

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD



**COMPORTAMIENTOS DE ADHESION AL TRATAMIENTO
ANTIRETROVIRAL: EVALUACION DE UN MODELO EXPLICATIVO.**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

MARIA AUXILIO ROSAS RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

MONICA TERESA GONZALEZ RAMIREZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, ENERO DE 2011

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral: Evaluación de un modelo explicativo” presentada por María Auxilio Rosas Rodríguez, ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Director de tesis

Dr. Cirilo H. García Cadena
Revisor de tesis

Dr. Javier Álvarez Bermúdez
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Enero de 2011

DEDICATORIA

A mi familia, mi base, mi apoyo, *MI TODO*.

A mis padres, por su inmenso cariño y el apoyo que me dan bajo cualquier circunstancia.

A mis hermanas y hermanos, que me acompañan y escuchan sin importar las distancias.

A mis sobrinos y sobrinas, pensar en ustedes ilumina mis días.

A mis amigos...
Siempre supe que mi familia era grande,
pero no tenía idea de que con ustedes pudiera serlo aún más.

A mis amigos regios, que me recibieron de manera sincera y que hicieron que dos años de cariño parecieran de toda una vida, Cecy, Wawa, Anita, Gordito, Alex, Rene. Gracias a ustedes, y mil gracias a sus familias por hacerme sentir en casa.

A mis amigos de siempre, Mike, Chuy, Mayra, Vero; gracias por formar parte de mi vida y acompañarme en todos estos años.

A aquellas personas que han sido importantes para mí y que han tocado mi vida, compañeros, maestros, amigos.

Por último, pero no menos importante dedico esta tesis a Grupo Convivhe, y todas aquellas personas que viven con VIH/SIDA que han contribuido en mi crecimiento personal y profesional con su enseñanza de vida.

A todos ustedes... GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer el apoyo brindado por CONACYT, por permitirme el financiamiento de esta maestría.

También quiero agradecer a las autoridades de la Facultad de Psicología:
Director de posgrado, Mtro. Arnoldo Téllez López;
Director de la Facultad de Psicología, Mtro Armando Peña Moreno
Por el apoyo de beca académica otorgado.

Agradezco a la Mtra. Lupita Iglesias por permitirme ser su becaria y contribuir en mi formación académica y profesional.

Quiero agradecer a las diferentes instancias de la Facultad de Psicología que han contribuido de alguna u otra manera en la realización de esta maestría.

Agradezco también a las instituciones de Secretaría de Salud en Michoacán, a CENSIDA, Morelia y al personal médico que me permitió la aplicación del instrumento de investigación.

Les agradezco al Dr. Cirilo García y al Dr. Javier Álvarez el tiempo de revisión y las aportaciones realizadas a mi tesis con sus observaciones y sugerencias.

De una manera muy particular, agradezco a la Dra. Mónica González por el aprendizaje que me dejó trabajar con ella como mi asesora de tesis, por el acompañamiento personal y profesional en esta maestría y los invaluable aportes a esta investigación, al igual que al Dr. René Landero por todas sus contribuciones aportadas en mi formación profesional.

RESUMEN

Este estudio evalúa el nivel de los comportamientos de adhesión en las personas que viven con el VIH/SIDA (PVV) y su correlación con autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, desesperanza y comportamiento suicida; así como carga viral y conteo de células CD4. El diseño es de tipo transversal y el análisis estadístico se realizó con modelamiento de ecuaciones estructurales.

El análisis reveló que en el modelo con el mejor ajuste, la autoeficacia tuvo un efecto significativo sobre el estrés y el estrés tiene un efecto significativo sobre la variable creencias negativas (variable latente indicada por la desesperanza, el riesgo suicida y depresión). 53% de la varianza en la predicción de los comportamientos de adhesión se explica por autoeficacia y las creencias negativas; los comportamientos de adhesión explican el 14% de la varianza en la predicción de la carga viral, y se corrobora que el estrés tiene un efecto significativo en el recuento de células CD4.

Los resultados de este estudio confirman la importancia de los factores cognitivos, para explicar las conductas de adherencia y el mantenimiento de la salud. El estudio también proporciona evidencia sobre el efecto del estrés en el sistema inmunológico.

Palabras clave: Modelo explicativo, comportamientos de adhesión, autoeficacia, estrés, depresión, desesperanza, conducta suicida.

ABSTRACT

This study evaluates the level of adherence behavior in people living with HIV/AIDS (PLWHA) and its correlation with self-esteem, self-efficacy, social support, stress, depression, hopelessness and suicidal risk; as well as viral load and CD4 T-cells count. The design was a cross-sectional study and statistical analysis was performed using structural equation modeling.

