

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**“PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA  
EN PACIENTES CON VIH”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:**

**MIRIAM LORENA RIOS MARTÍNEZ**

**DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**

**COMITÉ TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN  
DRA. ISABEL REYES LAGUNES  
MTRO. FERNANDO P. VÁZQUEZ PINEDA**

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DE 2008



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.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por haber financiado mis estudios y permitirme continuar mi desarrollo profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de continuar mis estudios, así como mi desarrollo personal y profesional.

Al Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, mi tutor académico, por apoyarme durante mis estudios y la realización de este reporte, por su orientación y por motivarme para continuar adelante.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por el apoyo brindado durante la realización del presente reporte.

Al Comité Tutorial: Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Laura Hernández Guzmán, Dra. Isabel Reyes Lagunes y Mtro. Fernando P. Vázquez Pineda.

Al Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI y a la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, A. C. por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.

En especial, a todos los pacientes que participaron en el presente estudio y a los que tuve la oportunidad de conocer durante mi formación.

**A mis sobrinos:  
Ricky, Hermes, Toñito, Paris, Marianita  
Ashtar e Ían.**

## ÍNDICE

I. Introducción .....	1
II. Antecedentes .....	5
III. Método .....	23
IV. Efectos clínicos o de ajuste psicológico .....	30
V. Discusión .....	39
Referencias .....	43
Anexos	

## **I. Introducción**

En la actualidad, se observa en el ámbito de la salud un cambio en cuanto a perfiles demográficos, la calidad de vida y el control de un número determinado de enfermedades, lo cual ha puesto un énfasis en el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud.

Según datos de la Secretaría de Salud, obtenidos en 1995, el número de casos reportados como individuos sanos en nuestro país va descendiendo en relación a otros años, siendo el número de defunciones mayor en hombres que en mujeres para todos los grupos de edad antes de los 65 años y menor a partir de esa edad.

Actualmente el 50% de la población padece de algún trastorno crónico. Estos trastornos varían desde los relativamente benignos como una pérdida parcial de la audición, hasta enfermedades graves como el cáncer, los trastornos cardiovasculares o la diabetes.

Los datos reportados por la Secretaría de Salud indican que entre las causas más frecuentes de muerte registradas, para la población adulta se encuentran la diabetes mellitus, seguida por las enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, así como enfermedad cerebrovascular; se trata de enfermedades de tipo crónico que van disminuyendo el nivel y calidad de vida de sujetos en una edad productiva (SSA, 2005).

Con respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con la ONUSIDA, hasta diciembre de 2006 existían en el mundo 39.5 millones de personas que viven con VIH/SIDA, generándose en ese año 4.3 millones de nuevas infecciones y registrándose 3.2 millones de defunciones por esta causa.

Desde el año 2000, el VIH/SIDA es una enfermedad crónica y controlable en los países del norte, mientras que en la mayoría de países del sur es una enfermedad

mortal, ligada a la pobreza y controlable sólo para algunas minorías (Uribe & Ponce de León, 2000).

Existen tratamientos (inhibidores de proteasa que aparecieron en 1996) que bloquean la replicación del VIH, reducen la carga viral y retrasan la progresión al SIDA. Donde están disponibles, los tratamientos han reducido la mortalidad por SIDA en más del 80% de los casos. En el laboratorio, el VIH infecta el tipo exacto de glóbulos blancos (linfocitos CD4) que resultan ser suprimidos en las personas con SIDA. Si no reciben tratamiento, la mayoría de las personas con infección por HIV muestran señales de SIDA dentro de los 5-10 años posteriores (Carpenter et al., 1996; Rabkin & Ferrando, 1997).

En diferentes regiones del mundo el HIV/SIDA muestra patrones modificados en su propagación y síntomas. En África, por ejemplo, las personas infectadas por VIH tienen 11 veces más probabilidades de morir dentro de los 5 años posteriores a la infección y más de 100 veces más probabilidades de desarrollar el sarcoma de Kaposi (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

ONUSIDA (1999) ha propuesto una tipología para caracterizar las epidemias de SIDA: incipiente, concentrada y generalizada. México se clasifica como un país que tiene una epidemia concentrada, lo cual significa que aunque la infección por VIH, se ha difundido rápidamente en algunos subgrupos de la población, aún no se generaliza en la población en su conjunto.

Actualmente, México tiene una prevalencia elevada en hombres que tienen sexo con hombres (15%), en trabajadores del sexo comercial (12.2%) y usuarios de drogas inyectables (6%), pero mantiene una prevalencia baja en población adulta de 15 a 49 años (0.3%) y mujeres embarazadas (0.09%). Un riesgo potencial para nuestro país es que tiene fronteras con países de epidemias mayores como Estados Unidos (0.6%), Belice (2%) y Guatemala (1%), con quienes existen

fuertes flujos migratorios y de comercio sexual, situaciones que podrían favorecer la diseminación de la epidemia (Castellanos, 2007).

En nuestro país existen 107, 625 casos acumulados de SIDA, pero se estima que son alrededor de 182, 000 personas las infectadas por VIH de 15 a 49 años, lo cual indica una prevalencia de 0.3%; y significa que, por cada mil personas adultas en nuestro país, tres de ellas podrían ser portadoras del VIH; ocupando México el lugar 77 a nivel mundial y 23 en el continente americano y el Caribe (CENSIDA, 2006).

El fenómeno del VIH/SIDA, es un padecimiento que repercute a varios niveles: social, dado que trastorna la dinámica de interacción familiar y de las personas afectivamente cercanas al individuo; económica, puesto que el individuo que la padece representa un costo elevado (dentro del sistema de salud pública) e implica un individuo menos dentro de la población económicamente activa y no podemos olvidar de las fuertes cantidades de dinero que se invierten en prevención y atención del padecimiento (Castellanos, 2007).

En relación a los aspectos psicológicos y emocionales, según Fernández (1999), se presentan en dos aspectos, el primero es al recibir el resultado ante la prueba de anticuerpos: en caso de ser negativo la persona siente alivio y regocijo, corriéndose el riesgo de que se considere inmune; de ser positivo el resultado la persona probablemente entre en un estado de postración nerviosa, se sienta abrumada y experimente una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas. Es en el segundo momento, después del diagnóstico, donde el paciente atraviesa una serie de etapas, que no necesariamente siguen un orden o no se presentan todas. Dichas etapas son las que a continuación se mencionan: negación y/o desconcierto; tristeza; rabia; regateo, pacto o negociación; depresión y aceptación (Fernández, 1999).

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su historia personal. La ansiedad es la primera respuesta emocional que se presenta ante una situación amenazante o catastrófica como lo es una enfermedad mortal, es una reacción de alarma que busca desencadenar una serie de mecanismos de afrontamiento más adaptativos. Si estos mecanismos no son suficientes para mantener o restaurar el equilibrio emocional, el individuo puede entrar en estados de crisis (Albarracín, et al., 2000).

Esta situación demanda una atención integral, más allá del seguimiento de prescripciones médicas, pues como consecuencia de este tipo de enfermedades crónicas, se manifiestan con frecuencia emociones adyacentes a la enfermedad, tales como ansiedad o depresión. Estas resultan poco adaptativas pues obstruyen en diferente grado los procesos de tratamiento y rehabilitación, siendo esto un campo de dominio del psicólogo.

El profesional en el campo de Medicina Conductual está entrenado para manejar los problemas psicológicos que surgen debido a las enfermedades orgánicas, especialmente aquellas clasificadas como crónicas degenerativas (por ejemplo cáncer, diabetes mellitus, hipertensión, infección por VIH, etc.). Las reacciones emocionales que comúnmente acompañan un padecimiento orgánico, como son ansiedad, depresión y enojo, implican un manejo psicológico (Caballero, Gómez & López, 2004).

Para apoyar el proceso de tratamiento y rehabilitación médico de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, los psicólogos que trabajan en el área de Medicina Conductual brindan su servicio en escenarios hospitalarios, el cual se caracteriza por el manejo de técnicas psicológicas, con base cognitiva y conductual, con metas a corto, mediano y largo plazo, y que es complementario al trabajo médico. Esto tiene como finalidad que el beneficio se refleje en el ámbito cotidiano del paciente, tal como su hogar, su desempeño laboral, y sus relaciones

interpersonales en general, logrando con ello el objetivo de adaptar al paciente a su situación a través de los cambios en el estilo de vida que la enfermedad implica.

Para este fin, el Programa de Residencia en Medicina Conductual ha diseñado un sistema de atención psicológica para pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), un padecimiento crónico degenerativo, para ser instrumentado en escenarios hospitalarios.

## II. Antecedentes

Una enfermedad crónica puede definirse como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (hábitos y estilos de vida, contaminación ambiental, estrés, etc.), junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades.

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes pasan por un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico. Se perciben poco eficaces para enfrentar los problemas, por lo que llegan a experimentar intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones.

Moss (2003) plantea que durante esta fase crítica se producen diversas reacciones adaptativas, que implican:

1. Hacer frente al dolor y a la incapacidad.
2. Enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos.
3. Establecer las relaciones con los profesionales sanitarios.

Además de estas conductas iniciales de adaptación a la enfermedad, se presentan distintas reacciones que son comunes a cualquier situación de crisis personal (Taylor, 1986):

1. Mantener un equilibrio emocional razonable.
2. Conservar una autoimagen satisfactoria.
3. Preservar sus relaciones familiares y de amistad.
4. Prepararse para un futuro incierto.

Las personas que padecen de una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias de afrontamiento, tales como negar o minimizar la gravedad de su trastorno, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas

relativos a la enfermedad y su tratamiento o buscar el apoyo emocional de su familia, amigos o profesionales sanitarios (Moss, 2003).

Las limitaciones que presenta el acercamiento biomédico tradicional en muchos de los problemas del cuidado de la salud, ha abierto paso a un modelo integrado que combina la medicina y la ciencia de la conducta. Así, la medicina conductual, entendida como la aplicación de la psicología al problema de la salud del hombre, se ha desarrollado en cuatro principales áreas de actuación:

- a) Intervención psicológica directa en problemas orgánicos.
- b) Intervención para aumentar la adherencia al tratamiento.
- c) Intervención dirigida a la promoción o modificación de conducta de las personas implicadas en el cuidado de la salud.
- d) Intervención dirigida a la prevención de la enfermedad (Sarafino, 1998).

Con respecto al segundo apartado, la adherencia al tratamiento, ésta comprende desde iniciar el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo.

Han sido muchas las técnicas y estrategias utilizadas en medicina conductual a fin de disminuir el incumplimiento, las principales serían: información sobre el tratamiento, técnicas aversivas, reforzamiento positivo, contratos conductuales y autocontrol, entre otras (Rodríguez & Montiel, 1986).

