
8	.53	.39	.70	-3.370	107	.001*
9	.55	.42	.70	-2.979	107	.004*
10	.46	.29	.66	-4.144	107	.000**
11	.51	.42	.62	-2.064	107	.041*
12	.89	.83	.96	-2.179	107	.032*
13	.60	.47	.74	-2.896	107	.005*
14	.65	.54	.78	-2.653	107	.009*
Total	8.09	6.53	9.94	-5.236	107	.000**

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 21

*Reactivos utilizados para evaluar sintomatología depresiva a través de la escala CES-D*

Área evaluada	Número de reactivo	Afirmación	Respuesta correcta
Afecto deprimido	1	Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.	Ningún día
	3	Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.	Ningún día
	4	Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.	Todos los días
	6	Me sentía deprimido.	Ningún día
	9	Pensé que mi vida había sido un fracaso.	Ningún día
	10	Me sentía con miedo.	Ningún día
	18	Me sentí triste.	Ningún día
	17	Pasé ratos llorando.	Ningún día
Afecto positivo	8	Me sentía con esperanza sobre el futuro.	Todos los días
	12	Estaba contento.	Todos los días
Actividad somática retardada	16	Disfruté de la vida	Todos los días
	2	No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito.	Ningún día
	5	Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	Ningún día
Interpersonal	7	Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	Ningún día
	11	Mi sueño era inquieto.	Ningún día
	13	Hablé menos de lo usual.	Ningún día
	20	No tenía ganas de hacer nada.	Ningún día
	14	Me sentí solo.	Ningún día
	15	La gente no era amable.	Ningún día
	19	Sentía que yo no le caía bien a la gente.	Ningún día

Tabla 22

*Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento CES-D para medir sintomatología depresiva*

Reactivo	Grupo bajo (n= 20)	DE	Grupo alto (n= 26)	DE	t	gl	Valor p
1	.35	.745	1.88	1.451	-4.305	44	.000
2	.10	.447	2.08	1.294	-6.526	44	.000
3	.00	.000	2.42	1.474	-7.330	44	.000
4	.10	.447	1.54	1.421	-4.355	44	.000
5	.10	.308	2.69	1.569	-7.264	44	.000
6	.05	.224	3.08	.935	-14.139	44	.000
7	.25	.639	2.62	1.416	-6.933	44	.000
8	.00	.000	1.50	1.503	-4.451	44	.000
9	.05	.224	2.27	1.614	-6.089	44	.000
10	.10	.308	2.54	1.555	-6.892	44	.000
11	.25	.639	2.50	1.449	-6.465	44	.000
12	.15	.489	1.77	1.478	-4.695	44	.000
13	.00	.000	2.15	1.434	-6.701	44	.000
14	.00	.000	2.65	1.355	-8.738	44	.000
15	.10	.447	2.00	1.625	-5.072	44	.000
16	.00	.000	1.19	1.386	-3.837	44	.000
17	.05	.224	2.38	1.203	-8.548	44	.000
18	.15	.366	3.15	1.084	-11.855	44	.000
19	.05	.224	2.27	1.538	-6.386	44	.000
20	.20	.616	2.42	1.391	-6.652	44	.000
Total	1.46	1.835	45.12	9.614	-23.584	52	.000

Tabla 23  
*Validez conceptual y consistencia interna del Instrumento CES-D, Sintomatología Depresiva*

Número de reactivo y factores	Carga factorial		
	1	2	3
6 Me sentía deprimido	.841		
11 Mi sueño era inquieto	.760		
17 Pasé ratos llorando	.750		
18 Me sentí triste	.737		
3 Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza	.720		
5 Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía	.684		
10 Me sentía con miedo	.657		
14 Me sentí solo	.615		
20 No tenía ganas de hacer nada	.612		
7 Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.588		
2 No me sentía con ganas de comer	.587		
16 Disfruté de la vida		.870	
8 Me sentía con esperanza sobre el futuro		.808	
12 Estaba contento		.731	
15 La gente no era amable			.806
19 Sentía que yo no le caía bien a la gente			.800
9 Pensé que mi vida había sido un fracaso			.528
Valores Eigen	7.99	2.18	1.47
Varianza explicada	39.97	10.94	7.35
Alfa de Cronbach	.92	.76	.78
Varianza explicada total	58.28		
Alfa de Cronbach total	.86		



Tabla 25

*Valores de los índices de correlación de Pearson entre los distintos factores e indicadores de la Sintomatología Depresiva CES-D*

	Factor 2	Factor 3	Indicador
Factor 1	-.290***	.640**	.284**
Factor 2		.324**	.345**
Factor 3			
Indicador			

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 26

*Diferencias de medias por grupos de edad en las Escala CES-D Sintomatología Depresiva*

	Toda la Muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	t	gl	Valor p
1	1.20	1.52	0.83	2.56	99	.012*
2	.77	0.96	0.55	1.68	99	.096
3	1.12	1.37	0.83	1.96	99	.053
4	2.88	2.46	3.36	-3.03	99	.003*
5	1.26	1.39	1.11	.919	99	.361
6	1.34	1.52	1.13	1.40	99	.163
7	1.26	1.48	1.00	1.65	99	.100
8	2.85	2.46	3.30	-2.83	99	.006*
9	1.01	1.20	0.79	1.44	99	.152
10	1.07	1.46	0.62	2.95	99	.004*
11	1.25	1.40	1.09	1.04	98	.299
12	3.04	2.81	3.30	-1.98	99	.050
13	1.11	1.44	0.72	2.55	99	.012*
14	1.14	1.11	1.17	-.193	99	.848
15	1.00	1.06	0.94	.424	99	.673
16	3.39	3.19	3.62	-1.92	98	.057
17	1.02	1.06	0.98	.287	99	.774
18	1.30	1.35	1.23	.403	99	.688
19	1.02	1.06	0.98	.260	99	.796
20	1.10	1.20	0.62	3.48	99	.001**
Total	30.07	31.74	28.15	1.18	99	.238

\*p < .05

\*\* p < .001.

Tabla 27

*Lista de eventos estresantes*

---

- 1 Accidente de coche, tren o avión.
  - 2 Accidente industrial o de trabajo.
  - 3 Perder su casa un por incendio.
  - 4 Perder su casa o a alguien de su familia por una inundación.
  - 5 Perder su casa o a alguien de su familia por un tornado o huracán.
  - 6 Perder su casa o a alguien de su familia por temblor
  - 7 Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo
  - 8 Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo.
  - 9 Estar a punto de ahogarse.
  - 10 Abuso físico.
  - 11 Sufrir graves quemaduras.
  - 12 Ser tomado por rehén.
  - 13 Participar en una guerra.
  - 14 Agresión.
  - 15 Violación.
  - 16 Incesto (que alguien de su familia lo haya forzado a tener relaciones sexuales).
  - 17 Secuestro.
  - 18 Ser diagnosticado VIH Positivo
  - 19 Otra situación
-



Tabla 28

*Reactivos utilizados para evaluar sintomatología de estrés postraumático a través de la escala TQ*

Área evaluada	Número de reactivo	Afirmación	Opción de respuesta
Criterio B. Reexperimentación	1	Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema.	Sí / No
	2	Sentir si estuviera pasando otra vez la misma situación.	Sí / No
	3	Estar nervioso o fácilmente asustado.	Sí / No
	4	Sentir como si tuviera que permanecer en guardia.	Sí / No
Criterio C. Evitación Embotamiento	17	Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos.	Sí / No
	5	Dificultad para dormir.	Sí / No
	6	Problemas de concentración.	Sí / No
	7	Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño.	Sí / No
	8	Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted.	Sí / No
	9	Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento.	Sí / No
	10	Evitar hacer algo que le recuerde el suceso.	Sí / No
	11	Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso.	Sí / No
Criterio D. Síntomas persistentes de activación	12	Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso.	Sí / No
	13	Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor.	Sí / No
	14	No poder recordar una parte importante del suceso.	Sí / No
	15	Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso.	Sí / No
	16	Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso.	Sí / No
	18	Sentirse distanciado o alejado de la gente.	Sí / No

Tabla 29

*Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento TQ para medir sintomatología de estrés postraumático*

Reactivo	Grupo bajo (n=29)	DE	Grupo alto (n= 39)	DE	t	gl	Valor p
1	.14	.35	.64	.48	21.53	66	.000
2	.10	.31	.85	.36	1.491	66	.000
3	.28	.45	.92	.27	23.13	66	.000
4	.17	.38	.90	.30	2.784	66	.000
5	.21	.41	.95	.22	18.497	66	.000
6	.14	.35	1.00	.000	34.33	66	.000
7	.14	.35	.77	.42	3.953	66	.000
8	.17	.38	.90	.30	2.784	66	.000
9	.03	.18	.51	.50	244.14	66	.000
10	.03	.18	.95	.22	.438	66	.000
11	.07	.25	.95	.22	.365	66	.000
12	.24	.43	1.00	.000	103.63	66	.000
13	.34	.48	.95	.22	63.905	66	.000
14	.10	.31	.72	.45	16.56	66	.000
15	.14	.35	.85	.36	.132	66	.000
16	.03	.18	.87	.33	8.328	66	.000
17	.00	.000	.72	.45	119.99	66	.000
18	.20	.310	.87	.339	-9.589	66	.000

Tabla 30

*Validez conceptual y consistencia interna del Instrumento TQ, Sintomatología de TEPT*

Número de reactivo y factores	Carga factorial			
	1	2	3	4
10 Evitar hacer algo que le recuerde el suceso.	.829			
11 Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso.	.779			
12 Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso.	.718			
13 Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor.	.542			
2 Sentir si estuviera pasando otra vez la misma situación.	.428			
14 No poder recordar una parte importante del suceso.	.412			
6 Problemas de concentración.		.778		
4 Sentir como si tuviera que permanecer en guardia.		.772		
3 Estar nervioso o fácilmente asustado.		.676		
16 Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso.		.545		
1 Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema.			.787	
5 Dificultad para dormir.			.631	
9 Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento.			.614	
17 Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos.			.589	
15 Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso.			.422	
7 Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño.				.821
18 Sentirse distanciado o alejado de la gente.				.740
8 Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted.				.552
Valores Eigen	6.957	1.444	1.329	1.011
Varianza explicada	38.65	8.025	7.382	5.616
Alfa de Cronbach	.817	.796	.739	.734
Varianza explicada total	59.67			
Alfa de Cronbach total	.905			



Tabla 32

*Valores de los índices de correlación de Pearson entre los distintos factores e indicadores de la Sintomatología de TEPT, Escala TQ*

	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1	.618**	.551**	.606**
Factor 2		.557**	.549**
Factor 3			.531**

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 33

*Presencia de sintomatología de TEPT medida a través de la escala TQ en el grupo de jóvenes y de adultos.*

	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	X <sup>2</sup>	Valor p
1	46	24	22	.122	.726
2	56	27	29	1.622	.203
3	78	43	35	.110	.740
4	69	41	28	2.511	.113
5	67	36	31	.011	.916
6	72	41	31	.677	.410
7	52	33	19	3.455	.062
8	61	33	28	.000	.994
9	27	14	13	.075	.784
10	57	30	27	.108	.743
11	60	31	29	.326	.568
12	71	36	35	.962	.327
13	84	45	39	.046	.831
14	42	27	15	2.839	.092
15	58	32	26	.054	.816
16	61	37	24	2.377	.123
17	42	22	20	.084	.772
18	53	26	33	.097	.125

\*p < .05

\*\* p < .001.

Tabla 34  
*Adherencia a través de pruebas de laboratorio, CD4*

	N	Mínimo	Máximo	M	D.E.
T1	80	20	1375	495.45	275.295
T2	100	60	1398	483.35	267.683
T3	102	140	1800	535.17	299.111
T4	101	131	1777	539.35	297.999
T5	89	109	2005	519.16	311.967
T6	59	158	1768	579.78	343.581

*Nota:* T1 = CD4 más antiguo; T2 = CD4 penúltimo; T3 = CD4 al momento de la aplicación de la batería de instrumentos; T4 = CD4 posterior a la aplicación del instrumento; T5 = CD4 seis meses posteriores a la aplicación del instrumento, y T6 = CD4 un año después de la aplicación del instrumento.

Tabla 35  
*Adherencia a través de pruebas de laboratorio, Carga Viral en el momento de la aplicación de la batería de instrumentos*

	N	%
Detectable	4	95.7%
Indetectable	90	4.3%

*Nota:* n=94

Tabla 36  
*Adherencia autoinformada, dosis recetada vs dosis tomada en los últimos tres días*

Medida de adherencia	n	%
Adherentes más del 95%	100	93%
Adherencia menos del 95%	7	7%

*Nota:* n=109

Tabla 37  
*Adherencia autoinformada: Seguimiento del Horario: “La mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario, como “2 veces al día”, “3 veces al día”, o “cada 8 horas”. ¿Qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días?*

	N	%
Nunca	3	2.8
Algunas veces	8	7.4
Cerca de la mitad de las veces	6	5.6
La mayoría de las veces	47	43.5
Todo el tiempo	44	40.7

*Nota:* n=109

Tabla 38

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

	<i>n</i>	%
Sí	22	21%
No	83	79%

Nota: *n*=109

Tabla 39

*Adherencia autoinformada: Adherencia en los últimos tres meses “¿Cuándo fue la última vez que olvidó tomar sus medicamentos?”*

	<i>n</i>	%
Durante la última semana	13	12.0
Hace de 1 a dos semanas	5	4.6
Hace de 3 a 4 semanas	3	2.8
Hace de 1 a 3 meses	18	16.7
Hace más de tres meses	19	17.6
Nunca dejó de tomar mis medicamentos	50	46.3

Nota: *n*=109

Tabla 40

*Correlaciones de Spearman entre los indicadores de adherencia*

	CV	AU3D	Horario	AUF	AU3M
CD4	-.017	.058	.174	-.070	.078
CV		.061	.094	.099	.085
AU3D			-.067	-.041	-.090
Horario				.142	.398**
AUF					.329**

**Nota:** CV: Carga Viral, AU3D: Adherencia últimos tres días, AUF; Adherencia ultimo fin de semana, AU3M: Adherencia últimos tres meses.

\**p* < .05.

\*\* *p* < .01.