The analysis revealed that in the model with the best fit, self-efficacy had a significant effect on stress and stress has a significant effect on negative beliefs (latent variable indicated by the hopelessness, suicidal risk and depression). 53% of the variance in predicting adherence behavior is explained by the negative beliefs and self-efficacy; adherence behavior explained 14% of the variance in predicting viral load, and confirms that stress has a significant effect on CD4 T-cell count.

The findings of this study confirm the importance of cognitive factors to explain adherence behavior and health maintenance. The study also provides evidence on the effect of stress on the immune system.

Key words: Explanatory model, Adherence behavior, HIV, self-efficacy, stress, depression, hopelessness and suicidal behavior.

INDICE

Dedicatoria	iii
Resumen.....	v
CAPITULO I	10
INTRODUCCION.....	10
Definición del Problema	14
Justificación de la Investigación	15
Objetivo General	17
Objetivos específicos:.....	17
Hipótesis	17
Limitaciones y Delimitaciones	19
CAPITULO I	21
MARCO TEORICO	21
1. VIH/SIDA. Aspectos Médico-biológicos.	21
1.1 Definición VIH/SIDA	21
1.2 Modos de transmisión	23
1.3 Diagnóstico y pronóstico.	25
1.3.1 Test/ Pruebas de detección del virus	25
1.3.2 Fases de la infección	26
1.4 Infecciones oportunistas.....	29
1.5 Tratamientos y esquemas de antiretrovirales	30
1.5.1 Efectos secundarios.....	33
2. Comportamientos de adhesión.	35
2.1 Variables asociadas a los comportamientos de adhesión	35
2.2 Modelo de comportamientos de adhesión.....	37
2.2.1 Síntesis del modelo.....	45

CAPITULO III	46
METODO.....	46
PARTICIPANTES	46
APARATOS E INSTRUMENTOS	47
PROCEDIMIENTO.....	53
Diseño utilizado:.....	53
Recolección de Datos:	53
Análisis de Datos:	53
 CAPITULO IV	 56
RESULTADOS	56
Descripción de la muestra	56
Descripción de las variables.....	58
Fiabilidad de los instrumentos	59
Correlación entre las variables	59
Tabla 6. Correlación de variables.....	60
Modelo explicativo de comportamientos de adhesión	62
 CAPITULO V	 68
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	68
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	 72
 ANEXOS	 83

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

- Tabla 1. Antiretrovirales actuales y sus principales efectos secundarios.
- Tabla 2. Correspondencia entre objetivos y análisis estadísticos
- Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes (N=106)

Tabla 4. Medidas de tendencia central de las variables del modelo explicativo de comportamientos de adhesión

Tabla 5. Valores de alfa de Cronbach para cada escala

Tabla 6. Correlación de variables

Tabla 7. Índices de bondad de ajuste

Figuras

Figura 1. Modelo base de comportamientos de adhesión. Adaptación del modelo explicativo del estrés y los síntomas psicósomáticos, (González y Landero, 2006)

Figura 2. Modelo Hipotético

Figura 3. Replicación Viral

Figura 4. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos.

Figura 5. Primer modelo estimado

Figura 6. Variable latente de creencias negativas

Figura 7. Segundo modelo estimado

Figura 8. Tercer modelo estimado

Figura 9. Modelo final

Figura 10. Modelo final con marcadores serológicos

CAPITULO I

INTRODUCCION

Al hablar de la epidemia de VIH/SIDA, habrá que remontarse a la década de 1980. Específicamente en México, el primer caso se reportó en 1983 (Magis & Hernández, 2008). A partir de entonces y hasta la fecha se han realizado múltiples estudios que incluyen sintomatología, epidemiología, transmisión, prevención y tratamiento.

La aparición de la Terapia Antiretroviral de Alta Actividad o TARGA (Combinaciones de al menos 3 compuestos antiretrovirales) en 1996 (Magis & Hernández, 2008) ha disminuido el mito del VIH/SIDA como sinónimo de muerte, dado que, de enfermedad terminal, pasa a convertirse en una enfermedad crónica con la cual es posible convivir (Villa & Vinaccia, 2006). Pese a ello, el régimen del tratamiento, si bien ofrece esperanza real a las personas que viven con VIH, también plantea la necesidad de asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia y a la vez revela la potencialidad individual para aprovechar de manera efectiva su vida.