Los estudios sobre adherencia terapéutica han tenido mayor impulso en los últimos años, pero este problema se conoce desde hace mucho tiempo. Souza (1987) afirma que el primer estudio que se conoce sobre adherencia terapéutica apareció en 1943.

Actualmente, el incumplimiento a los tratamientos médicos se ha vuelto un problema grave para la salud, sin tomar en cuenta los gastos que genera en la economía. Algunos estudios reportan que entre un 25% y un 50% de pacientes no

llevan a cabo las indicaciones recibidas en forma satisfactoria (Bronfman et al., 1997).

En la mayoría de nuestros sistemas de salud, la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento adecuadamente recae en el paciente, sin preguntarnos si tiene la información adecuada y una clara conciencia de su padecimiento, así como si sabe las implicaciones y consecuencias, ya sea de continuar con el tratamiento o interrumpirlo (Aburto & Gamundi, 1997).

Es muy probable, sobre todo en enfermedades de tipo crónico, que en el futuro se manifieste alguna complicación que requiera de servicios de terapia intensiva, los cuales por definición son de alto costo. El paciente necesitará dejar de laborar por un tiempo prolongado, con las pérdidas correspondientes debido a su falta de producción, además de que los familiares se encuentran sujetos a sufrimiento intenso por los peligros que la condición del paciente establece (Aburto & Gamundi, 1997).

Cuando esto ocurre, los gastos generados por la atención, se consideran inútiles, y al recuperarse los pacientes, no necesariamente regresan a su condición de salud original, ya que puede haber secuelas y complicaciones, o bien, el proceso puede repetirse. Por ello, es muy importante conocer la magnitud de la falta de adherencia terapéutica a tratamientos médicos y programas preventivos (Paz, 1999).

En general, se parte de la base de que con sólo informarle al paciente que está enfermo –situación que por cierto él ya sabe– y que requiere tomar medicamentos en una u otra forma, éste llevará adecuadamente estas indicaciones. Sin embargo, se sabe que algunos pacientes no cumplen con el tratamiento o lo siguen de manera inadecuada.

Esto sin dejar de reconocer la importancia que tienen, tanto el buen trato a los pacientes por el profesional de la salud, como la existencia de servicios que permitan atenderlos con prontitud y eficacia. Además de los mecanismos que permitan al usuario solventar los servicios médicos, ya que en ocasiones esto impide que el paciente lleve a cabo su tratamiento. Se deben tomar en cuenta éstos y otros elementos más que son determinantes para que un paciente lleve a cabo una buena adherencia al tratamiento (Leyva-Flores et al., 1998).

Asimismo, los programas de servicio y atención en salud, se deben diseñar de acuerdo a las características de la población a la que se piensan dirigir y tomar en cuenta las habilidades de pacientes para cumplir satisfactoriamente con el tratamiento establecido (Aburto & Gamundi, 1997).

En la medicina institucional se reconoce que el incumplimiento a los tratamientos es un grave problema, ya que es mediante el cumplimiento como se evalúa la efectividad y eficacia de los programas terapéuticos (Aburto & Gamundi, 1997).

Un primer problema al que nos enfrentamos al hablar de adherencia terapéutica es tratar de identificar lo que significa. Schneiderman (1999) la define como el grado en que el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, la realización de cambios apropiados en el estilo de vida (dieta, ejercicio) y la evitación de conductas contraindicadas (no consumir alcohol, fumar), coincide con la indicación médica.

Epstein y Cluss (1982) definen la adherencia terapéutica como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido. Domínguez (1984) se refiere a ésta como la implementación completa de las instrucciones terapéuticas. Souza (1987) nos dice que la adherencia terapéutica es el cumplimiento del paciente a las órdenes del

médico. Ruiz y Cuevas (1984) nos dicen que es el grado en el que el paciente cumple con la totalidad del esquema prescrito.

También se considera como adherencia: una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Latorre & Beneit, 1994).

Actualmente se reconoce que es muy importante la participación activa del paciente, y que esto constituye un proceso complejo, ya que las recomendaciones que mejoran la salud, aumentan constantemente. Cuando un paciente reconoce la presencia de una enfermedad, tiene el privilegio de decidir si lleva a cabo o no las prescripciones de su médico, quien a su vez debe llevar a cabo actividades de educación en éste, sobre los problemas que aparecen en el padecimiento o el tratamiento y supervisar el cumplimiento de estas indicaciones (Latorre & Beneit, 1994).

Por esto se deben incrementar las acciones disponibles para que el paciente ejerza un mayor control sobre su salud y sobre el medio ambiente, para que opte por todo lo que le brinde una buena salud, mediante la combinación de experiencias de aprendizaje planificado, destinado a facilitar los cambios voluntarios en comportamientos saludables.

En lo referente a la falta de la adherencia a terapias con medicamentos, encontramos que existen los siguientes problemas (Souza, 1987):

- *Errores de omisión:* El paciente no se toma el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón. Éstas pueden deberse al olvido, falta de disciplina, negación de su condición de enfermo, miedo a efectos colaterales, etc.

- *Errores de dosis:* El paciente no se toma las dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiera una dosis mayor o menor.
- *Errores en el tiempo:* El paciente no toma los medicamentos a las horas indicadas. En ocasiones corre el riesgo de una sobredosis al tomar en una sola ocasión varias dosis acumuladas.
- *Errores de propósito:* El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida del médico resulte inadecuada.
- *Automedicación:* El paciente se administra medicamentos no prescritos. Esta situación es de gran importancia, ya que algunos autores reportan que hasta un 50% de los medicamentos que se ingieren sin prescripción médica, son potencialmente peligrosos.

Labrador y Castro (1987) sugieren que entre los factores que influyen en la adherencia de los pacientes se encuentran:

1. El conocimiento del padecimiento (información clara, concisa, precisa y confiable)
2. Contar con apoyo familiar
3. Estabilidad económica
4. Atención médica rápida y eficiente
5. Supervisión personal por su médico
6. Interés por parte del personal médico
7. Responsabilidad del paciente para cumplir en otras áreas.

Haynes y cols. (1992) consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento, se encuentran:

- La condición y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.

- El grado de estabilidad familiar. Se ha visto que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia incrementan el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Quienes cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
- Supervisión cercana del médico. Quienes asisten a consulta con periodicidad, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento.

Los mismos autores hablan de factores que disminuyen la adherencia a los tratamientos, entre estos tenemos:

- Complejidad del tratamiento. Aquellos pacientes que tienen que tomar un gran número de medicamentos o dosis frecuentes, muestran más probabilidades de no cumplir con el tratamiento.
- Grado de cambio de conducta requerido. Aquellos pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.
- Tiempo de espera para la consulta. Se ha encontrado que quienes tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus medicamentos.

En la práctica médica existen dos problemas que dificultan la evaluación del incumplimiento terapéutico. El primero está relacionado con la especificidad del tratamiento, y el segundo se refiere al grado en que se implementan las indicaciones. La falta de adherencia terapéutica comprende conductas como:

- ★ Fallas para iniciar un tratamiento.
- ★ Fallas por suspensión prematura de la terapia.
- ★ Implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta (Paz, 1999).

Esta falta de apego a los programas terapéuticos produce grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social. En lo personal, se pueden presentar complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, además de limitaciones o incapacidad irreversibles y progresivas. En lo familiar, varios estudios demuestran importantes diferencias familiares con repercusiones para la pareja y los hijos, sobre todo en pacientes crónicos con mal manejo del problema. Por lo que respecta a lo social, esto representa un gran costo para las instituciones de salud, ya que se dan servicios que se utilizan en forma inadecuada, prolongando tratamientos y presentando recaídas y readmisiones, las cuales podrían ser evitadas mediante la adherencia a los tratamientos y la aplicación de programas educativos en hábitos que fomenten la salud (Paz, 1999).

Como es sabido, el éxito de un tratamiento no solo depende de la efectividad demostrada por el esquema terapéutico elegido, sino del grado en el que el paciente cumple con el esquema prescrito (Ruiz & Cuevas, 1984).

Rosenstock (1985) habla de variables importantes en cuanto a la utilización de los servicios de salud éstas son:

- El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (percepción sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su susceptibilidad).
- Los beneficios y barreras percibidas (decidirse a utilizar los servicios).
- Los detonantes de la acción (internos y externos).

Bronfman y cols. (1997) por su parte proponen:

- La necesidad de atención médica
- Los factores predisponentes, conformados por variables sociodemográficas asociadas a actitudes y creencias en torno a la salud y enfermedad, tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación, etc.
- Factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar o comunitario.

La utilización de servicios de salud es, esencialmente, un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental (Bronfman et al, 1997).

Cuando se llega a un diagnóstico, aunque sea predictivo, el individuo recibe recomendaciones orientadas a mejorar la situación objeto del servicio y establecer las condiciones para asegurar la adherencia del usuario a las prescripciones terapéuticas. Así la adherencia se da en forma total o relativa, o bien puede no existir.

El hecho de que los pacientes no cumplan con las indicaciones del médico es problemático para los encargados de los servicios de salud. Esto se refiere a la terminación prematura (abandono) por parte del paciente de la terapia, al igual que la ejecución incompleta o parcial de las instrucciones terapéuticas. El éxito depende de la cooperación y cumplimiento del paciente con los aspectos del programa. El que el paciente se adhiera a un programa de tratamiento, depende en gran parte de que el alivio de los síntomas acompañe las conductas complejas asociadas con el cumplimiento (Domínguez, 1984).

La literatura acerca de la manera como los pacientes cumplen las indicaciones de los médicos, demuestran que, muchos pacientes, aún cuando las indicaciones de los doctores hayan sido claras, se desvían de los tratamientos prescritos o dejan de cumplir muchas de sus recomendaciones (Domínguez, 1984).

El retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar una gratificación más inmediata, tal como evitar los efectos colaterales y desagradables de la medicación o cambiar las dietas prescritas por el médico, a pesar de los riesgos que a largo plazo tiene la alteración del balance metabólico. La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud. Al no haber acuerdo entre paciente y médico acerca de

la naturaleza y causa de una enfermedad, se afectarán las relaciones entre ambos y se restará efectividad a la relación terapéutica (Domínguez, 1984).

La experiencia de una persona cuando se enferma es única, hay ciertos elementos comunes a muchos enfermos que sufren un trastorno severo: estrechamiento del campo de interés en los demás, fijación de la atención en las percepciones corporales, temor ante el significado y las consecuencias de sus síntomas y un anhelo de ser apoyado y protegido (Fuente, 1996).

Por lo tanto, se observa que en los factores que se relacionan con la adherencia, no sólo se destacan características del paciente, sino de su medio ambiente y del servicio médico, lo que sugiere que este fenómeno es multicausal. Algunos programas de intervención han propuesto estrategias multicomponentes, herramientas cognitivas, sociales, de comunicación, de información y de manejo emocional, con el objetivo de abarcar un mayor número de factores que influyen en el no cumplimiento, incluso se sugiere investigar estos factores desde la perspectiva de la percepción de la población (Balfour, et al., 2006).