Tabla 41

*Prácticas Sexuales, edad del debut sexual*

	<i>N</i>	%
6 – 14 años	26	24
15 – 16 años	27	25
17 – 18 años	36	33
19 – 24 años	37	34

Tabla 42

*Prácticas Sexuales, frecuencia del uso de condón en las relaciones sexuales*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Siempre	65	60.2
La mayoría de las veces	14	13.0
De vez en cuando	14	13.0
Casi Nunca	3	2.8
Nunca	12	11.1

Tabla 43

*Prácticas Sexuales, ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que tuvo su última relación sexual?*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Hace menos de un mes	50	46.3
Entre 2 y seis meses	16	14.8
De 6 meses a un año	16	14.8
Hace más de un año	26	24.1

Tabla 44

*Prácticas Sexuales, ¿Usó condón en su última relación sexual?*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Sí	90	82.6
No	19	17.4

Tabla 45

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

	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca	65	59.6
Alguna vez	41	37.6
Varias veces	3	2.8

Tabla 46

*Prácticas Sexuales, Si ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, ¿ha utilizado condón?*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Sí	71	65.1
No	13	12.0



Tabla 47

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

	N	%
Teniendo sexo con un Hombre que ya tenía VIH	46	42.2
Teniendo sexo con una Mujer que ya tenía VIH	25	22.9
Transfusión de sangre o procedimiento médico	3	2.8
No sé	35	32.1

Tabla 48

*Resultados generales medias de los puntajes en el instrumento LW-IMB-AAQ, Información de toda la muestra*

	<i>M</i>
1 Sé como debe ser ingerido cada uno de los medicamentos que tomo actualmente (por ejemplo, sé si los medicamentos que tomo actualmente se pueden o no se pueden tomar con agua, con suplementos herbolarios o con otros medicamentos que me recetan).	2.46
2 Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos para el VIH (por ejemplo, sí debo o no tomarme la(s) pastilla(s) después).	2.43
3 Saltarme alguno de mis medicamentos para el VIH de vez en cuando realmente no le haría daño a mi salud.	2.42
4 Conozco cuáles pueden ser los posibles efectos secundarios de cada uno de mis medicamentos para el VIH.	2.63
5 Mientras me siga sintiendo saludable, saltarme mis medicamentos para el VIH de vez en cuando está bien.	2.67
6 Entiendo como cada uno de mis medicamentos para el VIH trabaja en mi cuerpo para luchar con el VIH.	2.45
7 Si no me tomo los medicamentos como me los recetaron, estos medicamentos pueden dejar de funcionar en el futuro.	2.87
8 Creo que si me tomo mis medicamentos para el VIH como me los recetan, viviré más tiempo.	2.92
9 Conozco cómo funcionan los medicamentos para el VIH en combinación con el alcohol y otras drogas callejeras.	2.28
<i>Suma Total reactivos de Información</i>	<i>23.06</i>

Tabla 49

*Media de los puntajes en el instrumento LW-IMB-AAQ, Factor 1 área de Información de toda la muestra*

	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media teórica	Media de la población
Factor 1	0	12	6	8.52
<i>Suma Total</i>	<i>0</i>	<i>36</i>	<i>18</i>	<i>23.06</i>

Tabla 50

*Correlaciones de Spearman entre los reactivos y factor del área de información con las medidas de adherencia*

	CV	AU3D	Horario	AUF	AU3M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Suma	Factor 1
CD4	-.017	.058	.174	-.070	.078	-.050	.108	.030	.031	-.099	.151	.076	-.027	.104	.091	.082
CV		.061	.094	.099	.085	-.045	-.047	.150	-.023	.095	.048	.068	.050	-.068	.014	-.093
AU3D			-.067	-.041	-.090	.025	-.015	-.100	.014	-.047	-.067	.052	-.070	.021	-.052	.022
Horario				.142	.398**	-.096	.079	.038	.038	-.056	.046	.022	-.071	.142	.060	.065
AUF					.329**	.013	-.098	-.069	.032	-.134	.167	.095	.046	.077	.011	-.007
AU3M						.098	.208*	.117	.077	.014	.042	.126	.079	.052	.150	.152

*Nota:* CV: Carga Viral, AU3D: Adherencia últimos tres días, AUF; Adherencia ultimo fin de semana, AU3M: Adherencia últimos tres meses.

\*p < .05.

\*\* p < .0

Tabla 51

*Resultados generales medias de los puntajes en el instrumento LW-IMB-AAQ, Motivación*

	<i>M</i>
1 Me preocupa que otras personas se den cuenta que soy VIH+ si me ven tomando mis medicamentos para el VIH.	1.60
2 Me siento frustrado al tomar los medicamentos para el VIH por que tengo que planear mi vida alrededor de ellos.	2.63
3 No me gusta tomar mis medicamentos para el VIH por que me recuerda que soy VIH+	2.88
4 Siento que mi médico toma en cuenta mis necesidades cuando me recomienda qué medicamentos para el VIH debo tomar.	3.70
5 La mayoría de las personas que son importantes para mí y que saben que soy VIH+ me apoyan para tomarme mis medicamentos.	3.42
6 Mi médico no me da suficiente apoyo para tomarme los medicamentos tal y como me los receta.	2.74
7 Me siento frustrado cuando pienso que debo tomar estos medicamentos para el VIH todos los días del resto de mi vida.	2.53
8 Me preocupa que los medicamentos para el VIH que me han recetado vayan a dañar mi salud.	2.28
9 Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando afecten mi aspecto.	2.50
10 Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando me causen efectos secundarios.	2.11
<i>Suma Total reactivos de Motivación</i>	<i>26.36</i>

Tabla 52

*Media de los puntajes en el instrumento LW-IMB-AAQ, por factores área de Motivación de toda la muestra*

	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media teórica	Media de la población
Factor 1	0	16	8	5.471
Factor 2	0	16	8	5.132
Indicador 1	0	8	8	1.809
<i>Suma</i>	<i>0</i>	<i>40</i>	<i>20</i>	<i>26.36</i>

Tabla 53

*Correlaciones de Spearman entre los reactivos y factor del área de Motivación y las medidas de adherencia*

	CV	AU3D	Horario	AUF	AU3M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Suma	Factor 1	Factor 2	Indicador
CD4	-.017	.058	.174	-.070	.078	-.089	-.030	.080	.041	-.093	.044	.086	-.030	-.166	-.016	-.034	-.088	.074	-.040
CV		.061	.094	.099	.085	-.144	-.099	-.001	-.099	-.011	.011	.164	.201	.162	.206*	.083	.120	-.041	-.015
AU3D			-.067	-.041	-.090	-.065	.057	.079	.009	.061	.121	-.005	.049	.071	.123	.085	.047	.051	.020
Horario				.142	.398**	.076	.002	.036	-.037	-.157	-.085	.062	-.094	-.199*	-.097	-.109	-.106	.003	-.118
AUF					.329**	-.013	.043	.024	.080	.178	.022	-.062	-.056	-.011	-.018	-.008	-.045	-.004	.175
AU3M						.016	-.016	.002	-.020	-.049	.071	-.048	.056	-.036	-.061	-.039	-.015	-.031	-.061

**Nota:** CV: Carga Viral, AU3D: Adherencia últimos tres días, AUF; Adherencia ultimo fin de semana, AU3M: Adherencia últimos tres meses.

\*p < .05.

\*\* p < .01.

Tabla 54

*Resultados general es medias de los puntajes en el instrumento LW-IMB-AAQ, Habilidades Conductuales*

	<i>M</i>
1 Hay momentos en los que me es difícil tomar los medicamentos para el VIH, como cuando consumo alcohol u otras drogas callejeras.	2.59
2 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted estar informado sobre el tratamiento para el VIH?	2.64
3 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted conseguir el apoyo de los demás para tomarse sus medicamentos? (por ejemplo, de sus amigos, familia, doctor) ¿	3.09
4 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted que le entreguen sus medicamentos a tiempo?	3.85
5 ¿Qué tan difícil o fácil le es tomarse sus medicamentos para el VIH cuando está ocupado en lo que está haciendo?	2.79
6 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH?	2.10
7 ¿Qué tan difícil o fácil le es acordarse de tomar los medicamentos para el VIH?	3.21
8 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?	2.72
9 ¿Qué tan difícil o fácil es lograr que sus medicamentos para el VIH sean parte de su vida diaria?	2.93
10 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomarse sus medicamentos para el VIH cuando la rutina del día cambia (por ejemplo, cuando viaja o sale con sus amigos)?	2.59
11 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando no se siente bien emocionalmente (por ejemplo, cuando está deprimido, triste, enojado o tenso)?	2.67
12 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos cuando se siente bien físicamente y no tiene síntomas para el VIH?	3.75
13 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando NO se siente bien físicamente?	2.94
14 ¿Qué tan difícil o fácil es para usted hablar con su médico sobre los medicamentos para el VIH?	3.15
<i>Suma Total reactivos de Habilidades Conductuales</i>	<i>40.96</i>

Tabla 55  
*Media de los puntajes en el instrumento LW-IMB-AAQ, por factores área de Habilidades Conductuales de toda la muestra*

	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media teórica	Media de la población
Factor 1	0	24	12	16.16
Factor 2	0	24	12	19.12
Indicador	0	8	4	5.73
<i>Suma</i>	0	56	28	40.96

Tabla 56

*Correlaciones de Spearman entre los reactivos y factor del área de Habilidades Conductuales y las medidas de adherencia*

	CV	AU3D	H	AUF	AU3M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Suma	Factor 1	Factor 2	Indicador
CD4	-.017	.058	.174	-.070	.078	-.116	.147	-.116	-.030	-.098	-.121	-.091	.027	-.169	-.092	-.076	-.109	-.114	.151	-.083	-.055	-.169	.055
CV		.061	.094	.099	.085	-.254*	.052	.101	.064	-.055	.068	.039	.073	-.002	.000	.027	.068	.102	.151	.037	.104	-.129	.114
AU3D			-.067	-.041	-.090	.087	-.060	.008	.063	-.037	-.135	-.053	.014	-.006	-.012	.035	-.089	.050	-.118	-.004	.005	.027	-.032
Horario				.142	.398**	-.115	.032	-.040	-.207*	.108	-.054	.183	.194*	.098	.116	.113	.026	.135	.049	.086	.117	.049	-.003
AUF					.329**	-.013	.349**	-.059	.111	.112	.204*	.115	.212*	.093	.041	.302**	.040	.180	.359**	.272**	.313**	.101	.214*
AU3M						-.167	.290**	-.071	-.063	.123	.196*	.164	.182	.046	.165	.113	.005	.221*	.256**	.196*	.246*	.046	.158

**Nota:** CV: Carga Viral, AU3D: Adherencia últimos tres días, H: Horario; AUF; Adherencia ultimo fin de semana, AU3M: Adherencia últimos tres meses.

\*p < .05.

\*\* p < .01.



Tabla 57  
*Resultados generales medias de los puntajes en el instrumento CES-D, Sintomatología Depresiva*

	<i>M</i>
1 Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.	.47
2 No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito.	.65
3 Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.	.50
4 Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.	.57
5 Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	.50
6 Me sentía deprimido.	.40
7 Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	.49
8 Me sentía con esperanza sobre el futuro.	.57
9 Pensé que mi vida había sido un fracaso.	.58
10 Me sentía con miedo.	.57
11 Mi sueño era inquieto.	.53
12 Estaba contento.	.51
13 Hablé menos de lo usual.	.55
14 Me sentí solo.	.57
15 La gente no era amable.	.58
16 Disfruté de la vida	.70
17 Pasé ratos llorando.	.52
18 Me sentí triste.	.42
19 Sentía que yo no le caía bien a la gente.	.59
20 No tenía ganas de hacer nada.	.51
<i>Suma Total reactivos CES-D</i>	30.07

Tabla 58  
*Sintomatología Depresiva Escala CES-D*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Abajo del punto de corte	37	37
Arriba del punto de corte	64	63

Tabla 59

*Correlaciones de Spearman entre los reactivos y factor de la escala de Sintomatología Depresiva y las medidas de adherencia*

	CV	AU3	H	AUF	AU3M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SUMA	F1	F2	F3	INDI
CD4	-.017	.058	.174	-.070	.078	.108	-.012	.118	-.132	.105	-.062	-.015	-.215*	-.026	.082	.045	-.066	.028	-.090	.064	-.087	.048	-.059	-.048	.103	-.006	.023	-.161	.027	-.077
CV		.061	.094	.099	.085	.183	-.043	-.035	-.060	-.001	.006	-.056	-.175	.039	.103	.005	-.005	.174	-.015	-.035	-.005	-.113	.047	-.069	-.122	-.039	-.032	-.151	-.005	.072
AU3D			-.067	-.041	-.090	.134	-.025	-.080	-.071	-.054	-.082	.116	-.091	.081	.089	-.123	.096	-.016	-.100	-.011	.009	-.061	-.128	-.087	.020	-.050	-.044	-.004	-.007	-.028
H				.142	.398**	-.010	-.051	-.056	-.052	-.151	.037	-.035	-.004	.050	.080	.002	.073	.069	-.145	-.108	-.065	-.063	.031	-.001	.002	-.044	-.058	.061	.012	.086
AUF					.329**	-.035	-.348**	-.250*	.221*	-.165	-.223*	-.194	.141	-.171	-.240*	-.082	.142	-.187	-.144	-.172	.214*	-.307**	-.181	-.166	-.228*	-.260*	-.319**	.193	-.161	.050
AU3M						.034	-.070	-.061	-.028	-.058	.080	.002	.080	.145	.046	.099	.020	.084	.082	.059	.068	.139	.240*	.131	.103	.100	.068	.074	.148	.089

**Nota:** CV: Carga Viral, AU3D: Adherencia últimos tres días, H: Horario; AUF; Adherencia ultimo fin de semana, AU3M: Adherencia últimos tres meses.

\*p < .05.

\*\* p < .01.

Tabla 60

*Eventos estresantes reportados por los participantes, Escala TQ*

Número de reactivo	Evento estresante	Número de personas que han vivido el evento	%
1	Accidente de coche, tren o avión.	29	26.6
2	Accidente industrial o de trabajo.	20	18.3
3	Perder su casa un por incendio.	2	1.8
4	Perder su casa o a alguien de su familia por una Inundación.	1	.9
5	Perder su casa o a alguien de su familia por un tornado o huracán.	1	.9
6	Perder su casa o a alguien de su familia por temblor	1	.9
7	Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	25	22.9
8	Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo.	59	54.1
9	Estar a punto de ahogarse.	13	11.9
10	Abuso físico.	17	15.6
11	Sufrir graves quemaduras.	5	4.6
12	Ser tomado por rehén.	15	13.8
13	Participar en una guerra.	1	.9
14	Agresión.	20	18.3
15	Violación.	15	13.8
16	Incesto (que alguien de su familia lo haya forzado a tener relaciones sexuales).	5	4.6
17	Secuestro.	1	.9
18	Ser diagnosticado VIH Positivo	109	100
19	Otra situación	20	18.3

Tabla 61

*Escala de eventos traumáticos, “Si ha experimentado uno o mas de los anteriores acontecimientos, por favor indique el que le resulta más desagradable de recordar ahora”*

Evento	Frecuencia	Porcentaje
Ser diagnosticado con VIH	83	76.1
Muerte inesperada de un familiar	12	11%
Otro	6	5%
Accidente de coche	1	.9%
Violación	1	.9%
Agresión	1	.9%
Perder casa por incendio	1	.9%
<i>Enfermedad de un hijo</i>	1	.9%

Tabla 62

*Afrontamiento ante el evento traumático más estresante.*

Evento	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Estaba preparado para el suceso?	100	92.6
2. El acontecimiento ¿le generó miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto?	81	74.3
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	15	13.9
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	78	71.6
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	52	47.7
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	46	42.2
7. ¿Se ha sentido “diferente” de otras personas, debido al acontecimiento?	60	55.0
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	78	71.6
9. <i>En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?</i>	16	14.7

Tabla 63  
*Síntomas reportados por los participantes, Escala TQ*

Número de reactivo	Síntoma	%
1	Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema.	46 42.4
2	Sentir si estuviera pasando otra vez la misma situación.	56 51.4
3	Estar nervioso o fácilmente asustado.	78 71.6
5	Sentir como si tuviera que permanecer en guardia.	69 63.3
5	Dificultad para dormir.	67 61.5
6	Problemas de concentración.	72 66.1
7	Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño.	52 47.7
8	Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted.	61 56.0
9	Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento.	27 24.8
10	Evitar hacer algo que le recuerde el suceso.	57 52.3
11	Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso.	60 55.0
12	Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso.	71 65.1
13	Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor.	84 77.1
14	No poder recordar una parte importante del suceso.	42 38.5
15	Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso.	58 53.2
16	Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso.	61 56
17	Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos.	42 38.5
18	Sentirse distanciado o alejado de la gente.	53 51.4

Tabla 64

*Correlaciones de Spearman entre los reactivos y factor de la escala de Sintomatología de TEPT y las medidas de adherencia*

	CV	AU3D	H	AUF	AU3M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Suma	F1	F2	F3	F4	
CD4	-.017	.058	.174	-.070	.078	.055	-.070	.093	.057	-.020	-.002	-.081	-.062	-.132	.025	-.097	-.035	.063	-.180	-.070	.110	-.039	-.012	-.046	-.088	.112	-.048	-.064	
CV		.061	.094	.099	.085	-.071	.097	.017	.037	-.154	.040	.023	-.129	-.117	-.114	-.018	-.061	.113	.046	-.027	-.133	-.166	.004	-.070	.000	-.047	-.151	-.036	
AU3D			-.067	-.041	-.090	-.157	-.111	-.086	-.124	-.053	-.028	.096	-.082	.067	-.106	-.091	-.038	.033	-.102	-.177	-.006	-.025	-.045	-.105	-.116	-.084	-.106	-.011	
H				.142	.398**	-.014	-.075	-.010	.092	.000	-.234*	-.118	-.057	-.071	-.115	-.053	-.107	.017	.082	-.090	-.113	-.121	.077	-.093	-.076	-.067	-.070	-.042	
AUF					.329**	-.111	.062	-.015	.072	-.067	-.066	.013	-.020	-.125	-.247*	-.172	-.175	-.225*	-.212*	-.153	-.209*	-.057	.089	-.129	-.215*	-.034	-.144	.037	
AU3M						1.000	.080	.032	.021	.137	.048	-.024	-.082	.071	-.200*	-.057	-.035	-.076	-.021	-.076	-.101	-.058	-.097	.125	-.039	-.060	.018	-.065	.047

**Nota:** CV: Carga Viral, AU3D: Adherencia últimos tres días, H: Horario; AUF; Adherencia ultimo fin de semana, AU3M: Adherencia últimos tres meses.