### **La adherencia como enfoque preventivo**

La salud es una de las motivaciones más importantes del ser humano, ya que se destacan los esfuerzos por mantener y restaurar la salud de sus habitantes. La salud se ha convertido en una condición sin la cual no puede haber otra actividad humana (Fuente, 1996).

Los programas preventivos de promoción de la salud han mostrado una eficacia y una buena relación de costo-beneficio cuando se instrumentan con base en los principios que regulan el comportamiento y en las derivaciones tecnológicas aplicadas (Fuente, 1996).

Labrador y Castro (1987) declaran que la solución a los problemas de salud es la prevención primaria, por lo cual se deben eliminar riesgos como la mala

alimentación, el tabaquismo, las drogas, el alcohol, los accidentes, la contaminación y las viviendas insalubres. Sin embargo, para poder realizar las conductas que favorecen la salud, es necesario que el ser humano tome conciencia sobre su salud, reconociendo aquellos problemas que puede solucionar por sí mismo, tratando de no exponerse a riesgos que pongan en peligro su vida.

La labor preventiva según la Organización Mundial de la Salud, tiene dos objetivos principales:

1. Estimular a las personas a que cambien sus hábitos cotidianos y adopten un estilo de vida más saludable, acatando los mensajes educativos que reciben y aprovechando los medios especiales que son puestos a su alcance.
2. Crear un espíritu comunitario y una actividad de apoyo a personas que se esfuerzan por vivir una vida más saludable y tomar conciencia de la importancia de la salud como parte de sus actividades cotidianas (Paz, 1999).

La acción educativa, así entendida es un elemento que posibilita a las personas a iniciar un proceso que les ayude a ser capaces de tomar decisiones razonadas, libres y consecuentes, participando en el logro de una mejor calidad de vida en el ámbito personal y comunitario, favoreciendo el desarrollo personal y social en tanto que trata de perfeccionar las aptitudes indispensables para la vida (Fuente, 1996).

Una observación frecuente en los pacientes con padecimientos crónicos es la poca adhesión terapéutica y el desencanto con el sistema médico (Rodríguez, 1995). Para que los programas de prevención sean eficaces, según la Organización Mundial de la Salud, se debe poner énfasis en la educación y promoción de la salud que realmente ayude a las personas a controlar su salud y a mejorarla (Paz, 1999).

La promoción de la salud debe fijar su atención sobre tres áreas:

1. El impulso de estilos de vida saludable.
2. Fortalecimiento de los servicios de salud. Que sean más accesibles eficientes y de mejor calidad.
3. Creación de ambientes saludables (Macia & Méndez, 1986).

La falta de adherencia en el paciente, puede impedir su recuperación de una enfermedad o lesión y puede alterar seriamente su salud, dependiendo del padecimiento por el cual se encuentre bajo tratamiento. Esta falta a la adherencia se puede manifestar como fallas para:

- Iniciar o continuar en un programa terapéutico.
- Acudir a las citas de seguimiento o supervisión.
- Tomar los medicamentos prescritos.
- Modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como el ejercicio, el consumo de tabaco o la dieta (Domínguez, 1984).

### **Adherencia terapéutica en pacientes con VIH**

Al recibir la notificación de infección por VIH, la mayoría de las personas experimentan una sensación de desesperación e inestabilidad emocional. Son muchos los aspectos del VIH que originan estrés en las personas afectadas, éstos se han identificado como períodos críticos a nivel psicológico, tales como: la detección de la infección, el inicio de un tratamiento antiviral, la aparición de síntomas clínicos, el diagnóstico de SIDA, entre otros.

La familia, amigos y pareja pasan por procesos similares a los del enfermo, por lo que requieren apoyo para enfrentar la situación, ya que el desgaste físico y emocional que les produce, genera estados de estrés que repercuten en su actitud hacia el enfermo y en su propia salud.

Las intervenciones que se han realizado con pacientes con VIH, básicamente han estado enfocadas a reducir los niveles de estrés y depresión (Levine & Bystritsky, 1991; Goicoechea, et al., 2006; Hansen, Kershaw, Kochman & Sikkema, 2007). El estudio de Levine y Bystritsky (1991) consistió en terapia de grupo para pacientes seropositivos con depresión, esta terapia tenía un enfoque cognitivo-conductual. Los resultados de este estudio se reportaron exitosos.

Kelly et al. (1993) asignaron aleatoriamente a 115 hombres seropositivos a una de tres condiciones: tratamiento cognitivo conductual, grupos de apoyo y grupo control. Después de 8 semanas de tratamiento solo 68 de 115 pacientes completaron la evaluación. Los resultados indican que los dos tipos de terapia reducen la depresión, hostilidad y somatización. Sin embargo, el seguimiento a los 3 meses no demostró cambios duraderos.

Ironson et al. (1994) asignaron de manera aleatoria a hombres seropositivos a una de tres condiciones: tratamiento cognitivo conductual, grupos con ejercicio aeróbico y grupo control. Se tomaron muestras de sangre antes, durante y después de la intervención. El grupo control reportó un incremento en los niveles de depresión y un decremento en las células CD4. El grupo de TCC reportó un incremento en el número de estas células.

Lutgendorf et al. (1997, 1998) llevaron a cabo entrenamiento cognitivo-conductual para combatir el estrés en pacientes con VIH. En ambos estudios se reportó un decremento en ansiedad y estrés.

Malow et al. (1998) en un estudio piloto con pacientes con VIH, usuarios de drogas intravenosas, encontraron que la adherencia a la terapia antirretroviral combinada era del 48%. Después de la intervención, las visitas al médico (que implicaban adherencia y no recaídas) incrementaron en un 66% a 76%. Posteriormente, hubo una reducción de la carga viral en un 50% de los pacientes.

Schneiderman (1999) reporta que la terapia cognitivo conductual decrementa los niveles de estrés, contrarresta las secuelas psicológicas e inmunológicas del VIH y promueve la detección oportuna del virus de herpes.

Con respecto a la adherencia terapéutica, se menciona que una buena adherencia a la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TAAA), combinada con buenos hábitos de salud, puede retrasar la aparición de síntomas o SIDA. En contraste, una pobre adherencia y hábitos no saludables (por ejemplo, prácticas sexuales sin protección) pueden provocar la resistencia a los medicamentos y la reinfección. Por tal motivo, se concluye que las intervenciones en prevención secundaria con pacientes con VIH son necesarias (Schneiderman, 1999; Goicoechea, et al., 2006).

Los efectos de la terapia antirretroviral implican no sólo náusea, vómito, diarrea, y algunas otras incomodidades, sino también algunos cambios en los hábitos cotidianos. Por lo tanto, la adherencia a estos tratamientos se dificulta, por eso es importante proveer información, habilidades y apoyo social a los pacientes para facilitar la adherencia a los protocolos médicos (Schneiderman, 1999).

McPherson-Baker, et al. (2000) realizaron un estudio para probar la eficacia del consejo médico y la intervención conductual para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral y al tratamiento profiláctico en pacientes con VIH. Durante el seguimiento, el grupo control tuvo un alto número de visitas al médico y de hospitalizaciones. Los pacientes que recibieron el tratamiento mostraron un decremento en el número de infecciones oportunistas. Los resultados sugieren que la exposición al consejo médico y a las intervenciones conductuales incrementa la adherencia y está asociada a una reducción de consecuencias clínicas negativas.

Una de las tareas más importantes de los profesionales en el área de la salud es la de orientar de forma realista a los pacientes con padecimientos crónicos

degenerativo, tales como el VIH/SIDA, acerca de sus limitaciones futuras, prepararlos para los posibles acontecimientos que puedan surgir en el curso de su enfermedad y proporcionarles metas razonables, así como estrategias de afrontamiento (Hansen, Kershaw, Kochman & Sikkema, 2007).

Un tratamiento eficaz, en el caso de este tipo de padecimientos, requiere la consideración de todos los factores implicados en la enfermedad que pueden afectar al funcionamiento del paciente en cualquiera de sus dimensiones: física, psicológica y social. En consecuencia, resulta necesaria la conjunción de los esfuerzos y habilidades de diversos profesionales, incluyendo médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, nutriólogos, etc. (Bakken, et al., 2000).

Por lo tanto, se trata de un conjunto de intervenciones físicas, conductuales, cognitivas y sociales que deben tener en cuenta las características de cada paciente en particular y la posibilidad de efectuar reajustes en su ejecución en función de los cambios durante el curso de la enfermedad y los objetivos de tratamiento.

Un elemento decisivo para ello es la experiencia del propio sujeto, la participación del individuo en el control de su propia vida, de su estado de salud y de los procesos de enfermedad. De manera que el bienestar está relacionado con la capacidad del sujeto para prevenir y controlar las conductas y los hábitos que generan salud o enfermedad, de forma que no sea un sujeto pasivo ante la evolución de su estado de salud, sino que pueda participar activamente en ella, que en parte sea el resultado del estilo de vida y de la propia acción del sujeto.

### **Autocontrol**

El concepto de autocontrol se concibe de diferentes maneras: por principio de cuentas se dice que está relacionado con los procesos de socialización, puesto que a lo largo de su desarrollo, el individuo necesitará adaptarse a diversas

normas establecidas para ser aceptado por la sociedad. Otra noción sugiere que posee un valor para la supervivencia, es decir, es probable que el individuo a lo largo de su vida, tenga que elegir opciones que le permitan una mejor salud; por ejemplo, el hacer ejercicio, el no fumar, no comer excesivamente, etc. También se dice que posee una motivación propia y exclusivamente suya; esto es, constituye algo intrínsecamente remunerador. Finalmente, se justifica porque es económico y flexible, esto quiere decir que la propia persona puede ser el mejor agente posible para modificar su propia conducta, porque tiene mayor acceso a sí mismo que cualquier otra persona, además si el sujeto es agente de su propio cambio, los especialistas necesitarán dedicar menor tiempo a ese cambio de conducta (Thoresen & Mahoney, 1981).

El autocontrol ha sido definido por diferentes autores, observándose diferencias entre los mismos; unos basan la importancia de esta capacidad en la probabilidad de ocurrencia de las respuestas, otros más en la toma de decisión, otros en el medio externo e interno, etc.

Skinner (1974) menciona que cuando un hombre se controla a sí mismo, escoge un camino de acción y da la solución al problema. Asimismo, argumenta que la conducta de autocontrol se presenta cuando el organismo puede hacer que la conducta no deseable sea menos probable, alterando las variables de las que dicha respuesta es función. Cualquier conducta que logre esto, quedará automáticamente reforzada, a esta conducta la llamamos autocontrol, y señala que las consecuencias positivas y negativas generan respuestas que están relacionadas entre sí de un modo especial. Una de ellas, la respuesta que controla, afecta a las variables de tal forma que cambia la probabilidad de la otra, la respuesta controlada. La respuesta que controla puede manipular cualquiera de las variables de las cuales la respuesta controlada es función; existen por lo tanto, muchas formas de autocontrol eficaz.

Por su parte, Kanfer y Phillips (1980) lo manejan en términos de automanejo y autorregulación, para subrayar aspectos del mismo individuo y del ambiente, como determinantes de la conducta del sujeto; definiendo al autocontrol como un proceso que siempre incluye el cambio en la probabilidad de ejecutar una respuesta que tiene tanto consecuencias aversivas como recompensantes y, el que una persona seleccione una respuesta de control, aún cuando la respuesta deseable esté disponible y sea recompensada inmediatamente.

Thoresen y Mahoney (1981) definen este concepto como un continuo dinámico en el que la persona modifica el medio externo e interno, para promover un cambio significativo. De acuerdo con estos autores, una persona estará mostrando autocontrol cuando, en ausencia relativa de coacciones inmediatas, ponga en práctica una conducta cuyas probabilidades previas eran menores que las de otras conductas posibles y que implique una recompensa, gratificación menor o más tardía, mayores esfuerzos, etc.

Kazdin (1985) define al autocontrol como la aplicación de los principios conductuales para modificar la propia conducta. Con esta definición, cada vez que una persona emite propositivamente una conducta para cambiar el ambiente con el fin de modificar otras conductas en su repertorio, puede hablarse de autocontrol. Es considerado propositivo en el sentido de que un individuo menciona que sus respuestas están designadas para obtener un resultado específico. Las respuestas de autocontrol están en función de la historia de reforzamiento de la persona (por ejemplo, son causadas por eventos fuera de la persona) y como cualquier otra conducta, son objeto de análisis experimental.

Como puede observarse, las definiciones mencionadas tienen diferencias entre sí, puesto que dan importancia a diferentes aspectos, pero también presentan semejanzas, ya que concuerdan en algunos puntos, por ejemplo, la mayoría menciona que en el autocontrol está presente la manipulación de procesos internos y externos; algunas concuerdan en que esta capacidad en sí misma

posee un poderoso motivacional cuando se logra, porque el individuo siente y es el agente de su propio cambio, lo cual lo lleva a una seguridad en sí mismo para lograr otros cambios en su propia conducta, sin necesidad de la presencia de coacciones; es decir, logra una independencia y, por último, un tercer factor de convergencia es que el individuo para llegar al autocontrol, tiene la posibilidad de dar una de dos respuestas alternativas cuyas consecuencias compiten entre sí, para lograr una elección.

Con base en lo anterior, se concluye que el autocontrol es la disposición para iniciar y sostener una actividad particular, con el objeto de alcanzar una meta futura, por lo general socialmente valorada. La persona que tiene autocontrol demuestra que sus necesidades innatas están socializadas, que los valores de su cultura son para ella más significativos que sus deseos o impulsos.

Schunk (1989) supone que el autocontrol no es una habilidad que se desarrolla automáticamente con la madurez, ni es adquirida pasivamente durante las interacciones ambientales; es importante considerar la enseñanza-aprendizaje de dicha habilidad desde los primeros años de vida del individuo.

Con respecto al autocontrol como técnica, como sugiere el término, el autocontrol es un conjunto de procedimientos diseñados para permitir que las personas controlen su propia conducta. Algunos autores advierten, que las técnicas de autocontrol tienen, únicamente efectos modestos, a corto plazo, cuando se utilizan solas. Los mejores resultados se obtienen cuando constituyen componentes de paquetes de tratamiento que también contienen procedimientos de cambios de conducta y contingencias de reforzamiento.

Para poder realizar la técnica se sugieren autorregistros, autoevaluación (establecimiento de metas, autoeficacia, atribuciones) y autorrefuerzos. Llevándolos a cabo en un período de 12 sesiones, organizadas de la siguiente manera:

- a) Sesiones 1 y 2: autorregistro.
- b) Sesión 3: efectos sobre la conducta.
- c) Sesiones 4 y 5: las atribuciones.
- d) Sesiones 6 y 7: establecimiento de objetivos.
- e) Sesiones 8 y 9: autorreforzamiento.
- f) Sesiones 10, 11 y 12: continuación y mantenimiento.

### **III. Método**

#### **Planteamiento del problema**

Como en toda enfermedad crónica degenerativa, el VIH produce cambios en el estilo de vida de los pacientes, entre ellos el tener que acudir de forma constante y permanente a sus citas médicas, el llevar un monitoreo rutinario del estado inmunológico en el que se encuentran y el apearse a un riguroso esquema farmacológico que en muchas ocasiones no se lleva a cabo, o peor aún, se lleva en forma inadecuada. Así, intervienen factores sociales, psicológicos, económicos y personales, y dada la amplitud de cada uno de ellos, en la presente investigación se pretende crear una estrategia para que sean más exitosas las prescripciones hechas por los médicos y, de esta forma, se pueda reducir en alguna medida el gasto público por parte de los servicios de salud.

#### **Justificación**

El papel que desempeñan los factores psicológicos, sociales y culturales en la salud y enfermedad, constituyen un importante objeto de estudio en las ciencias sociales y de la conducta.

Debido a que existen tratamientos cada vez más efectivos, las preocupaciones por estado físico de una persona han cambiado por una postura donde también se toma en cuenta el estado psicológico. Para saber como dicho estado afecta el trabajo en los sistemas de salud es necesario tomar en cuenta los factores que influyen en la atención e implementar programas que busquen sacar el mayor provecho de los recursos con que se cuente.

El incumplimiento de las prescripciones médicas, además de suponer que el enfermo no alcanzará la mejoría, representan un alto costo económico, no sólo por la cantidad de medicinas que se utilizan y no se consumen, sino porque en muchos casos el enfermo tiene que ser hospitalizado al agravarse su dolencia, como consecuencia de no haber cumplido las indicaciones prescritas en un primer momento.

La incapacidad de los pacientes para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema que se ha generalizado a todas las especialidades médicas en donde se atienden pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la infección por el VIH, y esto se debe a que sus tratamientos son largos, complicados y costosos.

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

Debido a esta situación, esta investigación se propone incrementar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas no sólo en la toma de la medicación prescrita, sino también en las prescripciones sobre dieta, práctica de ejercicio físico y conductas de sexo protegido, es decir, cambios en el estilo de vida a través del uso del autocontrol.

### **Pregunta de investigación**

¿El programa de autocontrol logra incrementar la adherencia terapéutica en pacientes con VIH?

### **Objetivos**

Objetivo general:

Incrementar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas no sólo en la toma de la medicación prescrita, sino también en las prescripciones sobre dieta, práctica de ejercicio físico, estados emocionales y conductas de riesgo (fumar, beber alcohol, sexo sin protección), es decir cambios del estilo de vida.

Objetivos específicos:

1. Analizar información relevante sobre VIH/SIDA y sobre los diferentes tratamientos que existen y compararla con la información que tienen al respecto los pacientes que participen en el programa de autocontrol.
2. Modificar la toma de medicamentos de manera que se realice bajo las instrucciones del médico.
3. Modificar la dieta o régimen alimenticio para que éste se cumpla un mayor número de veces.
4. Modificar la práctica de ejercicio físico de modo que se observen con mayor frecuencia en los pacientes que participen en el programa de autocontrol.
5. Modificar los estados emocionales, de manera que las emociones desagradables se presenten con menor frecuencia.
6. Modificar la práctica de conductas de riesgo (fumar, tomar alcohol y sexo sin protección) de modo que se observen con menor frecuencia.

### **Hipótesis**

1. La toma de medicamentos, en la dosis prescrita, se ajustará mejor a las instrucciones del médico con la implementación del programa de autocontrol.
2. La dieta o régimen alimenticio se cumplirá un mayor número de veces en los pacientes que participen en el programa de autocontrol.
3. La práctica de ejercicio físico se observará con más frecuencia en los pacientes que participen en el programa de autocontrol.
4. Los estados emocionales desagradables se presentarán con menor frecuencia en los pacientes que participen en el programa de autocontrol.
5. La práctica de conductas de riesgo (fumar, tomar alcohol y sexo sin protección) se observarán con menor frecuencia en los pacientes que participen en el programa de autocontrol.

### **Definición Conceptual de las Variables**

**V.I.:** Programa de Autocontrol

El programa de autocontrol consiste en el manejo por sí mismo de la toma de medicamentos, alimentación, ejercicio físico, estados emocionales y estrés, así como la prevención de complicaciones.

**V.D.: Adherencia Terapéutica**

Definida como el grado en que el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, la realización de cambios apropiados en el estilo de vida (dieta, ejercicio) y la evitación de conductas contraindicadas (no consumir alcohol, fumar), coincide con la indicación médica (Schneiderman, 1999).

Variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación.

**Definición Conceptual**

*Adherencia Terapéutica*

Será medida mediante las respuestas de los sujetos al Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos (Paz, 1999) y los autorregistros. Como medidas indirectas se utilizarán el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998) y la Escala de Locus de Control de la Rosa (La Rosa, 1988).

**Tipo de investigación**

Se trata de una investigación exploratoria.

**Tipo de diseño**

Diseño preprueba-postprueba con un solo grupo, el cual se puede diagramar así:

**G    01    X    02**

A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento; después se le administra el tratamiento y, finalmente, se le aplica una prueba posterior al tratamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

**Sujetos**

Los sujetos fueron 11 pacientes portadores de VIH del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI y de la

Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, de sexo femenino y masculino, con edades de 22 a 46 años, que no presentaron algún padecimiento psiquiátrico. El muestreo fue no probabilístico por cuotas.

SUJETO	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTADO CIVIL	TIEMPO DE DX	TIEMPO EN TX	NO. DE FAM. VIVE	RECIBE APOYO FAM.
1	M	36	Primaria	Hogar	Casada	6 meses	4 meses	3	Sí
2	H	37	Secundaria	Obrero	Casado	13 meses	4 meses	3	No
3	H	42	Licenciatura	Jubilado	Soltero	5 años	5 años	1	Sí
4	H	46	Carrera Técnica	Jubilado	Soltero	4 años	2 años	1	No
5	H	23	Licenciatura	Empleado	Soltero	2 años	1 año	0	No
6	H	38	Licenciatura	Jubilado	Soltero	6 años	2 años	0	No
7	M	26	3° Bachillerato	Empleada	Soltero	4 años	2 meses	1	No
8	H	30	Licenciatura	Empleado	Soltero	5 meses	2 meses	1	No
9	M	22	4° Licenciatura	Empleada	Soltero	8 meses	3 meses	0	Sí
10	H	24	Bachillerato	Empleado	Soltero	6 meses	2 meses	0	No
11	H	23	Bachillerato	Empleado	Soltero	2 años	1 mes	0	Sí

### Escenario

El estudio se llevó a cabo en la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, A. C.