\*p < .05.

\*\* p< .01.

Tabla 65  
*Correlaciones entre las variables Información, Motivación y Habilidades Conductuales*

Variable	Información	Motivación	Habilidades Conductuales
Información			-.024
Motivación	.010		
Habilidades Conductuales		.415**	

\*p < .05;  
\*\*p < .01

Tabla 66  
*Diferencias entre los grupos AO y ASO en el área de Información del LW-IMB-AAQ*

	Grupo ASO	Grupo AO	t	gl	Valor p
1	2.78	3.08	-.986	104	.327
2	2.64	3.35	-2.366	104	.020*
3	2.67	3.02	-1.073	104	.286
4	3.12	3.50	-1.361	105	.176
5	3.36	3.51	-.594	105	.554
6	3.07	3.02	.165	105	.869
7	3.72	3.84	-.699	105	.486
8	3.91	3.86	.560	105	.577
9	2.55	2.82	-.789	105	.432

\*p < .05.  
\*\* p< .001.

Tabla 67  
*Diferencias entre los grupos AO y ASO en el área de Información del LW-IMB-AAQ*

	Grupo AO	Grupo ASO	t	gl	Valor p
Suma	27.83	29.65	-1.908	104	.050
Factor 1	13.02	13.71	-1.77	105	0.79

\*p < .05.  
\*\* p< .001.

Tabla 68  
*Diferencias entre los grupos AO y ASO en el área de Motivación del LW- IMB-AAQ*

	Grupo ASO	Grupo AO	t	gl	Valor p
1	1.59	1.53	.160	105	.873
2	2.71	2.53	.524	105	.602
3	2.84	2.92	-.221	105	.826
4	3.76	3.65	.595	105	.553
5	3.53	3.27	1.072	105	.286
6	2.57	2.94	-1.048	105	.297
7	2.52	2.53	-.038	105	.970
8	2.19	2.41	-.635	105	.527
9	2.64	2.39	.697	105	.487
10	2.21	2.04	.467	105	.642

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 69  
*Diferencias entre los grupos AO y ASO en el área de Motivación del LW- IMB-AAQ*

	Grupo AO	Grupo ASO	t	gl	Valor p
Suma	26.55	26.20	.965	105	.850
Factor 1	8.62	8.37	.702	105	.814
Factor2	10.64	10.92	.062	105	.781
Indicador 1	7.29	6.92	.136	105	.291

\*p < .05.

\*\* p< .001.



Tabla 70  
*Diferencia de medias en los reactivos del área de Habilidades Conductuales LW- IMB-AAQ*

Número de reactivo	Grupo ASO	Grupo AO	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
1	2.89	2.27	1.876	103	.063
2	2.26	3.12	-3.101	105	.002**
3	3.07	3.12	-.211	105	.833
4	3.91	3.78	1.168	105	.246
5	2.59	3.02	-1.642	105	.246
6	1.78	2.49	-2.432	105	.017*
7	3.05	3.45	-1.719	105	.089
8	2.43	3.10	-2.33	105	.022*
9	2.84	3.00	-.563	105	.574
10	2.34	2.92	-2.002	105	.048*
11	2.55	2.86	-1.040	105	.301
12	3.79	3.78	.122	105	.903
13	2.67	3.29	-2.231	105	.028*
14	2.90	3.49	-2.391	105	.019*

\* $p < .05$ .

\*\*  $p < .001$ .

Tabla 71  
*Diferencias entre los grupos AO y ASO en el área de Habilidades Conductuales del LW- IMB-AAQ*

	Grupo AO	Grupo ASO	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
Suma	39.03	43.63	-2.171	105	.032*
Factor 1	14.67	18.14	-2.878	105	.005**
Factor2	19.05	19.33	-.302	103	.763
Indicador 1	5.33	6.24	-2.105	105	.038*

\* $p < .05$ .

\*\*  $p < .001$ .

Tabla 72  
*Número de respuestas correctas por reactivo en la sintomatología depresiva*

	Grupo ASO	Grupo AO	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
1	1.17	1.23	-.217	97	.829
2	.69	.81	-.480	97	.632
3	1.12	1.09	.107	97	.915
4	3.06	2.72	1.073	97	.286
5	1.29	1.21	.241	97	.810
6	1.21	1.47	-.900	97	.370
7	1.23	1.32	-.296	97	.768
8	2.88	2.83	.178	97	.859
9	.75	1.26	-1.746	97	.084
10	.85	1.26	-1.383	97	.170
11	1.08	1.38	-1.021	96	.310
12	3.15	2.94	.877	97	.383
13	.87	1.32	-1.577	97	.118
14	1.02	1.21	-.626	97	.533
15	.85	1.17	-1.140	97	.257
16	3.40	3.39	.055	96	.957
17	.71	1.32	-2.316	97	.023*
18	.90	1.74	-2.043	97	.004**
19	.73	1.28	-1.881	97	.063
20	.83	1.34	-1.916	97	.058

\* $p < .05$ .

\*\*  $p < .001$ .

Tabla 73  
*Diferencias entre los grupos AO y ASO en la sintomatología Depresiva, Escala CES-D*

	Grupo ASO	Grupo AO	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
Suma	27.77	32.21	-1.474	97	.144
Factor 1	11.06	14.15	-1.276	96	.205
Factor 2	9.44	9.24	.313	96	.755
Factor 3	2.33	3.70	-1.905	97	.060
Indicador	3.92	4.04	-.322	97	.748

\* $p < .05$ .

\*\*  $p < .001$ .

Tabla 74

*Diferencias entre los grupos AO y ASO en la sintomatología de estrés postraumático, Escala TQ*

	Grupo ASO	Grupo AO	T	gl	Valor p
1	.38	.49	-1.146	105	.254
2	.52	.53	-.137	105	.892
3	.72	.69	.341	105	.734
4	.61	.67	-.631	104	.529
5	.60	.63	-.307	105	.760
6	.67	.63	.427	105	.670
7	.50	.43	.733	105	.465
8	.53	.59	-.591	105	.556
9	.33	.16	1.967	105	.052
10	.53	.51	.248	105	.804
11	.53	.57	-.380	105	.705
12	.67	.61	.643	105	.522
13	.76	.78	-.204	105	.839
14	.41	.35	.704	105	.483
15	.57	.47	1.023	105	.309
16	.59	.55	.363	105	.717
17	.43	.33	1.104	105	.272
18	.41	.55	-1.416	105	.160

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 75

*Diferencias entre los grupos AO y ASO en la sintomatología de estrés postraumático, Escala TQ*

	Grupo ASO	Grupo AO	t	gl	Valor p
Suma	9.80	9.55	.241	104	.810
Factor 1	3.43	3.34	.205	105	.838
Factor 2	2.59	2.55	.153	104	.879
Factor 3	2.31	2.08	.690	105	.491
Factor 4	1.44	1.57	-.520	105	.604

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 76  
Medias de las Puntuaciones globales en la Escala LW-IMB-AAQ de los grupos AO y ASO

	Total	AO (n=49)	ASO (n= 58)	t	p
Información	28.63	29.65	27.83	-1.775	.079
Motivación	26.36	26.20	26.55	.189	.850
Habilidades Conductuales	40.96	43.63	39.03	-2.171	.032*
CES-D, sintomatología depresiva	30.07	32.21	27.77	-1.474	.144
TQ estrés post traumático	9.70	9.55	9.80	.241	.810

Tabla 77  
Resumen Variables del Modelo LW- IMB-AAQ y variables adicionales

	Grupo ASO	Grupo AO	t	p
Información 2	2.64	3.35	-2.366	104 .020*
Habilidades Conductuales, reactivo dos	2.26	3.12	-3.101	105 .002**
Habilidades Conductuales, reactivo seis	1.78	2.49	-2.432	105 .017*
Habilidades Conductuales, reactivo ocho	2.43	3.10	-2.33	105 .022*
Habilidades Conductuales, reactivo 10	2.34	2.92	-2.002	105 .048*
Habilidades Conductuales, 13	2.67	3.29	-2.231	105 .028*
Habilidades Conductuales,14	2.90	3.49	-2.391	105 .019*
Indicador uno Habilidades Conductuales	5.33	6.24	-2.105	105 .038*
Factor uno Habilidades Conductuales	14.67	18.14	-2.878	105 .005**
Suma Habilidades Conductuales	39.03	43.63	-2.171	105 .032*
Sintomatología depresiva, 17	.71	1.32	-2.316	97 .023*
Sintomatología depresiva, 18	.90	1.74	-2.043	97 .004**
Factor tres sintomatología depresiva	2.33	3.70	-1.905	97 .060

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 78

*Correlaciones entre los reactivos del área de Información y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia óptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Suma	Factor 1
CV	-.158	.224	.086	.094	-.212	-.034	.181	-.097	.114	.032	.058	.058	.015	.003	-.103
CD4		.009	.037	.071	-.298*	-.041	.058	-.101	-.225	.161	-.179	-.226	.167	-.017	-.051
H			.039	-.149	-.255	-.046	.134	-.030	-.176	-.009	-.168	.021	-.034	-.115	-.171
AUF				-.129	-.085	-.065	-.112	-.071	-.168	.211	-.079	-.079	.045	-.085	-.009
AU3D					-.049	-.007	-.024	-.040	.019	-.144	-.070	-.070	.008	-.156	.036

Tabla 79

*Correlaciones entre los reactivos del área de Motivación y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia óptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUMA	Factor 1	Factor 2	Indicador 1
CV	-.158	.224	.086	.094	-.176	.000	-.038	-.174	-.033	-.053	.220	.228	.221	.259	.089	.131	-.031	-.060
CD4		.009	.037	.071	-.050	.040	.127	-.002	-.030	-.045	.077	.018	-.286	-.176	-.071	-.137	.090	-.078
H			.039	-.149	.021	-.071	-.088	-.132	-.283*	-.355*	.123	-.040	-.198	-.062	-.190	-.104	-.118	-.276
AUF				-.129	-.171	.195	.104	.007	.036	.197	.099	-.191	-.051	-.104	-.002	-.176	.245	.060
AU3D					.038	.021	.076	.055	.120	.368**	-.064	.150	.222	.188	.186	.168	.075	.072

Tabla 80

*Correlaciones entre los reactivos del área de Habilidades Conductuales y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia óptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Suma	Factor 1	Factor 2	Indicador 1
CV	-.158	.224	.086	.094	-.353*	-.117	.084	.094	-.073	.125	.159	.193	.130	.045	.117	.083	.176	.159	.052	.197	-.126	.021
CD4		.009	.037	.071	-.109	.053	-.093	.094	.051	-.135	-.073	-.049	-.133	-.147	-.199	-.167	-.166	.247	-.085	-.065	-.048	-.006
H			.039	-.149	-.203	-.037	.010	-.156	-.008	-.048	.043	-.162	-.083	-.209	-.066	-.143	.000	-.032	-.100	-.108	-.127	-.017
AUF				-.129	.172	.571**	.110	.270	.069	.116	.081	.093	.037	-.112	.146	.064	.003	.121	.223	.137	.119	.454**
AU3D					.058	-.013	.011	.095	.100	-.022	-.190	.122	-.044	.060	.101	-.113	.170	-.032	.067	.120	.035	.012

Tabla 81

*Correlaciones entre los reactivos de sintomatología depresiva y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia óptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Suma	F 1	F 2	F 3	I 1
CV	-.158	.224	.086	.094	.303*	-.004	.037	.070	.090	.096	-.025	-.131	.096	.198	.066	-.087	.206	.011	-.011	-.062	-.156	.000	-.090	-.262	.045	-.003	-.166	.042	.221
CD4		.009	.037	.071	.135	.017	.002	-.202	.098	-.177	-.030	-.217	-.085	.009	.083	-.090	.036	-.066	.099	-.097	.068	-.106	.114	.152	-.020	-.029	-.139	.063	-.118
H			.039	-.149	-.083	-.008	-.133	-.101	-.132	.104	-.029	-.238	.101	.098	.025	-.106	.152	-.073	-.171	-.200	-.048	.023	.066	-.060	-.082	-.039	-.190	-.007	.127
AUF				-.129	-.190	-.394**	-.076	.203	.096	-.304*	-.062	-.027	-.149	-.240	-.016	.187	-.091	-.109	-.152	.170	-.409**	-.353*	-.171	-.227	-.202	-.300*	.146	-.199	.106
AU3D					.235	.012	-.120	-.041	-.064	-.060	.091	-.182	.101	.219	-.119	.006	.072	-.092	.075	-.065	-.062	-.097	-.074	-.024	-.028	-.051	-.114	.049	.092

*Nota:* F 1, Factor uno, F 2, Factor dos, F 3, factor tres, I 1, Indicador uno.