### Instrumentos

1. *Carta de consentimiento informado (ver Anexo 1).*
2. *Cuestionario sociodemográfico (ver Anexo 2).*
3. *Autorregistros (ver Anexo 3).*
4. *Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos (Paz, 1999).*

Es un cuestionario de opinión, construido para una población de pacientes y familiares de consulta externa del Instituto nacional de Neurología y Neurocirugía,

con 37 años de edad en promedio. Se encuentra conformado por 64 reactivos que evalúan cinco factores que son:

- a. Adherencia terapéutica. Una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un caso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.
  - b. Resistencia al cambio. Es una conducta que está relacionada con la salud que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y se pone en marcha en forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto. Ésta se desarrolla inicialmente, en tanto se refuerza con consecuencias positivas y, con el tiempo, se independiza de los reforzamientos y la mantienen factores con los que habitualmente se asocia.
  - c. Educación para la salud. Es un complejo proceso que implica motivación, cambios de actitudes y cambios de conducta. Las experiencias influyen en el aprendizaje, así como las creencias y costumbres.
  - d. Relación médico-paciente. Es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro, es una alianza terapéutica, es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza.
  - e. Representaciones mentales de enfermedad (creencias, hábitos, mitos, valores, cultura e información errónea). Son modelos de enfermedad elaborados por el sentido común, basados en concepciones culturales e información errónea o equivocada.
5. *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).*
  6. *Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).*
  7. *Escala de Locus de Control de la Rosa (La Rosa, 1988).*

### **Procedimiento**

Se seleccionó a 11 pacientes, a los cuales se les entregó una carta de consentimiento informado, así como los demás instrumentos que conformaron el pre-test. Esto se llevó a cabo en la primera de 12 sesiones (Ver anexo 4) que comprenden el Programa de Autocontrol, en la última sesión se realizó un post-test. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de dos horas semanalmente.

El programa de intervención cognitivo-conductual estuvo constituido de la aplicación de diversas técnicas, dentro de las cuales se encuentra: reestructuración cognoscitiva para la modificación de creencias disfuncionales (Meichenbaum, 1979), autorregulación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva), solución de problemas, modelamiento, asignación y seguimiento de tareas y reforzamiento.

Con la técnica de Reestructuración cognoscitiva de Meichenbaum para la modificación de creencias disfuncionales se obtenía pensamientos automáticos en diferentes situaciones, se modificaban mediante su evaluación por auto-cuestionamientos, exploración de alternativas, descatastrofización y comprobación de hipótesis. Finalmente, se exploraba la influencia de supuestos disfuncionales (esquemas, reglas, paradigmas personales) que gobiernan la interpretación que el paciente da a sus experiencias.

Se entrenó a los pacientes en la autorregulación con respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación guiada para que pudieran manejar de manera adecuada los efectos fisiológicos del estrés.

En la técnica de solución de problemas se definían aquellos problemas que los pacientes presentaban al no lograr respuestas de afrontamiento efectivas y que eran estresantes y relevantes para su bienestar, con la finalidad de mejorar sus habilidades de solución de problemas, disminuir su sufrimiento emocional, aumentar la autoeficacia y mejorar su calidad de vida. Para esto, se llevaban a cabo cinco pasos: orientación al problema, definición y formulación del problema,

generación de alternativas, toma de decisiones, instrumentación y verificación del problema.

Una vez concluido el programa, se había planeado realizar un seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

#### **IV. Efectos Clínicos o de Ajuste Psicológico (Resultados)**

El análisis de los resultados se presenta en tres apartados: en el primero se realizaron frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de la muestra. En el segundo, los resultados de los registros conductuales, los cuales consisten en una comparación de las medidas de las variables dependientes en la pre-evaluación y la post-evaluación.

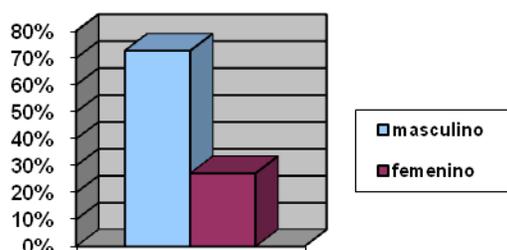
En el tercero los resultados del Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos (Paz, 1999), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).

##### **1. Descripción de la muestra (Variables sociodemográficas)**

Se realizó un análisis de frecuencias con cada una de las muestras para obtener porcentajes y medias de los datos obtenidos a través de la aplicación del Cuestionario sociodemográfico.

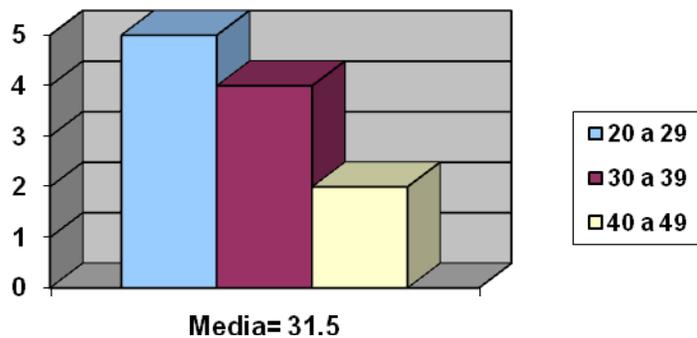
El grupo que participó en el Programa de Autocontrol estuvo conformado por un 73% de varones y un 27% de mujeres. Ver figura 1.

**Figura 1. Distribución de porcentajes por sexo**



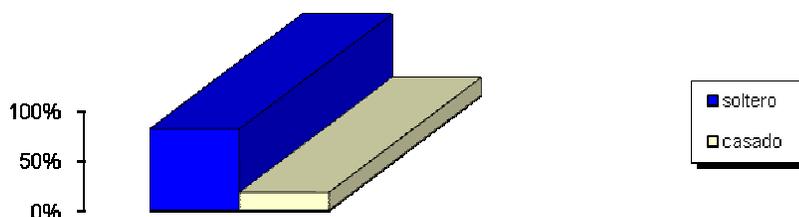
En cuanto a la edad, se observa en la Figura 2 que el grupo tuvo un intervalo de 22 a 46 años , con una media de 31 años con 5 meses y una desviación estándar de 8.1.

**Figura 2. Distribución por edad**



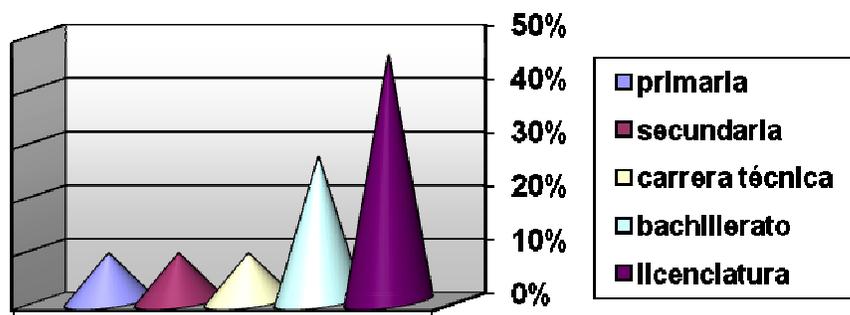
Con respecto al estado civil, el 82% de los pacientes son solteros y el 18% son casados. Ver figura 3.

**Figura 3. Distribución de porcentajes por estado civil**



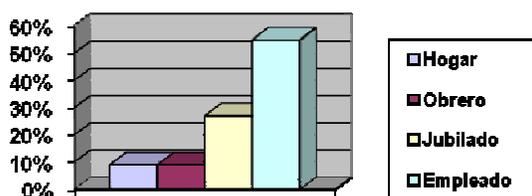
La figura 4 presenta la distribución de porcentajes por escolaridad. se observa que el 46% de los sujetos que participaron en el Programa de Autocontrol tenían licenciatura, mientras que un 27% tenían o estaban cursando el bachillerato y un 9% tenían, primaria, secundaria o carrera técnica.

**Figura 4. Distribución de porcentajes por escolaridad**



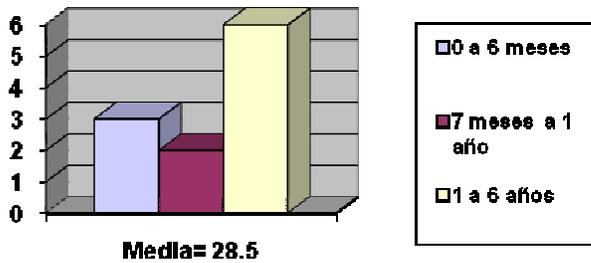
En relación a la ocupación, un 55% de los sujetos son empleados, un 27% son jubilados, un 9% son obreros o se dedican a las labores del hogar, como se observa en la figura 5.

**Figura 5. Distribución de porcentajes por ocupación**



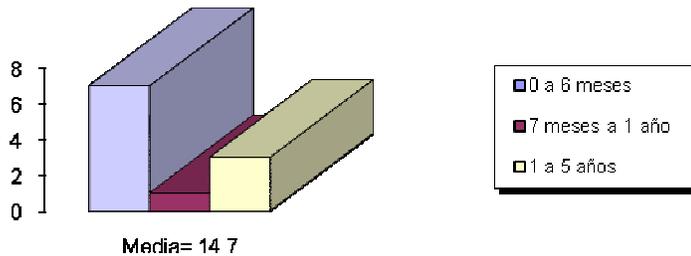
Con respecto al tiempo de conocer el diagnóstico de la enfermedad, se observa que la mayoría lo recibieron entre 1 a 6 años atrás. La mayor media es de 28.5 meses. Ver Figura 6.

**Figura 6. Distribución por tiempo de diagnóstico**



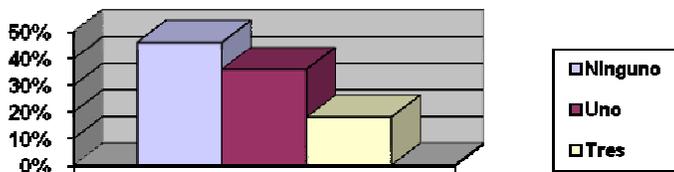
En la figura 7, se observa que la mayoría de los sujetos iniciaron su tratamiento para la infección por VIH entre 1 a 6 meses previos a la aplicación del Programa de Autocontrol. La media es de 14.7 meses.

**Figura 7. Distribución por tiempo de tratamiento**



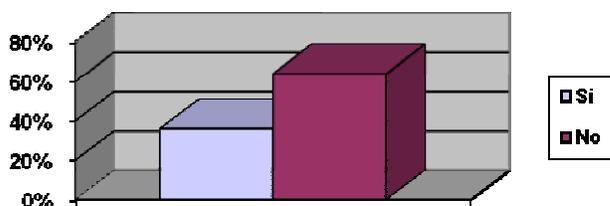
La figura 8 presenta el porcentaje del número de personas con las que vive el paciente, se observa que el 46% vive solo, el 36% con una persona (que en la mayoría de los casos se trata de una pareja), mientras que un 18% vive con tres miembros de su familia.

**Figura 8. Distribución de porcentajes por número de personas con las que viven**



La mayoría de los sujetos, un 64%, no recibe apoyo por parte de sus familiares (ni económico, ni de otro tipo), y sólo un 36% recibe apoyo de sus familiares. Ver figura 9.

**Figura 9. Distribución de porcentajes de apoyo familiar**



Las reacciones secundarias al uso de medicamentos reportadas con mayor frecuencia por los pacientes fueron los problemas gastrointestinales, dolor de cabeza y fatiga, las cuales generan un gran nivel de molestia por el hecho de ser persistentes.

## **2. Registros de conducta**

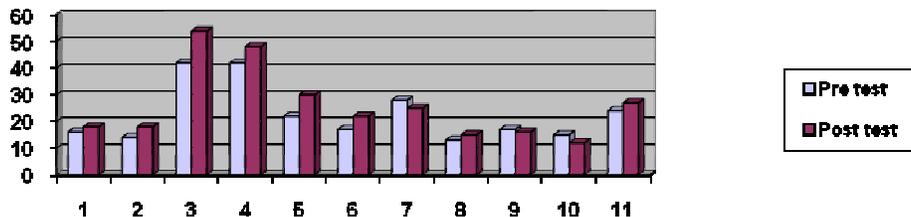
Para observar posibles efectos del Programa de Autocontrol sobre la adherencia terapéutica de los pacientes, se comparó las mediciones iniciales y finales de los registros semanales de toma de medicamentos, alimentos, actividad física, emociones negativas y conductas de riesgo; en términos de ser recomendables o no para el paciente. Se tomaron en cuenta los registros diarios de 12 semanas que corresponden a la duración del Programa, de la siguiente manera:

1. Para el registro de toma de medicamentos se computó el número de pastillas (tabletas, cápsulas, etc.) que el paciente tomó de aquellas que debía tomarse en la semana, según la dosis prescrita por su médico.
2. el número de veces a la semana que el paciente ingirió alimentos del régimen recomendado (cinco oportunidades por día).
3. el número de veces a la semana que el paciente realizó ejercicio a partir de la recomendación (de tres a siete veces a la semana con un mínimo de 30 minutos por ocasión).

4. para el registro de emociones negativas, se tomó el número de emociones negativas que el paciente informó cada semana.
5. la frecuencia con que el paciente hizo algo que no debía por indicaciones del médico (comer alimentos prohibidos, beber alcohol, fumar, actividad sexual sin protección, etc.). De manera que se contó el número de veces que consumió algún alimento que estaba fuera de la dieta recomendada por su médico, el número de copas estándar, el número de cigarrillos que se consumieron y el número de veces que tuvo actividad sexual sin protección en una semana.

En las siguientes gráficas se presentan los datos que comparan las mediciones iniciales y finales de los registros semanales de los pacientes que participaron en el Programa de Autocontrol.

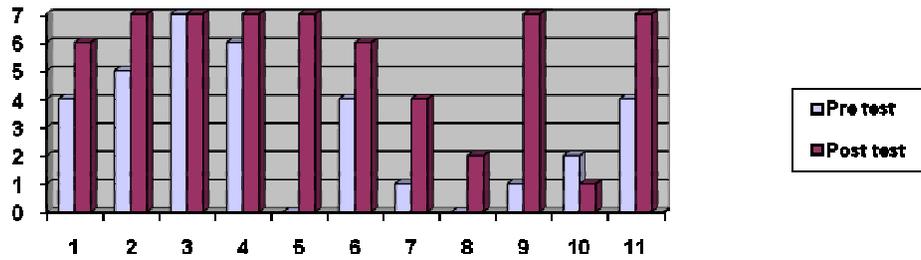
**Gráfica 1. Resultados por paciente de la toma de medicamentos**



Como se observa en la Gráfica 1, la mayoría de los pacientes aumentaron el seguimiento adecuado del consumo de medicamentos, a excepción de los pacientes 7, 9 y 10.

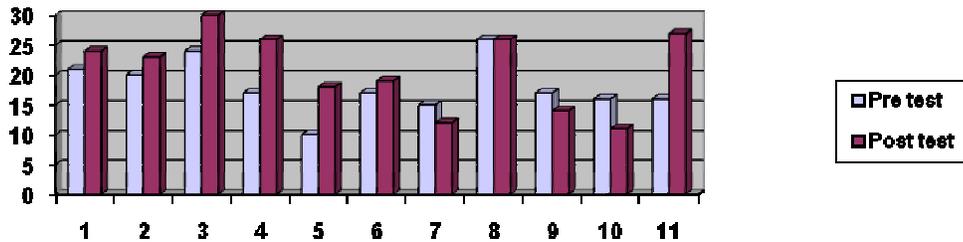
Asimismo, se obtuvo un aumento considerable en la actividad física semanal de la mayoría de los pacientes al comparar las medidas de la sesión inicial y final. Grafica 2.

**Gráfica 2. Resultados por paciente de la actividad física**



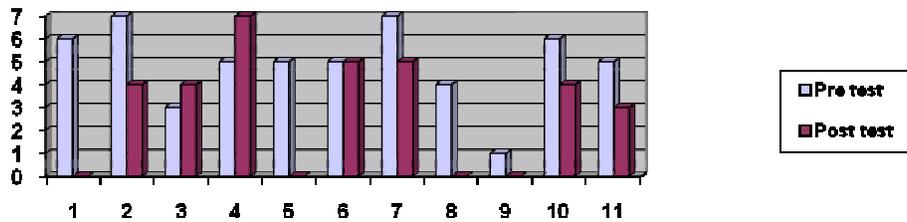
En cuanto a las diferencias en el seguimiento del régimen alimenticio recomendado por el médico, al término del Programa los pacientes registraron un aumento considerable (ver Gráfica 3).

**Gráfica 3. Resultados por paciente en el consumo de alimentos**



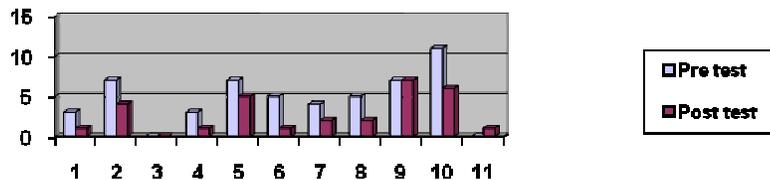
Las emociones negativas que se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes fueron enojo, tristeza, ansiedad y miedo. La disminución de estas emociones se observó en la mayoría de los participantes del Programa (ver Gráfica 4).

**Gráfica 4. Resultados por paciente del registro de emociones negativas**



Con respecto al consumo de alimentos no permitidos, así como de alcohol y cigarro, al término del Programa hubo una disminución en la práctica de estas conductas. (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Resultados por paciente del registro de conductas de riesgo**

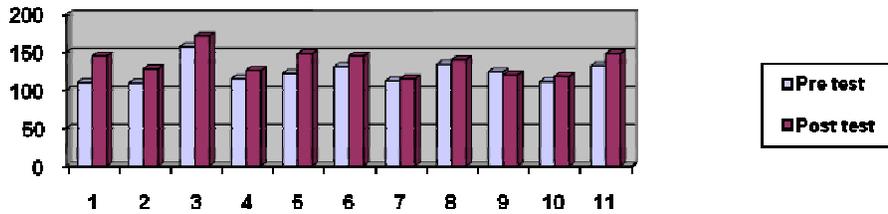


No obstante, se descartó el registro de las conductas de sexo protegido, ya que durante el Programa, los pacientes no reportaron cambios en dicha conducta.

### 3. Resultados del Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

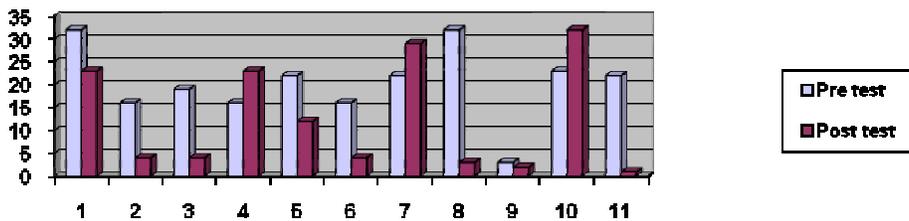
Como se observa en la Gráfica 6, la mayoría de pacientes obtuvo un puntaje más alto en el Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos. Se aplicó la Prueba de Signos a las medidas iniciales y finales de cada paciente y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al .05% para los pacientes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 y 11.

**Gráfica 6. Resultados por paciente del Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos**



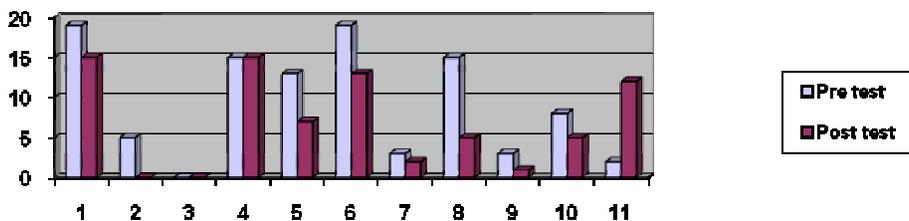
En la Gráfica 7 se observan los resultados de la medidas pre-test y post-test en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en el cual, mediante la Prueba de Signos se encontraron diferencias estadísticamente significativas al .05% para los pacientes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 11.

**Gráfica 7. Resultados por paciente del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**



En el Inventario de Depresión de Beck (BDI), sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al .05% para los pacientes 5, 6, 8 y 11. tal como se observa en la grafica 8.

**Gráfica 8. Resultados por paciente del Inventario de Depresión de Beck (BDI)**



Sin embargo, la Escala de Locus de Control de la Rosa (La Rosa, 1988), se tuvo que descartar del análisis de datos, debido a que no fue aplicada a todos los pacientes en el pos-test.

## V. Discusión

El presente estudio tuvo como propósito llevar a cabo una intervención cognitivo conductual con pacientes con diagnóstico de VIH, así como analizar los efectos de tal intervención sobre la adherencia terapéutica, medida a través de autorregistros e inventarios.