Tabla 82

*Correlaciones entre los reactivos de sintomatología de estrés postraumático y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia óptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	14	16	17	18	Suma	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
CV	-.158	.224	.086	.094	-.060	.239	-.040	.170	-.159	-.013	-.048	-.145	-.124	-.107	.048	.012	.134	.174	-.083	-.132	-.199	.048	-.052	.094	-.050	-.185	-.051
CD4		.009	.037	.071	.178	-.109	-.060	-.048	.018	.025	-.084	-.111	-.098	-.094	-.310*	-.142	-.136	-.310*	-.101	-.006	.144	-.063	-.109	-.284	.026	.044	-.116
H			.039	-.149	.042	-.085	-.170	.037	-.112	-.304*	-.131	-.095	.007	-.226	-.128	-.186	-.028	-.002	.045	-.274	.005	-.084	-.146	-.161	-.199	.001	-.122
AUF				-.129	-.252	.032	.035	.153	-.016	.115	.079	.081	.169	-.236	-.064	-.033	-.039	-.115	-.142	-.206	.000	.175	-.043	-.104	.076	-.102	.129
AU3D					-.209	-.047	-.078	-.091	-.117	.023	.156	-.006	-.034	-.061	-.019	.008	-.020	-.038	-.223	.102	-.053	-.033	-.076	-.070	-.007	-.189	.040

Tabla 83

*Correlaciones entre los reactivos del área de Información y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia sub óptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Suma	Factor 1
CV	.120	-.208	.089	.033	.136	-.206	.108	.076	.066	.103	.056	.038	-.205	.011	-.176
CD4		.305*	-.185	.117	.056	.135	-.004	.072	-.052	.135	.155	.063	.048	.121	.085
H			.110	.143	-.093	.016	-.138	.042	-.013	.069	.015	-.174	.265*	.069	.132
AUF				.097	.043	-.200	-.091	.070	-.118	.148	.130	.079	.083	.014	-.051
AU3					.189	.052	-.160	.112	-.100	.051	.244	-.060	.054	.108	.093

Tabla 84  
*Correlaciones entre los reactivos del área de Motivación y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia subóptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Suma	Factor 1	Factor 2	Indicador 1
CV	.120	-.208	.089	.033	-.128	-.257	.081	.045	.066	.095	.108	.150	.099	.141	.098	.077	-.046	.081
CD4		.305*	-.185	.117	-.121	-.084	.041	.053	-.129	.073	.114	-.112	-.095	.102	-.041	-.064	.063	-.008
H			.110	.143	.131	.126	.152	.084	-.021	.015	.062	-.119	-.136	-.049	.000	-.048	.134	.080
AUF				.097	.064	-.030	-.030	.155	.321*	-.115	-.177	.013	.045	.058	.025	.039	-.133	.303*
AU3D					-.247	.076	.091	-.067	-.084	-.147	.067	-.050	-.151	.029	-.069	-.129	.012	-.100

Tabla 85  
*Correlaciones entre los reactivos del área de habilidades conductuales y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia subóptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Suma	F 1	F 2	I 1
CV	.120	-.208	.089	.033	-.113	.164	.121	.038	-.046	-.067	-.218	-.134	-.182	-.127	-.149	.038	-.024	.117	-.098	-.098	-.187	.188
CD4		.305*	-.185	.117	-.117	.125	-.180	-.159	-.234	-.171	-.202	.023	-.182	-.117	-.029	-.188	-.142	.023	-.159	-.099	-.313*	.014
H			.110	.143	.073	-.063	-.069	-.224	.116	-.208	.198	.370**	.220	.265*	.217	.268*	.131	.020	.156	.174	.166	-.090
AUF				.097	-.075	.163	-.150	.022	.122	.214	.062	.225	.117	.068	.389**	.067	.245	.431**	.255	.361**	.075	.037
AU3D					.088	-.034	.007	-.046	-.185	-.205	.188	-.013	.040	-.022	.000	-.053	.027	-.155	-.027	-.036	.037	-.039

Nota: F 1, Factor uno, F 2, Factor dos, F 3, factor tres, I 1, Indicador uno.



Tabla 86

*Correlaciones entre los reactivos de sintomatología depresiva y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia subóptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Suma	F 1	F 2	F 3	I 1
CV	.120	-.208	.089	.033	.035	-.103	-.135	-.252	-.135	-.145	-.135	-.255	-.099	-.108	-.117	.146	.176	-.108	-.108	.094	-.113	.096	-.099	.111	-.234	-.142	-.135	-.148	-.209
CD4		.305*	-.185	.117	.084	-.011	.230	-.086	.126	.026	-.020	-.201	.005	.160	.023	-.053	.025	-.086	-.013	-.097	.003	-.090	-.197	.060	.008	.100	-.181	-.017	-.049
H			.110	.143	.017	-.148	-.037	.131	-.171	-.066	-.113	.233	-.192	-.089	-.124	.299*	-.131	-.309*	-.185	.063	-.267	-.143	-.247	-.143	-.099	-.165	.322*	-.121	.083
AUF				.097	.070	-.338*	-.377**	.314*	-.343*	-.191	-.304*	.270	-.268	-.303*	-.168	.151	-.279*	-.187	-.230	.271	-.309*	-.117	-.258	-.306*	-.383**	-.404**	.255	-.190	.017
AU3D					.015	-.077	-.043	-.143	-.061	-.064	.184	.024	.131	-.087	-.113	.268	-.104	-.095	-.097	.115	-.016	-.077	-.083	.160	-.011	.022	.150	-.038	-.187

Nota: F 1, Factor uno, F 2, Factor dos, F 3, factor tres, I 1, Indicador uno.

Tabla 87

*Correlaciones entre los reactivos de sintomatología de estrés postraumático y los indicadores de adherencia de de los participantes con adherencia subóptima*

	CD4	H	AUF	AU3D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Suma	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
CV	.120	-.208	.089	.033	-.121	-.151	.101	-.195	-.179	.116	.164	-.151	-.096	-.151	-.151	-.187	.086	-.127	.116	-.171	-.121	-.116	-.124	-.143	-.071	-.105	-.034
CD4		.305*	-.185	.117	-.081	-.088	.234	.120	-.054	-.022	-.020	-.038	-.135	.112	.047	.079	.224	-.056	.017	.182	-.173	.038	.005	.048	.178	-.121	-.005
H			.110	.143	-.119	-.054	.128	.088	.095	-.209	-.119	-.093	-.018	-.056	-.056	-.049	.017	.157	-.157	.043	-.167	.084	-.074	-.032	.045	-.091	-.054
AUF				.097	-.058	.079	-.050	.000	-.104	-.181	-.023	-.113	-.215	-.272*	-.272*	-.266*	-.365**	-.275*	-.148	-.207	-.068	-.011	-.197	-.303*	-.099	-.153	-.062
AU3D					-.050	-.192	-.122	-.159	.042	-.132	-.007	-.179	.138	-.186	-.186	-.138	.111	-.231	-.173	-.161	-.028	-.035	-.144	-.199	-.199	-.018	-.098

Tabla 88

*Adherencia autoinformada en los últimos tres días (dosis recetada vs dosis tomada)*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	$X^2$	$p$
Adherencia menor al 95%	3	4	.326	.568
Adherencia de más del 95%	54	46		

\*p < .05

\*\* p< .001.

Tabla 89

*Adherencia autoinformada “¿Olvidó tomar pastillas el último fin de semana?”*

	Grupo jóvenes (n=50)	Grupo mayores (n=50)	$X^2$	$P$
Sí	15	7	2.465	.116
No	41	42		

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 90

*Diferencias por grupos de edad en niveles de adherencia a los ARV a través del autoinforme: “La mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario, como “2 veces al día”, “3 veces al día”, o “cada 8 horas”. ¿Qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días?”*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	$X^2$	$p$
Nunca	1	2	7.948	.093
Algunas veces	6	2		
Cerca de la mitad de las veces	2	4		
La mayoría de las veces	20	27		
Todo el tiempo	29	15		

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 91  
*¿Cuándo fue la última vez que dejó de tomar sus medicamentos?*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	$\chi^2$	Valor P
Durante la última semana	7	6	3.726	.589
Hace de 1 a 2 semanas	2	3		
Hace de 3 a 4 semanas	3	0		
Hace de 1 a 3 meses	11	7		
Hace más de tres meses	9	10		
Nunca dejo de tomar mis medicamentos	26	24		

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 92  
*Diferencias de medias por grupos de edad en los puntajes del instrumento LW-IMB-AAQ, Información.*

Número de reactivo	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	t	gl	Valor p
1	2.46	2.48	2.44	.279	106	.781
2	2.43	2.45	2.40	.303	106	.763
3	2.42	2.48	2.34	.853	106	.395
4	2.63	2.74	2.50	1.759	106	.082
5	2.67	2.75	2.58	1.199	107	.233
6	2.45	2.54	2.34	1.363	107	.176
7	2.87	2.81	2.94	-1.530	107	.129
8	2.92	2.92	2.92	-.073	107	.942
9	2.28	2.22	2.36	-.832	107	.407
Total	23.06	23.27	22.82	.764	107	.446

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 93  
*Diferencias entre los grupos de jóvenes y mayores en el área de Información del LW- IMB-AAQ*

	Grupo Jóvenes (n=59)	Grupo Mayores (n=50)	t	gl	Valor p
Suma	29.27	27.88	1.368	107	.174
Factor 1	8.620	8.420	.313	106	.755

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 94  
*Diferencias por grupos de edad en niveles de Respuestas correctas al área de Información del LW-IMB-AAQ*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	$X^2$	Valor $p$
1	38	27	.223	.243
2	39	30	.435	.457
3	40	27	.110	.118
4	47	34	.119	.127
5	50	38	.249	.331
6	38	30	.636	.694
7	52	47	.291	.338
8	55	47	.869	1.000
9	31	30	.434	.447

\* $p < .05$ .

\*\*  $p < .001$ .

Tabla 95  
*Número de respuestas correctas por reactivo en el área de Información del LW- IMB-AAQ*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	$X^2$	Valor $p$
1	38	27	.223	.243
2	39	30	.435	.457
3	40	27	.110	.118
4	47	34	.119	.127
5	50	38	.249	.331
6	38	30	.636	.694
7	52	47	.291	.338
8	55	47	.869	1.000
9	31	30	.434	.447

\* $p < .05$ .

\*\*  $p < .001$ .

Tabla 96

*Diferencias de medias por grupos de edad en los puntajes del instrumento LW-IMB-AAQ, Motivación*

Número de reactivo	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	t	gl	Valor p
1	1.60	1.54	1.66	-.341	107	.734
2	2.63	2.42	2.88	-1.386	107	.169
3	2.88	2.75	3.04	-.901	107	.370
4	3.70	3.66	3.74	-.446	107	.657
5	3.42	3.44	3.40	.164	107	.870
6	2.74	2.57	2.94	-1.063	106	.290
7	2.53	2.49	2.58	-.256	107	.798
8	2.28	2.15	2.42	-.785	107	.434
9	2.50	2.07	3.00	-2.706	107	.008*
10	2.11	1.68	2.62	-2.771	107	.007*
Total	26.36	24.73	28.28	-2.008	107	.047*

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 97

*Número de respuestas correctas por reactivo en el área de Motivación del LW- IMB-AAQ*

Número de reactivo	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	X <sup>2</sup>	Valor p
1	16	17	.436	.531
2	30	33	.110	.124
3	36	36	.228	.310
4	51	44	.808	1.000
5	47	40	.965	1.000
6	35	36	.203	.228
7	33	28	.994	1.000
8	26	24	.681	.704
9	27	35	0.11	.012*
10	20	29	.012	.013*

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 98

*Diferencias entre los grupos jóvenes y mayores en el área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
Suma	24.73	28.28	-2.008	107	.047
Factor 1	7.44	9.70	-2.185	107	.031
Factor2	10.16	11.44	-1.301	106	.196
Indicador 1	7.10	7.14	-.110	107	.913

\*p < .05.

\*\* p < .001.

Tabla 99

*Diferencias de medias por grupos de edad en las respuestas correctas del área de Motivación del LW-IMB-AAQ*

Número de reactivo	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
1	.30	.27	.34	-.774	107	.441
2	.58	.51	.66	-1.600	107	.113
3	.66	.61	.72	-1.204	107	.231
4	.87	.86	.88	-.240	107	.811
5	.80	.80	.80	-.044	107	.965
6	.65	.59	.72	-1.384	107	.169
7	.56	.56	.56	-.007	107	.994
8	.46	.44	.48	-.407	107	.685
9	.57	.46	.70	-2.601	107	.011*
10	.45	.34	.58	-2.573	107	.011*
Total	5.90	5.44	6.44	-1.939	107	.055

Tabla 100  
*Diferencia de medias en los reactivos del área de Habilidades Conductuales LW- IMB-AAQ*

	Grupo ASO	Grupo AO	T	Gl	P
B1	2.89	2.27	1.876	103	.063
B2	2.26	3.12	-3.101	105	.002**
B3	3.07	3.12	-.211	105	.833
B4	3.91	3.78	1.168	105	.246
B5	2.59	3.02	-1.642	105	.246
B6	1.78	2.49	-2.432	105	.017*
B7	3.05	3.45	-1.719	105	.089
B8	2.43	3.10	-2.33	105	.022*
B9	2.84	3.00	-.563	105	.574
B10	2.34	2.92	-2.002	105	.048*
B11	2.55	2.86	-1.040	105	.301
B12	3.79	3.78	.122	105	.903
B13	2.67	3.29	-2.231	105	.028*
B14	2.90	3.49	-2.391	105	.019*

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 101  
*Diferencias de medias por grupos de edad en el total de puntajes del LW-IMB-AAQ, sintomatología Depresiva CES-D y sintomatología de TEPT*

	Toda la muestra	Grupo jóvenes (n=59)	Grupo mayores (n=50)	t	gl	Valor p
Información	23.06	23.27	22.82	.764	107	.446
Motivación	30.07	24.73	28.28	-2.008	107	.047*
Habilidades Conductuales	40.96	36.68	46.02	-4.816	107	.000**
Sintomatología Depresiva	30.07	31.74	28.15	1.187	99	.238
Sintomatología TEPT	9.70	9.98	9.420	.506	106	.614

\*p < .05.

\*\* p< .001.

Tabla 102  
*Análisis de Regresión de la Conteo de CD4 y los reactivos de las escalas.*

	$\beta$	t	Valor p
Constante	593.55	9.357	.000
Reactivo ocho, sintomatología depresiva : me sentía con Esperanza sobre el futuro.	-.192	-1.702	.093

Tabla 103

*Análisis de Regresión del Seguimiento del Horario y los reactivos de las escalas.*

	$\beta$	$t$	Valor $p$
Constante	2.542	13.330	.000
Reactivo ocho, habilidades conductuales: ¿qué tan difícil que tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?	.319	3.460	.001

Tabla 104

*Análisis de Regresión de la Adherencia en los últimos tres meses y los factores del Modelo.*

	$\beta$	$t$	Valor $p$
Constante	2.482	5.642	.000
Factor uno, Habilidades Conductuales	.261	2.779	.006

Tabla 105

*Análisis de Regresión del seguimiento del Horario y los reactivos de las escalas, pacientes con adherencia óptima*

	$\beta$	$t$	Valor $p$
Constante	3.890	21.045	.000
Reactivo seis motivación: Mi médico no me da suficiente apoyo para tomarme los medicamentos tal y como me los receta.	-.328	-2.378	.022

Tabla 106

*Análisis de Regresión del Conteo de CD4 y los reactivos de las escalas, pacientes con adherencia subóptima.*

	$\beta$	$t$	Valor $p$
Constante	884.661	5.345	.000
Factor dos Habilidades Conductuales	-.316	-2.358	.022



Tabla 107

*Análisis de Regresión del Horario y los reactivos de las escalas, pacientes con adherencia subóptima.*

	$\beta$	$t$	<i>Valor p</i>
Constante	1.929	7.373	.000
Reactivo ocho, habilidades conductuales: ¿qué tan difícil que tan difícil o fácil es para usted tomar sus medicamentos para el VIH cuando las pastillas son difíciles de tragar, saben mal, o le caen mal al estómago?	.449	3.550	.001

## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo describir la relación entre comportamientos de adhesión y las variables de Información - Motivación y Habilidades conductuales. También el estudio tuvo como hipótesis que las variables del modelo de IMB podrían predecir comportamientos de adhesión. Finalmente se tenía como objetivo determinar si sintomatología depresiva y la sintomatología de TEPT funcionan como variables mediadoras de la adherencia a los medicamentos antiretrovirales.