Los resultados sobre los cambios generados en la adherencia terapéutica muestran que los procedimientos de la intervención cognitivo conductual instrumentada, produjeron una mejoría en la mayoría de los participantes a nivel clínico y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la mayoría de los pacientes en el Cuestionario sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Con respecto a las variables sociodemográficas, se observó que gran parte de los pacientes que participaron en el programa fueron hombres, en edad productiva, con nivel de escolaridad de licenciatura, su estado civil solteros, que viven solos o con su pareja, tales resultados coinciden con los reportados en otros estudios (Villagrán, 2001; Pérez & Rueda, 2004). Los pacientes tenían un tiempo promedio de conocer su diagnóstico de la enfermedad de 2 años con 4 meses aproximadamente, y de haber iniciado un tratamiento de 1 año con 2 meses.

Los resultados sugieren que el Programa benefició a la mayoría de los participantes, no obstante, no todos obtuvieron los mismos resultados, lo cual puede atribuirse a las diferencias individuales y a variables no controladas tales como: el apoyo familiar, problemas económicos y personales, etc. También podría explicarse por las características propias de la enfermedad que se relacionan con el funcionamiento del cuerpo, el estilo de vida y la sexualidad.

La mayoría de los pacientes reportó problemas gastrointestinales, dolor de cabeza y fatiga como reacciones secundarias al uso de medicamentos, las cuales a pesar de no ser incapacitantes, generan un gran nivel de molestia por el hecho de ser persistentes. Asimismo, el tratamiento para el VIH es muy complejo, implica cambios en el estilo de vida del paciente y no es accesible para la mayoría de los individuos. Por ejemplo, los medicamentos y las pruebas de conteo de Células CD4 y Carga Viral son demasiado caros y poco accesibles para la mayoría de los pacientes, incluso para quienes cuentan con seguridad social, ya que a veces no están disponibles.

Como mencionan Pérez y Rueda (2004), los sujetos se apegan a su tratamiento siempre y cuando éste no tenga modificaciones o más complicaciones, y mientras menos apoyo informativo o de red social tengan (quién les provean de atención, información, asistencia y protección), más difícil les será tener la actitud de compromiso ante el complejo tratamiento que tendrán que seguir. Porque el cumplimiento del tratamiento no sólo implica tomar el medicamento en el día y la hora adecuada, sino también implica una serie de comportamientos encaminados a mejorar la calidad de vida en cuanto a la modificación de hábitos dañinos, estilos de vida no productivos, etc.

Algunos de los estudios sobre adherencia terapéutica en pacientes con padecimientos crónico degenerativos (Caballero, Gómez & López, 2004; Carballido, 2003; Ceballos & Laguna, 2004; Pérez & Rueda, 2004), coinciden en que no importa el padecimiento que se tenga, ya que, lo que determina el grado de adherencia a los regímenes médicos dependerá de los estilos de afrontamiento de cada sujeto, el grado de apoyo social, el nivel de conocimiento y comprensión de la enfermedad y de lo que ella implica, el grado de comunicación y entendimiento que haya entre el paciente y el médico, la eliminación de los mitos, creencias falsas en relación a los tratamientos, la posibilidad de tener un tratamiento sencillo y de que esté enterado de lo que puede llegar a sucederle, etc.

Los resultados de este estudio señalan que el Programa de Autocontrol para el Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica aumentó el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica y redujo los niveles de ansiedad de las personas que participaron en él. Aunque no fue posible realizar una medición de los conocimientos obtenidos por los participantes, se sabe que al tener mayor conocimiento sobre su enfermedad, los pacientes aprenden a discriminar cuáles son los síntomas específicos y las consecuencias de su padecimiento y esto los lleva, en algunos casos, a tener un mayor cuidado. La importancia que para los pacientes tiene conocer acerca de su enfermedad, les crea una motivación y su participación activa en el Programa, es decir, al contar con mayor información, o conocimientos sobre su enfermedad, los sujetos están más dispuestos a colaborar de manera activa en su tratamiento. El mayor conocimiento les permite enfrentar algunas situaciones con el fin de controlar y prevenir complicaciones de la enfermedad (Caballero, Gómez & López, 2004).

De tal manera, que si el individuo cuenta con información sobre su enfermedad, disminuye la ignorancia, las creencias, y a su vez, puede disminuir o evitar factores de riesgo y realizar adecuadamente conductas protectoras de salud, lo cual le facilita afrontar su enfermedad.

Sin embargo, parte de la etiología de las enfermedades crónico degenerativas radica en los estilos de vida, por ello es necesario considerar los componentes psicológicos de la enfermedad y aspectos como emociones, motivación, empatía, técnicas para mejorar el aprendizaje y la participación del paciente, con el fin de lograr que el paciente adquiera no sólo conocimientos, sino también habilidades y destrezas, así como la motivación necesaria para realizar modificaciones de conductas duraderas, tales como el seguimiento de las indicaciones del médico y la práctica de comportamientos saludables como el ejercicio (Ceballos & Laguna, 2004).

Por lo cual, durante el programa, además de la información, se proporcionó un entrenamiento en habilidades de autocuidado que permiten al paciente el seguimiento de las instrucciones médicas, así como el tener control y cuidado de su enfermedad. Por lo tanto, al aplicar el Programa se contribuye a disminuir la aparición de complicaciones, para la que la atención médica resulta más costosa que la prevención secundaria y al ampliar la aplicación de este tipo de programas en el sector salud se contribuiría a reducir el gasto en salud que generan las complicaciones y a la demanda de salud pública, lo cual añade peso a los argumentos que señalan la importancia de las intervenciones psicológicas para facilitar la recuperación de la salud (Sánchez-Sosa, 2002).

Asimismo, se observó que los participantes obtienen un gran apoyo del grupo, debido a que se forma una nueva red de apoyo. El comunicar y compartir sus dudas, inquietudes y problemas con las personas que comparten su enfermedad, tiene efectos positivos en los pacientes.

Sin embargo, los resultados encontrados en esta investigación sólo son generalizables a muestras con características similares a las empleadas. Asimismo, no fue posible realizar un seguimiento de los pacientes, tal como se había propuesto al principio: a los tres y seis meses y al año.

Se sugiere que en estudios posteriores, se incluyan instrumentos sobre calidad de vida y estilos de afrontamiento, ya que son variables que influyen en la adherencia terapéutica. Además, sería conveniente que pudieran participar en las intervenciones grupales, los familiares o aquellas personas de quienes los pacientes obtienen apoyo.

## **Anexo 1**

### **Carta de Consentimiento Informado**

La Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, A. C. y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna como usuario de los servicios de la Fundación o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; posteriormente, se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia, dicha intervención será de 12 sesiones, una por semana con duración aproximada de dos horas cada una.

Es probable que pueda sentirse incómodo con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado para sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida, aún dentro del proceso de enfermedad. Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de solicitarla.

Con mi firma declaro tener 18 años o más y también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes y asistir a las entrevistas.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

## Anexo 2

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

No. \_\_\_\_\_

1. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su sexo?  Masculino  
 Femenino

3. ¿Cuál es su estado civil?  Soltero (a)  
 Casado (a)  
 Unión libre  
 Divorciado (a)  
 Viudo (a)

4. ¿Su nivel máximo de estudios?  
 Sin estudios  
 Primaria  
 Secundaria  
 Carrera técnica  
 Bachillerato  
 Profesional  
 Postgrado

1. ¿Cuál es su actividad principal, que lo describe actualmente?

- Empleado
- Trabaja por su cuenta
- Estudiante
- Retirado
- Labores del hogar
- Buscando trabajo
- Otra ¿Cuál?

\_\_\_\_\_.

### Anexo 3

### **AUTORREGISTROS**

#### **Autorregistro de medicamentos**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

	<b>Hora</b>	<b>Descripción del medicamento</b>	<b>Cantidad</b>
Mañana			
Tarde			
Noche			
Madrugada			

## Autorregistro de alimentos

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

	<b>Hora</b>	<b>Descripción de alimentos</b>	<b>Cantidad</b>
Desayuno			
Entrecomida			
Comida			
Entrecomida			
Cena			







## **Anexo 4**

### **Cartas descriptivas**

#### **SESION 1**

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Presentación	Conocer a la personas con las que se estará conviviendo	10
2. Exposición acerca del programa de autocontrol	Conocer las expectativas y las metas sobre el programa, así como la importancia de controlar la enfermedad para retrasar la aparición de síntomas	30
3. Aplicación de inventarios	Realizar el pre-test	50
4. Elaboración de autorregistros	Explicar como se realiza un autorregistro y como éste puede ayudarnos a tomar un papel activo en el cuidado de la salud	30

#### **SESION 2**

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Discusión grupal de las creencias sobre la enfermedad	Analizar las creencias sobre VIH/SIDA	20
3. Exposición y discusión grupal acerca de los aspectos generales del VIH/SIDA	Revisar los temas que el grupo considere importantes o donde se observe falta de información	60
4. Discusión grupal sobre el impacto del VIH/SIDA	Analizar el impacto que ha tenido el VIH/SIDA en las diversas áreas de la vida de los participantes	30

### SESION 3

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Exposición y discusión grupal acerca de los tratamientos para VIH/SIDA	Revisar información sobre los diferentes tipos de tratamientos que existen para VIH/SIDA	50
5. Discusión grupal sobre las dificultades para seguir el tratamiento	Analizar las dificultades que hayan tenido para seguir el tratamiento y proporcionar alternativas de solución	40
3. Discusión grupal acerca de factores protectores	Analizar la importancia de tomar medidas preventivas y mantener hábitos saludables para evitar complicaciones	20

### SESION 4

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Elaboración de autorregistros	Explicar como se realiza un autorregistro y como éste puede ayudarnos a tomar un papel activo en el cuidado de la salud	20
3. Exposición y discusión grupal sobre sexo seguro y sexo protegido	Revisar las diferentes opciones de protección en el área de la práctica de la sexualidad	60
4. Discusión grupal sobre ITS y reinfección de VIH	Analizar la importancia de evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la reinfección de VIH	30

## SESION 5

---

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Discusión grupal sobre hábitos alimenticios	Analizar los hábitos alimenticios de los participantes y, según sea el caso, la necesidad de modificarlos	30
3. Exposición y discusión acerca de la alimentación y la dieta	Identificar los alimentos aprovechables y los perjudiciales para el organismo	60
4. Revisión de los autorregistros de toma de medicamentos y alimentación	Revisar los autorregistro de los medicamentos y los alimentos que se consuman para conocer y analizar la relación con su estado de salud general	30

---

## SESION 6

---

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Discusión grupal sobre la toma de medicamentos	Identificar y analizar obstáculos para tomar medicamentos, según la prescripción médica y ofrecer alternativas de solución	30
3. Discusión grupal sobre la modificación de los hábitos alimenticios	Identificar y analizar obstáculos para adecuar la dieta en nuevos hábitos de alimentación. Establecer objetivos para mantener el tipo de dieta que deben seguir para evitar violaciones	60
4. Ejercicio físico:	Mantener saludable el cuerpo	20