Aportando al debate existente del que hablan et al. (2002) quienes realizan una revisión sobre los factores que han mostrado estar consistentemente asociados a la baja adherencia (síntomas reportados por los pacientes, eventos estresantes en la vida, falta de apoyo social o familiar, complejidad del regimen, y autoeficacia), los factores asociados de manera inconsistente a la adherencia (edad, raza, y grupo étnico) y los que no han mostrado estar asociados a la adherencia (el género y el nivel de escolaridad), en este estudio se encontró que ninguna variable sociodemográfica (edad, tiempo de diagnóstico, sexo, tener hijos, tener pareja, número de hijos, con quién vive el participante, orientación sexual, último grado de estudios, y situación laboral) estuvo asociada ni a la adherencia a través de pruebas de laboratorio ni a la adherencia autoinformada. En otros estudios como el de Holzemer, Corless, Nokes, Turner, Brown, Powell-Cope, Inouye, Henry, Nicholas, y Portillo (1999), también se ha encontrado que las variables sociodemográficas como la edad, el sexo, la raza, y el uso previo de drogas intravenosas no están asociadas a la adherencia. Sin embargo Kalichman, Ramachandran y Catz (1999), por ejemplo, encontraron que un mayor nivel educativo, así como mayores conocimientos de salud estuvieron asociados con adherencia autoinformada en los últimos dos

días. Respecto a este debate, ya en 1997, Mehta, Moore y Graham concluían que, las variables sociodemográficas no pueden considerarse en forma aislada, los autores recomiendan que con base a las características de la población, se usen distintas estrategias para mejorar la adherencia. En el caso de pacientes en situación de pobreza se deberán atender la combinación de factores relacionados con la situación psicosocial y el acceso a los medicamentos. Otro tipo de estrategias serán necesarias para usuarios de drogas intravenosas, o para el caso de mujeres. Finalmente cabe mencionar que la población del presente estudio mostró un consumo muy bajo de sustancias, lo cual a diferencia de la bibliografía internacional se reporta como ser una variable compleja que afecta la adherencia (et al., 2002) y a mostrado estar asociada a una adherencia más pobre. Esto puede deberse a un sub reporte por parte de los participantes, debido a la deseabilidad social, o por que efectivamente estamos hablando del sub grupo de pacientes con un perfil distinto al que prevalece dentro de las Personas que viven con VIH SIDA.

En relación con el primer objetivo, los resultados mostraron resultados mixtos que confirman parcialmente las relaciones propuestas por el modelo, ya que los indicadores de adherencia a través de pruebas de laboratorio (Carga viral y conteo de CD4) no estuvieron significativamente asociados a las áreas de Información, Motivación y Habilidades ni de forma global ni en el análisis a través de los reactivos individuales. Es decir, el instrumento que evalúa las variables del Modelo está compuesto por nueve reactivos para el área de Información, diez reactivos para el área de Motivación y 14 reactivos para el área de Habilidades Conductuales, haciendo un total de 33 reactivos. De ellos sólo dos reactivos estuvieron asociados de manera significativa con la Carga Viral, un reactivo relacionado con la Motivación (Me molesta que los medicamentos para el VIH que he estado tomando me causen efectos secundarios) y un reactivo del área de Habilidades Conductuales (Hay momentos en los que me es difícil tomar los

medicamentos para el VIH, como cuando consumo alcohol u otras drogas callejeras). En el caso del conteo de CD4, encontramos que ninguno de 33 reactivos estuvo asociado a esa medida de adherencia.

Estos resultados parecen desalentadores, sin embargo llama la atención que otros estudios que han probado el Modelo IMB, no utilizan marcadores biológicos para hacer sus análisis, o al menos sólo reportan haber utilizado medidas de adherencia autoinformada, así que ignoramos si sus mediciones están asociadas a estos indicadores de adherencia. Si bien es cierto que como mencionan Kalichman, Rompa, y Cage (2000), una limitación de los estudios sobre adherencia es basarse únicamente en medidas de autorreporte, es una práctica común en los estudios de adherencia a nivel internacional emplear sólo este tipo de medidas. Estos autores argumentan que tanto los reportes de niveles de CD4 y carga viral frecuentemente son inexactos, y que las medidas de adherencia autoinformada, tienden a tener un sesgo hacia el “sobre reporte” de la adherencia. Ante este escenario los autores señalan que existe una gran necesidad de evaluar el modelo IMB utilizando medidas objetivas de adherencia, pero que los resultados de las investigaciones proveen de información potencialmente útil para diseñar intervenciones para mejorar la adherencia. También Liu, Golinet al., (2001) señalan que distintas medidas aplicadas al mismo paciente sugieren distintos niveles de adherencia, por lo que lo ideal sería usar una “medida resumen” que combine varias mediciones. Finalmente, a este respecto, Haubrich, Little, et al., (1999) comentan que los métodos clínicos prácticos para evaluar la adherencia no han sido validados ni han demostrado predecir los resultados en los marcadores biológicos y sugieren usar el suyo en el que sólo le piden al participante estime su adherencia proporcional en las últimas cuatro semanas mostrándole los siguientes parámetros: < 20, 20–40, 40–60, 60–80, 80–95, ó > 95%, posteriormente usando esta medición los autores clasificaron a los pacientes

según su adherencia: adherencia excelente 95%, buena adherencia 80-95%, adherencia pobre menos  $\leq 80\%$ . En conclusión, sobre la medición de la adherencia hace falta integrar al menos dos indicadores adicionales como son la asistencia citas médicas por ser uno de los primeros pasos para prolongar la vida y mejorar la calidad de ésta (Catz, McLure, Jones y Brantley, 1999), y el reporte del médico que atiende al participante, o el informe de algún familiar o amigo que participe usando el método de terapia directamente observada modificada como lo hicieron Thomson et al., (2013) en el que le pidieron a los participantes eligieran a un “compañero de tratamiento”. Finalmente sería muy importante conocer si el conjunto de estas medidas de adherencia se correlacionan, para apoyar la confiabilidad de la evaluación como lo hicieron Fong et al. (2003) quienes evaluaron la adherencia a través del autoreporte, y la adherencia a través de pruebas de laboratorio y encontraron que aquellos pacientes que habían reportado tener adherencia total, fue más probable que tuvieran cargas virales indetectables.

Un detalle más a resaltar al respecto de la medición de la adherencia a través de marcadores biológicos es que en muchas ocasiones los pacientes no tienen acceso a éstos. Es además complica al interesado en investigar el tema de la adherencia. Pues tendría que acudir a un hospital de alta especialidad para seleccionar su muestra y así garantizar que cuenta con medidas sólidas de adherencia. Este tipo de estudios debería de tenerse en todas las instituciones en las que los pacientes que viven con VIH/SIDA se atienden, para por un lado que su médico tenga información oportuna sobre sus pacientes, como para que se pueda hacer investigación con dichos datos. De no ser así, los investigadores están limitados, como en muchos otros casos, por las condiciones y recursos en las que está la institución en donde realizan su trabajo, y por otro lado los encargados de vigilar el estado de los pacientes no tienen a la mano los mejores indicadores de adherencia, sino medidas que tienden a ser inexactas.

Coincidentemente, los hallazgos más valiosos de la presente investigación son aquellos en los que se tuvieron utilizando las medidas de autorreporte, en donde un mayor número de correlaciones entre las variables da luz sobre qué áreas de la información, que actitudes, creencias y percepciones de apoyo contribuyen más a la adherencia así como qué habilidades percibidas y objetivas están más relacionadas con el apego al tratamiento. Estas medidas de autorreporte conocidas como los Instrumentos de Adherencia AACTG de Chesney, et al., (2000) son muy similares a las que han usado los estudios que han probado el modelo IMB y se perfilan a convertirse en las medidas estandarizadas para medir adherencia autoinformada, por tratarse de la medida más citada en la bibliografía internacional. Peretti-Watel, Spire, Schiltz, Bouhnik, Heard, Lert, y Obadia (2006) sostienen que los factores asociados con la falta de adherencia varían mucho con base al género y la preferencia sexual.

Regresando a los hallazgos encontrados sobre las variables del Modelo y su relación con la adherencia autoinformada, queremos resaltar que existe un mayor número de correlaciones entre los reactivos de las Habilidades Conductuales en comparación con los del área de Información o Motivación. Siendo más precisos, sólo un reactivo de Información tuvo una correlación positiva con una de las cuatro medidas de adherencia autoinformada. Estos resultados coinciden con los de Kalichman, et al., quienes probaron el Modelo IMB en el año 2001, y encontraron que por un lado las mujeres con adherencia óptima y subóptima no diferían en sus niveles de información, y que de manera global, la información no mostró relaciones significativas en relación con sus medidas de adherencia al tratamiento.

Además, se encontró que seis reactivos del área de Habilidades Conductuales estuvieron correlacionados con dos medidas de adherencia autoinformada, probablemente sugiriendo que estas habilidades percibidas u objetivas pueden ser aquellas que para esta población fueron las

que determinaron en mayor medida que los pacientes se hayan tomado sus medicamentos, y/o hayan seguido el horario.

En resumen, con base a los resultados de este estudio son las habilidades conductuales las variables en las que se debería profundizar debido a que son las que muestran estar mayormente asociadas con las medidas de adherencia autoinformada. También son lo que distingue al grupo de jóvenes y adultos y al grupo de pacientes con adherencia óptima de los que tienen adherencia subóptima. Probablemente habría que retomar los trabajos hechos por Dávila, Piña y Sánchez-Sosa (2008) quienes usando el modelo de Ribes (1990) hacen investigación sobre competencias conductuales pasadas y presentes. También Piña-López, Rivera, Corrales, Mungaray, y Valencia (2006), en un estudio en el que participaron 66 personas con VIH, observaron que para el grupo con  $\leq 51$  meses de diagnóstico los predictores de las conductas de adhesión fueron las competencias pasadas y presentes.

Investigaciones posteriores podrían medir otras variables que se han visto asociadas de manera positiva con la conducta de adherencia como lo son el apoyo social el cual puede ser una variable que influye indirectamente en la adherencia, según lo encontraron Luszczynska, Sarkar, Knoll (2007), quienes recomiendan identificar a aquellos pacientes que reciben poco apoyo social y están en riesgo de tener una baja adherencia o como un correlato significativo, según los hallazgos de Safren, et al., (2001) quienes entrevistaron a un grupo de pacientes con el objetivo de encontrar los predictores psicosociales de la adherencia a los medicamentos antiretrovirales.

Queremos comentar que el grupo de pacientes más jóvenes tuvo un conteo de CD4 estadísticamente significativo mayor que el grupo de mayores. Estos resultados contradicen los varios trabajos (Gordillo, del Amo, Soriano y González-Lahoz, 1999; Fogarty, Roter, Larson, Burke, Gillespie, y Levy, 2002; Spire, Duran, Souville, Leport, Raffi, Moatti, 2002) quienes han

encontrado que los pacientes jóvenes en general son menos adherentes que los pacientes mayores. Uno de los trabajos que ha encontrado resultados similares a los nuestros es el de Stone, Hogan, Schuman, Rompalo, Howard, Korkontzelou, y Smith (2001), quienes hallaron en un estudio con mujeres cuyo objetivo fue examinar la relación entre la complejidad del régimen de medicamentos, la adherencia autoreportada, y la comprensión que tienen los pacientes sobre su régimen de medicamentos, que las participantes más jóvenes se saltaban menos dosis en comparación con las mayores. Una posible explicación a nuestros hallazgos puede ser que los pacientes jóvenes de esta muestra estén más motivados a adherirse.

Las puntuaciones en las habilidades conductuales mostraron diferencias estadísticas entre los pacientes del grupo AO y los pacientes del grupo ASO. Cinco de los catorce puntos de la Escala de habilidades conductuales mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las muestras. Las interrelaciones entre las variables propuestas por el modelo se probaron parcialmente.

Estos resultados coinciden con la investigación que se realizó para evaluar los factores asociados con la adherencia al tratamiento ARV en Brasil en personas que viven con VIH (García, et al., 2006), "nuestro estudio observó paralelos y diferencias entre los factores relacionados con la adherencia en comparación con los identificados en la población de EE.UU. y Europa" (p.1251).

Varias de las observaciones deben hacerse con respecto a estos hallazgos. A diferencia de otros estudios sobre la adherencia a los ARV, en los que sólo se ha buscado encontrar de manera general asociaciones entre factores identificados como influyentes en la no adherencia, como por ejemplo aquellos relacionados con individuo, la enfermedad y del tratamiento (Peñarrieta, et al., 2009) o seguir profundizando en el estudio de variables psicosociales relacionadas con la



adherencia (Ladero, Orejudo y Carrobles, 2005), esta investigación puso a prueba un modelo teórico que ha demostrado ser eficaz para explicar comportamientos de adhesión. Este modelo, sin embargo, se encuentra en un proceso de evaluación de poblaciones particulares, como el que se incluye en esta investigación, con particulares características socio-demográficas: bajos ingresos, bajos niveles de educación, principalmente heterosexual, pocas habilidades para leer y escribir, bajo uso de sustancias, entre otros. También se deben tomar en cuenta en este estudio las variables culturales, la población en este estudio es principalmente colectivista, donde el 70,6% de los pacientes reportaron que viven con sus familias. Estos resultados se asemejan obtenidos en Tailandia a través de un estudio cualitativo en población tailandesa joven (Rongkavilit, Naar-King, Kaljee, et al., 2010) quienes aplicaron el Modelo de IMB, y sugieren que algunas modificaciones que podrían realizarse al modelo se podría hacer en lo relacionado al ámbito cultural, pues las poblaciones con colectivista, sobre todo en la variable de motivación. Su trabajo podría ser retomado para explorar a través de entrevistas cualitativas y grupos focales con pacientes mexicanos, qué tipo de información, motivación y habilidades de comportamiento están asociados con comportamientos de adhesión a esta población. Esto no sólo podría contribuir a crear un instrumento para medir la Información, la Motivación y las Habilidades Conductuales, basado en las necesidades de la población y sus características particulares para después desarrollar intervenciones basadas en la investigación de elicitación como lo sugiere el autor del modelo IMB (Fisher, Cornman, Osborn, et al., 2004).

Los resultados comparten los hallazgos de Sánchez-Sosa, Piña y Corrales (2008), otra población mexicana quienes encontraron que el único predictor de comportamientos de adhesión fueron la percepción de dificultad de realizar la conducta.

Ha sido bien documentado, que hablar de la autoeficacia, el enfoque de Bandura (1990) establece que "la competencia no sólo requiere habilidades, sino también una fe en sí misma-en la propia capacidad para utilizar esas habilidades así" (p. 14). Sin embargo, los resultados de este estudio mostraron que la autoeficacia no predice comportamientos de adhesión, así como habilidades de comportamiento por sí mismos.

En cuanto a la información, los resultados de esta investigación son similares a Kalichman (2001) quien encontró que la información sobre el tratamiento no fue diferente entre los pacientes adherentes y no adherentes. En este estudio, parece que el estar bien informado no fue tan importante para la tomarse la medicación en la última semana.

A diferencia de Amurri, et al. (2000), los hallazgos de este estudio no encontraron que las variables como el pobre bienestar psicológico, el apoyo familiar para recordarle al paciente a tomar el medicamento, o tener hijos estaban relacionados tomar los medicamentos en la última semana, o en los últimos tres meses.

Una de las críticas que queremos realizar en relación con el modelo de IMB es que no toma en cuenta las variables históricas, como otros modelos (Ribes, 1990). La investigación debe ser hecha con el fin de averiguar si la conducta hacia la enfermedad anterior (después de los horarios, el uso de señales, la organización del medio ambiente para facilitar la toma de medicamentos) predice las conductas actuales de adherencia a la medicación ARV.

Otra variable que se podría analizar más profundamente es la relación de los pacientes con el equipo de salud. A pesar de que los resultados mostraron que esta variable no predice comportamientos de adhesión, cuando se entrevistó a los pacientes, estos mencionaron su relación con el médico como un factor importante que influye en su asistencia a las citas médicas.

De acuerdo con investigación previa la información es una variable que ha mostrado resultados inconsistentes sobre el impacto que tiene sobre las conductas de adherencia. Un grupo de investigadores han encontrado que la información está asociada con ser más adherente (Olowookere, Fatiregun, y Adewole, 2012), y por otro lado existen investigaciones en las que no se han encontrado correlatos entre la información y la adherencia. Es el caso de Negash y Ehlers (2013), quienes evaluaron a una muestra de 355 pacientes que usaban medicamentos ARV en Etiopía y encontraron que los niveles de conocimientos no tuvieron influencia en los niveles de adherencia, a diferencia de otros factores como el estigma, la sintomatología depresiva, la discriminación, y el uso de alcohol. En el presente estudio, la información de manera global no mostró correlación con la motivación, con las habilidades conductuales ni con los indicadores de adhesión. Sería necesario hacer investigación para conocer qué información específica en esta población es relevante y cuál no. Las posibilidades son que la información incluida en el instrumento utilizado en esta investigación no era el tipo de información que esta población tiene como condición previa para lograr la adhesión. La falta de relación entre la información y los comportamientos de adhesión no necesariamente significa que la información no es relevante, existe la posibilidad de que esta población tiene otra serie de información relacionada con el tratamiento y la adherencia, que se correlaciona con comportamientos de adhesión real. En el futuro, se sugiere realizar grupos focales en los que los participantes puedan compartir información respecto al tratamiento que los pacientes refieren ser útil y realmente funcionar como un antecedente por sus habilidades de comportamiento.

El instrumento de información, tampoco ayudó a saber cómo los pacientes fueron informados sobre los medicamentos ARV. Lo hizo medir el nivel de los pacientes perciben la información, en lugar de la información per se. Un instrumento que "válidamente" mide la

información podría ser el establecimiento de niveles de información confiable a la terapia de ARV. Participante en este estudio percibieron que estaban bien informados, pero las opciones de respuesta verdadero / falso podría ayudar a establecer un conocimiento real.

Basándose en los resultados de esta investigación el próximo paso a tomar en esta población sería el diseño de una intervención relacionada con las habilidades de comportamiento. Se les debe enseñar la forma de planificar, organizar y recordar tomar su medicación.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones, la primera de ellas es la muestra. A pesar de que todos los participantes que fueron invitados accedieron a participar, el estudio puede haber un sesgo de selección. Los participantes en este estudio fueron los que habitualmente la asistencia a sus citas médicas. El trabajo tiene que hacerse teniendo en cuenta una muestra más diversa y ponerse en contacto con los pacientes que tienen una alta carga viral, abandonó el tratamiento o siempre echa de menos las citas médicas. Otro aspecto relacionado con la muestra, es que ésta es muy pequeña para poder generalizar los hallazgos. Uno de tantos beneficios de ampliar la muestra sería poder balancear la participación de un número similar de pacientes adherentes y no adherentes. Otro sería poder estudiar si por género existen predictores específicos por género, como lo encontrado por Lazo, et al., (2007), quienes encontraron en una muestra de 1,944 participantes, que la depresión en el caso de los hombres, y el uso de alcohol en el caso de las mujeres predijeron el decremento de la adherencia en un estudio longitudinal de sobre la adherencia a los ARV.

Una segunda limitación es sobre los instrumentos utilizados. Al inicio del estudio los autores previsto que los instrumentos pueden ser respondidas por los pacientes, pero las poblaciones habilidades de lectura y escritura obligó a los autores a poner en práctica los

cuestionarios en una presentación de la entrevista semi-estructurada, que podría haber resultado en los participantes la generación de respuestas sociales deseables. Además, la población en este estudio no representa el panorama del VIH / SIDA epidemiológica en México, que incluye principalmente a los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y sus clientes (CENSIDA, 2009; Bastos, Cáceres, Galvão, Veras y Castilho, 2008).

Incluso las personas bien informadas y muy motivados son capaces de practicar hábitos de salud si no tienen las habilidades requeridas necesarias para la iniciación y el mantenimiento de un comportamiento específico de la salud (Fisher, Cornman, Norton y Fisher, 2006).

Se sugiere en el futuro agregar medidas de adherencia como la asistencia a las citas médicas y buscar los correlatos y predictores de esta medida como lo hicieron Farley, Hines, Musk, Ferrus, y Tepper (2003) quienes para medir el apego al tratamiento no sólo tomaron en cuenta el reporte del profesional de la salud, o el conteo de pastillas, sino a cuántas citas médicas habían asistido los participantes durante los siguientes seis meses después de haber iniciado su tratamiento.

Referencias

- Ammassari, A., Trotta, M.P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., . . . Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 15, Supplement 3, S123-1277.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Barcelona: Elsevier Masson.
- Alegria, M., Vila, D., Train, S., Williams S., y El-Bassel, N. (2006). Epidemiology of HIV. In F. Fernandez and P. Ruiz (Eds.), *Psychiatric aspects of HIV/AIDS* (pp.3-10). Lippincott Williams and Wilkins.
- Altman, L.K. (1981, July 3). Rare Cancer Seen In 41 Homosexuals. *New York Times*. Consultado el 24 de enero, 2014, de <http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html>
- Amico, K.R., Barta, W., Konkle-Parker, D.J., Fisher, J.D., Cornman, D.H., . . . Fisher, W.A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of ART adherence in a DeepSouth HIV+ clinic sample. *AIDS Behavior*, 13, 66-75. doi:10.1007/s10461-007-9311-y
- Amico, R.K., Fisher, W.A., Cornman, D.H., Shuper, P.A., Redding, C.G., Konkle-Parker, D.J., . . . y Fisher, J.D. (2006). Visual Analog Scale of ART Adherence: Association with 3-Day Self-Report and Adherence Barriers. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndromes*, 42, 455-459. doi:10.1097/01.qai.0000225020.73760.c2
- Amico, K.R., Toro-Alfonso, J., y Fisher, J.D. (2005). An empirical test of the information, motivation, behavioral skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 17, 661-673. doi:10.1080/09540120500038058

- Amico, K. R., Toro-Alfonso, J., Fisher, J. D., Andujar, I., y Calderón, J. (2001). *Adaptation of the adherence to combination therapy questionnaire and interview*. Manuscrito sin publicar San Juan, Puerto Rico: University of Puerto Rico
- Anderson, E.S., Wagstaff, D.A., Heckman, T.G., Winett, R.A. Roffman, R.A., Solomon, L.J., . . . Sikkema, K.J. (2006). Information-motivation-behavioral skills (IMB) model: Testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. *Annals of Behavioral Medicine, 31*, 70-79. doi:10.1207/s15324796abm3101\_11
- Antoni, M.H., Carrico, A.W., Durán, R.E., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., . . . Schneiderman, N., (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
- Asch, S.M., Kilbourne, A.M., Gifford, A.L., Burnam, A., Turner, B., Shapiro, M., y Bozzette, S.A. (2003). Under-Diagnosis of Depression in HIV: Who Are We Missing? *Journal of General Internal Medicine, 18*, 450-460. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20938.x
- Bastos, F.I., Cáceres, C., Galvão, J., Veras, M.A., y Castilho, E.A. (2008). AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology, 37*, 729-37. doi:10.1093/ije/dyn127
- Bautista, S.A., Dmytraczenko, T., Kombe, G. y Bertozzi, S. (2003).. Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México. Reporte técnico N° 020. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Consultado el 24 de enero, 2014 en: <http://www.abtassociates.com/reports/1-Tech020sp-10-2003.pdf>

- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo – comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH / SIDA. *Psichothema*, 15, 517 – 523.
- Bennet, S. y Newman, D., (2004). Medical Regimen Adherence: Concepts, Assessment, and Interventions. En Boll, M., T. Raczynsky, J.M., y Leviton, L. *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 329-345). Washington: APA.
- Berlant, N.E. y Pruitt, S.D. (2003). Adherence to Medical Recommendations. En Cohen, L. M., McChargue, D. E., Collins, F.L. (Eds.), *The Health Psychology Handbook*, Cap. 12 (pp. 208 – 224). E.U.A.: Sage Publications.
- Blalock, A.C. y Campos, P.E. (2003). Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immune Deficiency Syndrome. En Cohen, L. M., McChargue, D. E., y Collins, F.L. (Eds.). *The Health Psychology Handbook: Practical issues for the behavioural medicine specialists*, Cap. 19 (pp. 383 – 396). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.  
doi:10.4135/9781412976770
- Bosworth, H. y Voils, C. (2006). Theoretical Models to Understand Treatment Adherence. En Bosworth, H. (Ed.) *Patient treatment adherence concepts, interventions, and measurement*, Cap. 2 (pp. 13 – 45). E.U.A. Lawrence Erlbaum.
- Bradley-Ewing, A., Thomson, D., Pinkston, M., y Goggin, K.J. (2008). A qualitative examination of the indirect effects of modified directly observed therapy on health behaviors other than adherence. *AIDS Patient Care STDS*, 22, 663-668.  
doi:10.1089/apc.2007.0190.
- Byakika-Tusiime, J., Oyugi, J.H., Tumwikirize, W.A., Katabira, E.T., Mugenyi, P.N., Bangsberg, D.R. (2005). Adherence to HIV antiretroviral therapy in HIV+ Ugandan



- patients purchasing therapy. *International Journal of STD & AIDS*. 16, 38-41. doi: 10.1258/0956462052932548
- Catz, S.L., McClure, J.B., Jones, G.N., y Brantley, P.J. (1999). Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care*, 11, 361-73. doi:10.1080/09540129947983
- Chesney, M.A., Ickovics, J.R., Chambers, D.B., Gifford, A.L., Neidig, J., Xwicki, B., y Wu, A.W. (2000). Self-Reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG Adherence Instruments, *AIDS CARE* 12, 256-266. doi:10.1080/09540120050042891
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH / SIDA (2006). Panorama Epidemiológico del VIH / SIDA e ITS en México en  
<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/panoepide31dic2006.pdf>  
Consultada el 26 de marzo, 2008.
- Cockram, A., Judd, F.K., Mijch, A., y Norman, T. (1999). The evaluation of depression in inpatients with HIV disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 344-352. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00579.x
- Crocker, L. y Algina, J. (1966). *Introduction to classical and Modern Test Theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Davidson, J.R.T., Smith, R. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Trauma Stress*, 3, 459-75. doi:10.1002/jts.2490030314
- Dávila Tapia, M., Piña López, J.A. y Sánchez Sosa, J.J. (2008). Variables Psicológicas y Comportamientos de Adhesión al Tratamiento en Personas con VIH: Un análisis en

- función del Sexo. En Rivera, A., Díaz, L., Sánchez, A. y Reyes L., (Coords.) La Psicología social en México, Vol. 12 (pp. 61-66). México: AMEPSO.
- Deloria-Knoll, M., Chmiel, J.S. Moorman, A.C., Wood, K.C., Holmberg, S.D., y Palella, F.J. (2004). Factors related to and consequences of adherence to antiretroviral therapy in ambulatory HIV patients. *AIDS Patient Care STDs* 18, 721-727. doi:10.1089/apc.2004.18.721.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., y Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: A meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101
- Farley, J., Hines, S., Musk, A., Ferrus, S., y Tepper, V. (2003). Assessment of adherence to antiviral therapy in HIV-infected children using the Medication Event Monitoring System, pharmacy refill, provider assessment, caregiver self-report, and appointment keeping. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1, 211-218. doi:10.1097/00126334-200306010-00016
- Fisher, J.D., Amico, K.R., Cornman, D.H., Fisher, W.A., Barta, D.H., LeMieux, A., . . . Trayling, C. (2006). Life Windows Information Motivation and Behavioral Skills Adherence to Antiretrovirals Questionnaire (LW-IMB-AAQ). THE LIFE WINDOWS PROJECT: Changing ART Adherence Behavior.
- Fisher, J.D., Amico, K.R., Fisher, W.A., y Herman, J.J. (2008). The Information-Motivation-Behavioral Skills model of Antiretroviral Adherence and Its Applications. Behavioral Aspects of HIV Management. *Current HIV Reports*, 5, 193-203. doi:10.1007/s11904-008-0028-y

- Fisher, J.D., Cornman, D.H., Osborn, C.Y., Amico, K.R., Fisher, W.A., y Friedland, G.A. (2004). Clinician-Initiated HIV Risk Reduction Intervention for HIV-Positive Persons: Formative Research, Acceptability, and Fidelity of the Options Project. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndromes* 37, S78–S87. doi:10.3109/00952990.2011.568081
- Fisher, J.D., y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-74. doi:10.1037/0033-2909.111.3.455
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Amico, K.R., y Harman, J.J. (2006). An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Adherence to antiretroviral Therapy. *Health Psychology*, 25, 462-473.
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., y Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 46, 93-108. doi:10.1016/S0738-3991(01)00219-1
- Florentino, M.T. (2004). Conductas de la Salud. En Oblitas, L.A. (Ed.) *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Cap. 3 (pp. 56 – 82). México: Thomson.
- Fong, O.W., Ho, C.F., Fung, L.Y., Lee, F.K., Tse, W.H., Yuen, C.Y., . . . Wong, K.H. (2003). Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Medicine*, 4, 133-138. doi:10.1046/j.1468-1293.2003.00147.x
- Gatti, M.E., Jacobson, K.L., Gazmararian, J.A., Schmotzer, B. y Kripalani S. (2009). Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 66, 657-64. doi: 10.2146/ajhp080064
- García-Abreu, A. (2004). El VIH/SIDA en países de América Latina: los retos futuros. (pp. 1-49). *Panorama Epidemiológico y repercusiones económicas*. Washington, D.C.: OPS.