---

## SESION 7

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Discusión grupal sobre obstáculos para autorregistrar	Identificar y analizar las dificultades para la realización de autorregistros	20
3. Elaboración de una dieta	Explicar como se elabora una dieta que incluya alimentos permitidos tomando en cuenta los gustos y la economía. Responsabilizar al participante sobre su propia alimentación para evitar recaídas	30
4. Ejercicio físico:	Mantener saludable el cuerpo	30
5. Revisión del autorregistro de actividad física	Revisar el autorregistro de actividad física para conocer y analizar la relación con su estado de salud general	30

## SESION 8

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Elaboración de una rutina de ejercicio	Explicar como se elabora una rutina de ejercicio o actividad física para fomentar la práctica regular de algún deporte tomando en cuenta gustos y nivel fisiológico	30
3. Discusión grupal sobre estados emocionales	Analizar situaciones en donde se está en riesgo de tener recaídas, debido a los estados emocionales que las acompañan	50
4. Ejercicio físico	Mantener el cuerpo en buena condición física y saludable	30

## SESION 9

---

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Discusión grupal acerca de la modificación de la actividad física	Analizar los obstáculos para la implementación de una rutina de ejercicio	30
3. Revisión del autorregistro de estados emocionales	Revisar el autorregistro de estados emocionales para conocer y analizar la relación con su estado de salud general	30
4. Discusión grupal sobre la importancia de mantener los cambios	Motivar a los participantes para mantener los cambios logrados, y evitar recaídas y complicaciones	20
5. Ejercicio físico	Mantener el cuerpo en buena condición física y saludable	30

---

## SESION 10

---

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Discusión grupal acerca de las redes de apoyo	Analizar la importancia de mantener y desarrollar relaciones óptimas con la familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo y profesionales de la salud	50
3. Revisión de autorregistros	Revisar los autorregistros y analizar la relación con su estado de salud general	30
4. Ejercicio físico	Mantener el cuerpo en buena condición física y saludable	30

---

## SESION 11

---

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Exposición grupal acerca de las formas de enfrentar la ansiedad y depresión	Desarrollo de habilidades cognitivas para enfrentar la ansiedad y depresión que acompañan el diagnóstico de VIH	50
3. Discusión grupal sobre la importancia de mantener los cambios	Motivar a los participantes para mantener los cambios logrados para evitar recaídas y complicaciones	30
5. Ejercicio físico	Mantener el cuerpo en buena condición física y saludable	30

---

## SESION 12

---

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tiempo (min.)</b>
1. Técnica de relajación	Disminuir el estrés, las tensiones y los conflictos emocionales	10
2. Revisión de autorregistros y elaboración de gráficas personales	Graficar los datos registrados a fin de analizar los avances en el control de la enfermedad	50
3. Aplicación de inventarios	Realizar el post-test	50
4. Cierre	Recordar a los participantes la importancia de mantener los cambios logrados ya que se realizará un seguimiento	20

---

## Referencias

- Aburto, C. & Gamundi, G. (1997). La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. *Psicología y Salud*, 10, 37-44.
- Albarracín, D., No, R., McNatt, P., Williams, W., Rhodes, F., Malotte, C., Bolan, G., Hoxworth, T., Zenilman, J. & Latesta, M. (2000). Structure of outcome beliefs in condom use. *Health Psychology*, 19 (5).
- Bakken, S., Holzemer, W. L., Brown, M., Powell-Cope, G. M., Turner, J. G., Inouye, J., Nokes, K. M. & Corless, I. B. (2000). Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 14(4), 189-197.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, G., Tasca, A., Angel, J. B., Mcpherson, P. A., Garber, G., Cooper, C. L. & Cameron, D. W. (2006). A randomized controlled psychoeducation intervention trial: improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. & Oviedo, J. (1997). Del "Cuanto" al "Por que": La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública*, 39(1), 42-48.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballero, S. N., Gómez, M. L. & López, G. T. (2004). *Diseño, aplicación y evaluación del Programa de Atención Psicológica para adultas mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Carballido, J. (2003). *Calidad de vida en pacientes crónicos y adherencia terapéutica: un estudio exploratorio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Carpenter, C.J., Fischl, M.A., Hammer, S.M., Hirsch, M.S., Jacobsen, D.M., Katzenstein, D.A., Montaner, J.S.G., Richman, D.D., Sang, M.S., Schooley, R.T., Thompson, M.A., Vella, S., Yeni, P.G. & Volberding, P.A. (1996). Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. International AIDS Society-USA. *Journal of the American Medical Association*, 10, 146-154.

- Castellanos, G. E. (2007). *El VIH/SIDA como fenómeno social: Análisis intragrupal de su representación en centros penitenciarios del Distrito Federal*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ceballos, G. & Laguna, L. R. (2004). *Estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes hipertensos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- CENSIDA. (2006). *Programa de acción para la prevención y el control del VIH/SIDA*. México: SSA-CENSIDA.
- Díaz, P. (1997). *Seguimiento telefónico y valoración de pacientes psiquiátricos dentro de un programa de rehabilitación psicosocial*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Domínguez, B. (1984). Contribuciones de la investigación en psicología a la adherencia terapéutica. En *Adherencia terapéutica*. México.
- Epstein, L. H. & Cluss, P. A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 960-971.
- Fernández, R. P. (1999). *Manual para el buen morir para enfermos de SIDA*. México: FMLS.
- Fuente, M. R. (1996). *Psicología médica*. México: FCE.
- Goicoechea, M., Best, B., Seefried, E., Wagner, G., Capparelli, E., Haubrich, R. & California Collaborative Treatment Group (CCTG). (2006). Failure of modified directly observed therapy combined with therapeutic drug monitoring to enhance antiretroviral adherence in a patient with major depression. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(4), 233-237.
- Hansen, N., Kershaw, T., Kochman, A. & Sikkema, K. (2007). A classification and regression trees analysis predicting treatment outcome following a group intervention randomized controlled trial for HIV-positive adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychotherapy Research*, 17(4), 404-415.
- Haynes, R. B., Taylor, D. & Sackett, D. (1992). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M., Fletcher, M. A., Laperriere, A., Simoneau, J. & Schneiderman, N. (1994). Distress, denial, and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in

gay men infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 90-105.

Jurado, S.; Villegas, M. E.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, F. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1980). *Principios de aprendizaje en la Terapia del Comportamiento*. México: Trillas.

Kazdin, A. E. (1985). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., Koob, J. J., Brasfield, T. L. & Bernstein, B. M. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1679-1686.

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

Labrador, F. J. & Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 157-164.

Latorre, P. & Beneit, M. (1994). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.

Levine, S.H. & Bystritsky, A. (1991). Group psychotherapy for hiv-seropositive patients with major depression. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 413-424.

Leyva-Flores, R., Ervit-Erice, J., Kageyama-Escobar, M. & Arredondo, A. (1998). Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 40(1), 24-31.

Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Klimas, N., Kumar, M., Starr, K., McCabe, P., Cleven, K., Fletcher, M.A. & Schneiderman, N. (1997). Cognitive-behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus-type 2 antibody titers in symptomatic HIV-seropositive gay men. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65, 31-43.

Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Starr, K., Costello, N., Zuckerman, M., Klimas, N., Fletcher, M. A. & Schneiderman, N. (1998). Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human

immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men. *Psychosomatic Medicine*, 60(204), 204-214.

Macia, D. & Méndez, F. (1986). Programa de intervención conductual para el cumplimiento de las prescripciones médicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41(2), 369-377.

Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E., Anaya-López, L. & Uribe-Zuñiga, P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. *SIDA-ETS*, 4(5).

Malow, R., McPherson, S., Klimas, N., Antoni, M., Schneiderman, N., Penedo, F., Ziskind, D., Page, B. & McMahan, R. (1998). Adherence to complex combination antiretroviral therapies by HIV-positive drug abusers. *Psychiatric Services*, 49, 1021-1024.

McPherson-Baker, S., Malow, R.M., Penedo, F., Jones, D.L., Schneiderman, N. & Klimas, N.G. (2000). Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS Care*, 12(4), 399-404.

Meichenbaum, D. (1979). *Cognitive-behavior. Modification and integrative approach*. New York: Plenum Press.

Moss, D. (2003). The anxiety disorders. En Moss, D., Mc Grady, A., Davis, T. C. & Wickramasekera, I. (Eds.) *Handbook of mind body medicine for primary care*. California: Sage.

Muma R., Lyons B. & cols. (1997). *Manual del HIV para profesionales de la salud*. México: Manual Moderno.

ONUSIDA. (1999). *Campaña mundial contra el SIDA 1999. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS.

Organización Panamericana de la Salud (1997). *Vigilancia del SIDA en las Américas*. Washington: OPS.

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

Pérez, J. N. & Rueda, D. S. (2004). *Factores psicológicos que predicen la adherencia terapéutica en personas con VIH que reciben medicamentos antirretrovirales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Rabkin, J.G. & Ferrando, S. (1997). A 'second life' agenda. Psychiatric research issues raised by protease inhibitor treatments for people with the human immunodeficiency virus. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1049-1053.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez, M. & Montiel, M. (1986). *El autorregistro como factor determinante en el incremento de la adherencia terapéutica dentro de los Programas de Salud implementados en el Hospital General de la secretaría de salud de México, D. F.* Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, Y. A. (1995). La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. *Gaceta Médica de México*, 131(3), 329-334.
- Rosenstock, I. M. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8, 610-616.
- Ruiz, M. & Cuevas, S. (1984). *La falta de cumplimiento terapéutico. Adherencia Terapéutica, Implicaciones para el Sector Salud.* XXIII Congreso Internacional de Psicología. Acapulco, Guerrero.
- Sánchez, E. M. (2007). *Programa para el fortalecimiento de la adherencia terapéutica para pacientes de primera vez con diagnóstico positivo a cáncer.* Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology. Biopsychosocial interactions.* New York: John Wiley & Sons.
- Schneiderman, N. (1999). Behavioral medicine and the management of HIV/AIDS. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(1), 3-13.
- Schunk, D. H. (1989). Social Cognitive Theory and Self-Regulated Learning. En Zimmerman, B. J. & Schunk, D. H. (Eds.) *Self-regulated and academic achievement theory, research and practice.* New York: Springer.
- Skinner, B. F. (1974). *Ciencia y conducta humana.* Argentina: Fontanela.
- Souza, A. (1987). *Aproximaciones psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica.* Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Secretaría de Salud (2005). Estadísticas de mortalidad. [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx), consultado el 3 de octubre de 2008.

Taylor, S. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significado*. New York: Guilford Press.

Thoresen, C. & Mahoney, M. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.

Uribe, Z. P. & Ponce de León, R. S. (comp.). (2000). *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*. México: CONASIDA.

Villagrán, G. (2001). *El sujeto y la familia contra el VIH/SIDA*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.