- Garcia, R., Badaró, R., Netto, E.M., Amorin, F.S., Ramos, A., Vaida, F., . . . Schooley, R.T. (2006). Cross-sectional study to evaluate factors associated with adherence to antiretroviral therapy by Brazilian HIV-infected patients. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 22, 1248-1252. doi:10.1089/aid.2006.22.1248.
- Gardner, E.M., Sharma, S., Peng, G., Huppler-Hulsiek, K., Burman, W.J., MacArthur, R.D., . . . Friedland, G. (2008). Differential adherence to combination antiretroviral therapy is associated with virological failure with resistance. *AIDS*, 22, 75-82. doi: 10.1097/QAD.0b013e3282f366ff
- Gatchel, R. J. y Oordt, M.S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration*. Washington: APA
- Godin, G., Gagné, C., y Naccache, H., (2003). Validation of a Self- Reported Questionnaire assessing Adherence to antiretroviral Medication. *Aids Patient Care and STD's*, 17, 325-331. doi:10.1089/108729103322231268
- Golin, C.E., Liu, H., Hays, R.D., Miller, L.G., Beck, C.K., Ickovics, J., . . . Wenger, N.S. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*. 17, 756-65. doi: 10.1046/j.15251497.2002.11214.x
- González, E. (1998). Implicaciones económicas de la epidemia del VIH/SIDA y racionalidad económica para la prevención. El SIDA en México: Oportunidades de la sociedad Civil para disminuir su impacto. Cuadernos FUNSALUD No. 30. México: FUNSALUD, 97-114. Citado en Izazola, J.A. “Financiamiento y Gasto en respuesta al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”, en Alarcón, S.D. El SIDA en México (2003). Veinte años de la epidemia. México: El Colegio Nacional.

Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Llabre, M. M., Durán, R. E., Antoni, M. H. y Schneiderman, N.

(2007). Physical symptoms, beliefs about medications, negative mood, and long-term HIV medication adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 34, 46-55. doi:

10.1007/BF02879920

González, V., Stewart, A., Ritter, P., y Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 1429-1446. doi:

10.1002/art.1780381010

Gordillo, M.A., y de la Cruz, T. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la Psicología. *Psicothema*, 15, 227-233

Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 10, 1763-1769. doi:10.1097/00002030-199909100-00021

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1999). *Metodología de la investigación*. México : Mc Graw Hill.

Holzemer, W.L., Corless, I.B., Nokes, K.M., Turner, J.G., Brown, M.A., Powell-Cope, G.M., Inouye, J., Henry, S.B., Nicholas, P.K., Portillo, C.J. (1999). Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDS*. 13, 185-97. doi:10.1089/apc.1999.13.185.

Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. J. y Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In WHO (Eds.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.

- Hubbard, M. (2006). Dealing with the obstacles in adhering to Highly Active Antiretroviral Therapy. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 17, 18-25.  
doi:10.1016/j.jana.2005.11.002
- INEGI (2007). “Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Lucha Contra el Sida” Dato Nacionales. [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) consultado en agosto 12, 2008.
- Israelski, D. M., Prentiss, D.E., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P. Muhammad, M., . . . Koopman, C. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19, 220-225. doi:10.1080/09540120600774230
- Johnson, M.O., y Torsten, N.B. (2007). Coping with HIV Treatment Side Effects: conceptualization, Measurement, and Linkages. *AIDS Behavior*, 11, 575–585.  
doi:10.1007/s10461-007-9229-4
- Johnson, S., B., y Carlson, D.N. (2004). Medical regimen adherence: Concepts, assessment, and interventions. En Boll, T., Raczynski, J. y Leviton, L. (Eds). *Handbook of Clinical Health Psychology: Vol 2*. (pp. 329 – 345) Washington: American Psychological Association.
- Judd, F., Komiti, A., Chua, P., Mijch, A., Hoy, J., Grech, P., Street, A., Lloyd, J., y Williams, B. (2005). Nature of depression in patients with HIV/AIDS. Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry*, 39, 826-832. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01659.x
- Glas, G., (2003). A conceptual History of Anxiety and Depression. P. 1- 47, en Kasper, S., den Boer, J.A., y Sitson, J.M. (2003). *Handbook of Depression and Anxiety Second Edition, revised and Expanded*. New York: Marcel Dehker.

- Kalichman, S.C., Ramachandran, B., y Catz, S. (1999). Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, *14*, 267-73. doi:10.1046/j.1525-1497.1999.00334.x
- Kalichman, S.C., Rompa, D., y Cage, M. (2000). Reliability and validity of self-reported CD4 lymphocyte count and viral load test results in people living with HIV/AIDS. *International Journal of STD & AIDS*, *11*, 579-585. doi: 10.1258/0956462001916551
- Kalichman, S.C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Kyomugisha, F., y Buckles, J. (2001). HIV treatment adherence in women living with HIV/AIDS: research based on the Information-Motivation-Behavioral Skills model of health behavior. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, *12*, 58-67.
- Kidder, D., Wolitski, R., Campsmith, M., y Nakamura, G., (2007). Health status, health care use, medication use, and medication adherence among homeless and housed people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, *97*, 2238-2245.  
doi:10.2105/AJPH.2006.090209
- Ladero, M.L., Orejudo, H.S., y Carroble, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psichothema*, *17*, 575-581
- Law, W.A. y Buermeier, C. (2005). Management and Treatment of HIV/AIDS in primary care. En James, L.C., y Folen, R.A. (Eds.) *The Primary Care Consultant* (pp. 83-101)  
Washington: APA
- Lazo, M., Gange, S.J., Wilson, T.E., Anastos, K., Ostrow, D.G., Witt, M.D., Jacobson L.P. (2007). Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral

- therapy: longitudinal study of men and women. *Clinical Infectious Disease*, *15*, 1377-85.  
doi: 10.1086/522762
- Lee, M.R., Cohen, L., Hadley, S.W. y Goodwin, F.K. (1999). Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Services*, *50*, 948-52.
- Liu, H., Golin, C.E., Miller, L.G., Hays, R.D., Beck, C.K., Sanandaji, S., Christian, J., Maldonado, T., Duran, D., Kaplan, A.H., y Wenger, N.S. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*. *15*, 968-977. doi:10.7326/0003-4819-134-10-200105150-00011
- Magis-Rodríguez, C., Rivera-Reyes, M. del P., Gasca-Pineda, R., y Gutiérrez, J.P. (2005). El gasto en la atención y la prevención del VIH/SIDA en México: tendencias y estimaciones 1997 – 2002. *Salud Pública de México*, *47*, 361-368
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C.; Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar, S., y Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, *26*, 1-16.
- Mehta, S., Moore, R.D., y Graham, N.M. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, *15*, 1665-70.
- Johnson, M.O., Neilands, T.B., Dilworth, S.E., Morin, S.F., Remien, R.H., y Chesney, M.A. (2007). The Role of Self-Efficacy in HIV Treatment Adherence: Validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *Journal of Behavioral Medicine*, *30*, 359-370. doi:10.1007/s10865-007-9118-3



- Kelly, S., Melnyk, B.M., y Belyea, M. (2012). Predicting physical activity and fruit and vegetable intake in adolescents: a test of the information, motivation, behavioral skills model. *Research in Nursing and Health*, 35, 146-63. doi:10.1002/nur.21462.
- Haubrich, R.H., Little, S.J., Currier, J.S., Forthal, D.N., Kemper, C.A., Beall, G.N., Johnson, D., Dubé, M.P., Hwang J.Y., McCutchan, J.A. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS*, 13, 1099-1107.
- Martín, A.L. (2006). Repercusiones para La salud pública de La adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32, Consultado el 28 de enero, 2014 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci_arttext)
- Martín, L.L., Orejudo, S., Carrobles, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona *Psicothema*. 17, 4, 575-581.
- Mehnert, A., y Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*. 16, 181-188. doi:10.1002/pon.1057
- Mireles, M. (5 de agosto, 2011). Entendiendo el significado de la carga viral. Consultado el 28 de enero, 2014 en: <http://www.profinvih.org/2011/09/05/entendiendo-el-significado-de-la-carga-viral/>
- Morales, G., Aragón, M., Lara, B. (2009). Factores Asociados Con La No Adherencia A La Terapia Antiretroviral En Personas Con Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida. *Revista Médica de Honduras*. 77, 63-66.

Morin, S. y Myers, J. (2007). Enhancing Prevention with Positives Evaluation Center (EPPEC).

Consultada el 29 de enero, 2014 en:

<http://caps.ucsf.edu/uploads/projects/EPPEC/EPPECEvaluation.php>

Mugavero, M, J. Ostermann, K. Whetten, J. Leserman, M. Swartz, D. Stangl, N. Thielman

(2007). Barriers to Antiretroviral Adherence: The Importance of Physical Abuse, Sexual Abuse, and Other Traumatic Events. *AIDS Patient Care and STDs*, 20, 418-428.

doi:10.1089/apc.2006.20.418.

Munro, S., Lewin.S., Swart, T., y Vomink, J. (2007) A review of health behavior theories: how

useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 7, 1-16. doi:10.1186/1471-2458-7-104

Muran, E.M., y Motta, R.W. (1993). Cognitive distortions and irrational beliefs in post-traumatic

stress, anxiety, and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology* 49, 166-76.

doi:10.1002/1097-4679(199303)49:2<166::AID-JCLP2270490207>3.0.CO;2-6

Murphy, D.A., Marelich, W.D., Hoffman, D. y Steers, W.N. (2004). Predictors of antiretroviral

adherence. *AIDS CARE*, 16, 471-484. doi:10.1080/09540120410001683402

Naar-King, S., Templin, T., Wright, K., Frey, M., y Parsons J.T. (2006). Psychosocial factors

and medication adherence in HIV-positive youth. *AIDS Patient Care and STD's*, 20, 44-47.

Naar-King, S., Arfken, C., Frey, M., Harris, M., Secord, y Ellis, D. (2006). Psychosocial factors

and treatment adherence in paediatric HIV/AIDS S. *AIDS Care*, 18, 621-628.

doi:10.1080/09540120500471895

- Negash, T., y Ehlers, V. (2013). Personal Factors Influencing Patients' Adherence to ART in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24, 530-538. doi:10.1016/j.jana.2012.11.004
- Norman, S.B., Means-Christensen, A.J., Craske, M.G., Sherbourne, C.D., Roy-Byrne, P.P., y Stein, M.B. (2006). Associations between Psychological Trauma and Physical Illness in Primary Care. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 461-470. doi: 10.1002/jts.20129
- Olowookere, S.A., Fatiregun, A.A., y Adewole, I.F. (2012). Knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS and antiretroviral therapy among patients at a Nigerian treatment clinic. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 26, 809-816. doi: 10.3855/jidc.2086.
- Orgilés, J., Espada, J.P. y Méndez, X. Adherencia al Tratamiento, en Méndez, X., Ortigosa, J.M., y Quiles, M.J., (2003) *Manual De Psicología De La Salud Con Niños, Adolescentes Y Familia* (pp. 73- 94). Madrid: Pirámide.
- Osborn, C.Y., Bains, S.S., y Egede, L.E. (2010). Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology and Therapeutics*, 12, 913-919. doi: 10.1089/dia.2010.0058.
- Peltzer, K., Friend-du Preez, N., Ramlagan, S., y Anderson, J. (2010). Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 5, 10:111. doi: 10.1186/1471-2458-10-111.
- Peñarrieta, M.I., Tamil, K., Martínez, N., Rivera, A.M., Gonzáles, N., Flores, F., y del Angel, E. (2009). Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Personas Con Vih En Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 26(3): 333-37.
- Peña de León E., Aguilar Gaytán S.S., Suárez Mendoza, A.A., Reyes Terán G. (2007) Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados

- por el VIH. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 313-319. doi:10.1590/S1020-49892007000400007
- Peretti-Watel, P., Spire, B., Schiltz, M.A., Bouhnik, A.D., Heard, I., Lert, F., y Obadia, Y. (2005). Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients. *Social Science and Medicine*, 62, 2420-33. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.020
- Peterlin, B.L., Tietjen, G., Meng, S., Lidicker, J., Bigal, M. (2008) Post-traumatic stress disorders in episodic and chronic migraine. *Headache*. 48, 517-522. doi:10.1111/j.1526-4610.2008.00917.x.
- Piña, J.A. validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH positivas (2003). *Salud pública de México*, 45, 293-297.
- Piña López, J.A., Corrales Rascón, A.E., Mungaray Padilla, K., y Valencia Vidrio, M.A. (2006) Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Piña López, J.A., Dávila Tapia, M., Sánchez Sosa, J.J., Cázares Robles, O. Togawa, C., y Corrales Rascón, A.E. (2009). Efectos Del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 67-68
- Piña-López, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica* 6, 399-407. Consultado el 28 de enero, 2014 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760217>

Piña-López, J.A., Rivera, B.,M., Corrales, A., Mungaray, Katherine, Valencia, M.A. (2006).

¿Influye el Tiempo de Infección en Meses sobre los Predictores Psicológicos de Comportamientos de Adhesión en una Muestra de Pacientes VIH+? *Terapia Psicológica*  
Consultado el 12 de marzo de 2013 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524208>

Piña-López, J.A., Valencia Vidrio, M.A., Mungaray Padilla, K., y Corrales Rascón, A.E., (2006).

Validación de una Escala Breve que Mide Situaciones Vinculadas con Estrés en Personas VIH Positivas. *Terapia Psicológica* 24, 15-21.

Pinheiro, C.A.T., de-Carvalho-Leite, J.C., Drachler, M.L., y Silveira, V.L. (2002). Factors

associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 35, 1173-1181. doi:10.1590/S0100-879X2002001000010

Ribes, E., (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self report Major Depressive Disorder scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

doi:10.1177/014662167700100306

Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+.

*Psicothema*, 14, 262 - 267

Rivera, B.I., Corrales, A.E., Cáceres, R.O., y Piña, J.A. (2007). Validación De La Escala De

Depresión De Zung En Personas Con VIH. *Terapia Psicológica*, 25, 135-140

Roberts, R., Towell, T., y Golding, J.F. (2001) *Foundations of health psychology*. London:

Palgrave.

Rongkavilit, C., Naar-King, S., Kaljee, L.M., Panthong A, Koken, J.A., Bunupuradah, T., y

Parsons, J.T. (2010). Applying the information-motivation-behavioral skills model in

- medication adherence among Thai youth living with HIV: a qualitative study. *AIDS Patient Care STDs*, 24, 787-94. doi: 10.1089/apc.2010.0069.
- Safren, S.A., Kumarasamy, N., James, R., Raminani, S., Solomon, S., y Mayer, K.H. (2005). ART adherence, demographic variables, and CD4 outcome among HIV-positive patients on antiretroviral therapy in Chennai, India. *AIDS Care*, 17, 853-62. doi:10.1080/09540120500038439
- Safren, S.A., Otto, M.W., Worth, J.L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., y Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1151-62.
- Saigh, P.A., y Bremner, J.D. (1999). The History of Posttraumatic Stress Disorder en Saigh, P.A., y Bremner, J.D. *Postraumatic Stress Disorder* (pp. 1 – 17). Boston: Allyn & Bacon.
- Sankar, A.P., Nevedal, D.C., Neufeld, S., y Luborsky M.R. (2007). What is a missed dose? Implications for construct validity and patient adherence. *AIDS Care*, 19, 775-780. doi:10.1080/09540120600708501
- Savard, J., Benoit, L., Gauthier, J., y Bergeron, M., (1999). Screening Clinical Depression in HIV-Seropositive Patients Using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Personality Assessment* 7, 349-357. doi:10.1023/A:1025444225120
- Scalera A., Bayoumi, A.M., Oh, P., Risebrough, N., Shear, N., Ly in-in Tseng A., (2002). Clinical and Economic Implications of Non-Adherence to HAART in HIV Infection. *Disease Management and Health Outcomes* 10, 85-91(7). doi:10.2165/00115677-200210020-00003
- Secretaría de Salud, Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (2011). Boletín Salvar Boletín 12.

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Boletin\\_Salvar12.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Boletin_Salvar12.pdf) consultado el 24 de enero, 2014.

Shell, D.F., Newman, I.M., Perry, C.M., y Folsom, A.R. (2011). Changing intentions to use smokeless tobacco: an application of the IMB model. *American Journal of Health Behavior, 35*, 568-80.

Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F., y Moatti, J.P. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine, 54*, 1481-1496.

Starace, F., Massa, A., Amico, K.R., y Fisher, J.D. (2006). Adherence to antiretroviral therapy: an empirical test of the information-motivation-behavioral skills model. *Health Psychology, 25*, 153-62.

Straub, R.O. (2007) Chapter 11: HIV and AIDS, pp. 330-357. *Health Psychology A biopsychosocial approach*. New York: Worth Publishers.

Stone, V.E., Hogan, J.W., Schuman, P., Rompalo, A.M., Howard, A.A., Korkontzelou, C., y Smith, D.K. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndromes 1*, 124-31.

Thomson, D.R., Rich, M.L., Kaigamba, F., Socci, A.R., Hakizamungu, M., Bagiruwigize, E., . . . Franke, M.F. (2013). Community-Based Accompaniment and Psychosocial Health Outcomes in HIV-Infected Adults in Rwanda: A Prospective Study. *AIDS and Behavior, 18*, 368-380. doi:10.1007/s10461-013-0431-2

Vardhana, S., y Laxminarayana, B.K. (2007). Depression in Patients with HIV/AIDS. *Kuwait Medical Journal, 39*, 227-230.

Valdespino J. L., García-García, M. L., Conde-González, C. J., Olaiz-Fernández G., Palma, O, y Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en

México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud pública México* 49, 386-394 .

Vranceanu, A.M., Safren, S.A., Lu, M., Coady, W.M. Skolnik, P.R., Rogers, W.H., y Wilson,

I.B. (2008). The Relationship of Post-traumatic Stress Disorder and Depression to

Antiretroviral Medication Adherence in Persons with HIV. *Aids Patient Care and STDs*,

22, 313-321. doi: 10.1089/apc.2007.0069

Vanable, P.A. y Carey, M.P., (2006). Behavioral medicine interventions in HIV / AIDS. En

Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A.R. y Bruch, M., (Eds.) *Formulation and Treatment in*

*Clinical Health Psychology* (pp. 232 – 245). London: Routledge

Vera- Villaroel, P.E., Pérez, V., Moreno, E., y Allende, F. (2004). Diferencias en variables

psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of*

*Clinical and Health Psychology*, 4, 55 – 67.

Weiser, S., Wolfe, W., Bangsberg, D., Thior, I., Gilbert, P., Makhema, J., Kebaabetswe, P.,

Dickenson, D., Mompati, K., Essex, M., y Marlink, R. (2003). Barriers to antiretroviral

adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana. *Journal of*

*Acquired Immune Deficit Syndromes*, 34, 281-288.

Zanatta, J.A., Saracco, R., Reyes, G., Collado, G., Ruiz, K., y Varela, D., (2005). Trastornos

Psiquiátricos en Pacientes con VIH/SIDA. *Psiquiatría* 21, 12-18 Consultado el 25 de

enero, 2014 en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PUB/sida.pdf>

Consultada el 26 de marzo, 2008.





## Batería de Instrumentos sobre Variables Relacionadas con la Adherencia Terapéutica al tratamiento de VIH/SIDA,

Adaptado y desarrollado por la Mtra. Carolina Santillán Torres Torija

---

Programa de Investigación para el Doctorado en Psicología y Salud.  
Universidad Nacional Autónoma de México

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

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

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

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

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

¡Gracias por su participación!



Sección

**1**

**¿Cuál es su ingreso promedio mensual?**

de \$1,500 a  
\$3,000

de \$3,000 a  
\$4,500

de \$4,500 a  
\$6,000

de \$6,000 a  
\$9,000

**Marque las sustancias que ha consumido en los últimos seis meses**

Ninguna (0)

Tabaco (3)

Mariguana (5)

Alcohol (1)

Heroína (4)

Otros (6)

Cocaína (2)



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

Sección <b>2</b> Adherencia
-----------------------------------

**Adherencia:**

La mayoría de las personas con VIH tienen que tomar muchas pastillas a diferentes horas del día, a mucha gente se le hace difícil recordar siempre sus pastillas porque están ocupadas y se les olvida cargarlas, se les hace difícil tomárselas de acuerdo con todas las instrucciones, como "con las comidas" o "en ayunas", "cada 8 horas", "con bastantes líquidos". Algunas personas deciden no tomarse las pastillas porque les caen pesadas o simplemente porque no quieren tomar pastillas ese día.

Queremos comprender cómo le hacen las personas con VIH para tomar sus medicamentos, por lo que en esta sección te haremos preguntas sobre la toma de tus medicamentos.

En la siguiente sección se le harán preguntas sobre sus medicamentos. La siguiente tabla incluye los nombres de algunos medicamentos, en caso de que no recuerde el nombre de los que le recetan.






**NOMBRES DE ALGUNOS MEDICAMENTOS:**

Nombres comerciales por ejemplo: Efavirenz, Kaletra, Truvada, Combivir, Kivexa, Retrovir, Epivir, Ziagen, Viramune, Crixivan, Invirase, Norvir

Nombre genérico: AZT (Atazanavir), Darunavir, Etravirina, Enfuvirtide, zidovudina, didanosina; Abacavir; 3TC, lamivudina, Lopinavir /ritonavir; Indinavir, Nelfinavir, Saquinavir, Nevirapina, Emitricitavina, TDF (Tenofovir),

## Sección

## 2

<b>Paso 1</b> 	<b>Paso 2</b> 	<b>Paso 3</b> 	<b>Paso 4</b> 	<b>Paso 5</b> 
Escriba el nombre o nombres de los medicamentos que a usted le recetan	Escriba el número de dosis que le recetan por día:	De las dosis que le recetan escriba cuántas dosis se tomó ayer	De las dosis que le recetan escriba cuántas dosis se tomó antier (hace dos días)	De las dosis que le recetan escriba cuántas dosis se tomó anteayer (hace 3 días)
	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis
	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis
	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis
	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis
	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis	( ) dosis

Marque la casilla apropiada.

1. La mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario, como "2 veces al día", "3 veces al día", o "cada 8 horas". ¿qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días?

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

Sección

2

2. ¿Alguno de sus medicamentos tiene instrucciones especiales, como "tómese con la comida", "tómese en ayunas" o "tómese con suficiente líquido"?

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

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

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

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

Sí (0)                      No (1)

5. ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos?  
(Marque una casilla)

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

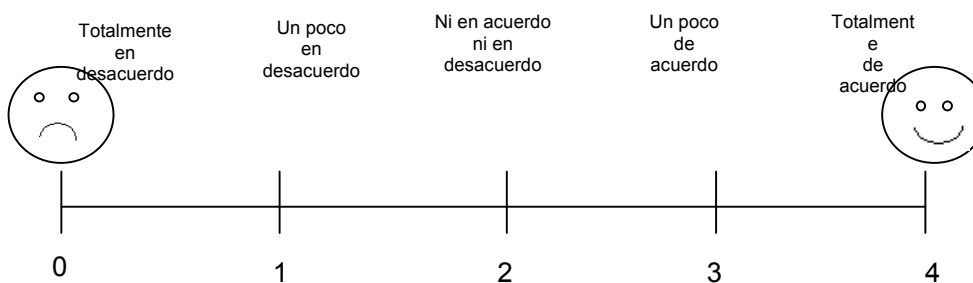


Fin de la sección 2, por favor si tiene alguna duda avíselo al aplicador.

Sección
<b>3</b>
LW-IMB-AAQ

I. A continuación se le presentan una serie de afirmaciones. Le pedimos circule la opción que considere lo describe mejor.

**Observe el ejemplo:**



1. VIH significa Virus de la Inmuno Deficiencia Humana.

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

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



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

## Sección

## 3

- I1 Sé como debe ser tomado cada uno de los medicamentos que me recetan (por ejemplo, sé si los medicamentos que tomo actualmente se pueden o no se pueden tomar con agua, con suplementos herbolarios o con otros medicamentos que me recetan).

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

- I2 Sé qué hacer cuando me salto alguno de mis medicamentos (por ejemplo, sí debo o no tomarme la(s) pastilla(s) después).

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

- I3 No le haría daño a mi salud saltarme alguno de mis medicamentos de vez en cuando.

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

- I4 Conozco los posibles efectos secundarios de cada uno de mis medicamentos (si causan mareos, dolor de cabeza, náuseas).

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



Sección

3

I5 Está bien saltarme mis medicamentos de vez en cuando.

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

I6 Entiendo cómo cada uno de mis medicamentos trabaja en mi cuerpo para luchar contra el VIH.

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

I7 Si no me los tomo como me los recetaron, estos medicamentos pueden dejar de funcionar en el futuro.

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

I8 Si me los tomo como me los recetan, viviré más tiempo.

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

## Sección

## 3

I9 Sé cómo funcionan los medicamentos combinados con el alcohol y otras drogas.

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

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

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

M2 Me frustra tomar los medicamentos por que tengo que planear mi vida alrededor de ellos.

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

M3 No me gusta tomar mis medicamentos por que me recuerda que soy VIH Positivo.

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

## Sección

## 3

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

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

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

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

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

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

M7 Me frustro cuando pienso que debo tomar estos medicamentos todos los días del resto de mi vida.

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

## Sección

## 3

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

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

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

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

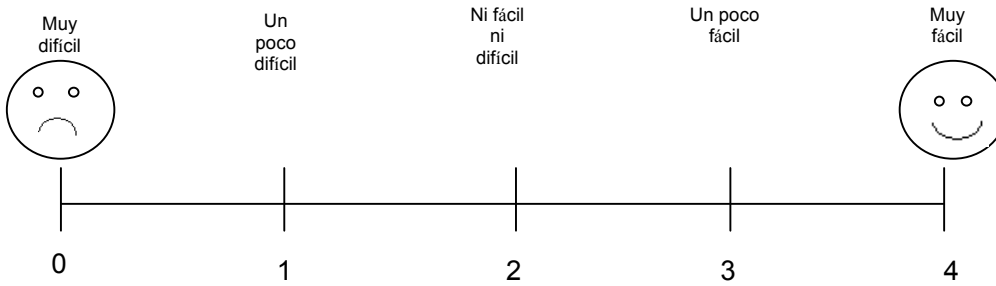
M10 Me molesta que los medicamentos que he estado tomando me causen efectos secundarios.

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

Sección
<b>3</b>

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

**Puede ayudarse con la siguiente escala:**



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

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

B2 Estar informado sobre el tratamiento es para mí:

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

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

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

## Sección

## 3

B4 Que me entreguen los medicamentos a tiempo es:

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

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

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

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

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

B7 Acordarme de tomar los medicamentos se me hace:

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

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

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

## Sección

## 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sección

## 3

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

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

PS1 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

A los \_\_\_\_\_ años

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

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

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

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

PS4 ¿Usó condón en su última relación sexual?

(1) Sí (2) No

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

(1) Sí (2) No

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

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

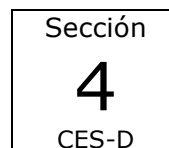


Sección

3

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

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



## Escala CES-D

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

Ejemplo:

1. Me dolió la cabeza.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	<b>De 3 a 4 días</b>	De 5 a 7 días
------------	-------------------	--------------------	--------------------------	------------------

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



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

Sección
4

CES1 Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

CES2 No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

CES3 Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

CES4 Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

CES5 Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

CES6 Me sentía deprimido.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

CES7 Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.

Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
------------	----------------	-----------------	---------------	---------------

## Sección

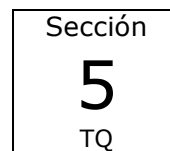
## 4

CES8 Me sentía con esperanza sobre el futuro.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES9 Pensé que mi vida había sido un fracaso.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES10 Me sentía con miedo.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES11 Mi sueño era inquieto.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES12 Estaba contento.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES13 Hablé menos de lo usual.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES14 Me sentí solo.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días

Sección

4

CES15 La gente no era amable.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES16 Disfruté de la vida	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES17 Pasé ratos llorando.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES18 Me sentí triste.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES19 Sentía que yo no le caía bien a la gente.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días
CES20 No tenía ganas de hacer nada.	Ningún día	Menos de 1 día	Como 1 ó 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días



## ESCALA TQ

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos?

Si no, seleccione "NO". Si los ha experimentado seleccione "SI", e indique que edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (por ejemplo: 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas, 4 años).

Ejemplo 1:

	<b>Acontecimiento</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Edad</b>	<b>Duración</b>
1	Encarcelamiento	X		30	3 años

La persona que respondió a esta pregunta SÍ estuvo en la cárcel a los 30 años durante 3 años.

Ejemplo 2:

	<b>Acontecimiento</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Edad</b>	<b>Duración</b>
1	Problemas legales		X		

La persona que respondió a esta pregunta NO ha tenido problemas legales.



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

Sección

5

	<b>Acontecimiento</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Edad</b>	<b>Duración</b>
TQA1	Accidente de coche, tren o avión.				
TQA2	Accidente industrial o de trabajo.				
TQA3	Perder su casa un por incendio.				
TQA4	Perder su casa o a alguien de su familia por una Inundación.				
TQA5	Perder su casa o a alguien de su familia por un tornado o huracán.				
TQA6	Perder su casa o a alguien de su familia por temblor				
TQA7	Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo				
TQA8	Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo.				
TQA9	Estar a punto de ahogarse.				
TQA10	Abuso físico.				
TQA11	Sufrir graves quemaduras.				
TQA12	Ser tomado por rehén.				
TQA13	Participar en una guerra.				
TQA14	Agresión.				
TQA15	Violación.				
TQA16	Incesto (que alguien de su familia lo haya forzado a tener relaciones sexuales).				
TQA17	Secuestro.				
TQA18	Ser diagnosticado VIH Positivo				
TQA19	Otra situación				

Sección

## 5

Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indique el que le resulta más desagradable recordar ahora. Conteste SI o NO en relación a dicho acontecimiento.

***Acontecimiento que le es más desagradable de recordar:***

		SI	NO
TQAD1	¿Estaba preparado para el suceso?		
TQAD2	¿El acontecimiento ¿le generó miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto ?		
TQAD3	¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?		
TQAD4	¿Pensó que su vida estaba en peligro?		
TQAD5	¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?		
TQAD6	¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?		
TQAD7	¿Se ha sentido "diferente" de otras personas, debido al acontecimiento?		
TQAD8	¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?		
TQAD9	En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?		



## 5

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces experimentan síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos, en cualquier momento después del suceso.

		SI	NO
TQS1	Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema.		
TQS2	Sentir si estuviera pasando otra vez la misma situación.		
TQS3	Estar nervioso o fácilmente asustado.		
TQS4	Sentir como si tuviera que permanecer en guardia.		
TQS5	Dificultad para dormir.		
TQS6	Problemas de concentración.		
TQS7	Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño.		
TQS8	Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted.		
TQS9	Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento.		
TQS10	Evitar hacer algo que le recuerde el suceso.		
TQS11	Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso.		
TQS12	Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso.		
TQS13	Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor.		
TQS14	No poder recordar una parte importante del suceso.		
TQS15	Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso.		
TQS16	Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso.		
TQS17	Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos.		
TQS18	Sentirse distanciado o alejado de la gente.		

Sección

5

		SI	NO
TQS19	- ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?		
TQS20	- ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?		

En relación con el acontecimiento que le es más desagradable recordar, usted sigue experimentando alguno de los síntomas mencionados  
 (0) No (1) Sí (pase a la siguiente pregunta)

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIN DEL INSTRUMENTO