Es así, que dentro de la problemática de VIH/SIDA, los comportamientos de adhesión al tratamiento por parte de los pacientes, es un tema que preocupa a los equipos de atención. Esto debido a que los efectos de dichos medicamentos, cuando son tomados según su prescripción y siguiendo estándares específicos en el estilo de vida, producen el mejoramiento del sistema inmunológico y la reducción de la carga viral hasta límites indetectables por las pruebas de laboratorio (Hirsch, Günthard, Schapiro & Brun-Vézinet, 2008).

Sin embargo, las interrupciones en dicho tratamiento generan en el virus resistencias farmacológicas o mutaciones que aceleran el proceso de llegada del virus a la fase SIDA (Anema, Wood & Montaner, 2008). Los comportamientos de adhesión, se vuelven así prioritarios, que no unicausales, para la conservación de la salud (Villa & Vinaccia, 2006).

Específicamente, entre las variables que parecen asociarse con el grado de adhesión de los pacientes infectados por VIH se encuentran los factores relacionados con el propio tratamiento (complejidad, frecuencia de las dosis, efectos secundarios) (Amico, Toro-Alfonso & Fisher, 2005); los de relaciones sociales, tales como apoyo de pares, y relación de familia (Ballester, 2004), la calidad de la relación con los profesionales de la salud, el grado de información sobre el tratamiento (Adamian, Golin, Shain & DeVellis, 2004), la motivación y las percepciones de los pacientes con respecto al tratamiento o a sus propias habilidades para seguirlo (Amico et al., 2005) y la presencia de trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, etc. (Ladero, Orejudo & Carrobles 2005).

La adhesión al tratamiento permite un control de la infección por VIH y el avance de la enfermedad, donde es relevante además del control del virus, vigilar el estado del sistema inmunológico, especialmente las células CD4. Hay evidencia de la relación que hay entre los síntomas depresivos y el declive en las células CD4, indispensables en el funcionamiento del sistema inmunológico, así como en el incremento de carga viral (Ironson, O'Cleirigh, Fletcher, Laurenceau, Balbin & Klimas, 2005).

De igual manera, el estrés ha sido variable prioritaria en intervenciones controladas con enfoque cognitivo-conductual para promover los comportamientos de adhesión en estudios recientes (Safren, O'Cleirigh, Reilly, Tan, Raminani, Otto & Mayer, 2009). Si los niveles de depresión son elevados o

la persona no se siente motivada se alejará de la práctica consistente y eficaz del comportamiento de adhesión (Piña & Sánchez, 2007).

El estrés también ha sido considerado como una variable de afectación en el sistema inmunológico, de manera que ha sido objeto de intervención terapéutica en población con diagnóstico de seropositividad (González & Landero, 2002; Ballester, 2004). Al mismo tiempo se le relaciona con los procesos directos en la toma de decisiones y de manera más específica con los comportamientos de adhesión (Piña & Sánchez, 2007).

El tiempo de infección y los efectos secundarios fueron considerados por Remor en 2002, como elementos predictores de los comportamientos de adhesión, así como la complejidad del tratamiento y el horario de las tomas del medicamento. Los pacientes que tienen menor tiempo de infección por VIH, siguen con mayor precisión las indicaciones médicas. Aunque esto también podría vincularse con el nivel de ajuste a la enfermedad, y la percepción que tiene el paciente de la gravedad de su sintomatología, ya que a mayor presencia de síntomas, mayor sería el apego a las indicaciones del personal sanitario (Margulies, Barber & Recoder, 2006).

Entre otras variables psicosociales que han sido objeto de estudio en los comportamientos de adhesión, son aquellas que se relacionan con las creencias, ya sea del propio sujeto sobre su capacidad de control y comportamiento (Ballester, 2003, 2004), o bien las creencias de la salud y la estigmatización que se da hacia el VIH/SIDA y sus portadores (Mears, Charlebois & Holl, 2006; Margulies, *et al.*, 2006).

Los pacientes que pueden hablar con claridad y expresar las dudas o temores con el personal de salud, tienden a mejorar sus comportamientos de adhesión en relación con aquellos que llevan una relación hostil o de temor hacia su médico o personal de enfermería (Adamian *et al.*, 2005).

Cabe señalar que la información, o la motivación no aseguran por sí mismas que el paciente siga las prescripciones médicas, ya que incluso alguien bien informado o altamente motivado tendrá problemas para alcanzar una adhesión óptima si no tiene las habilidades personales que se requieren para adquirir o autoadministrar la medicina y realizar actividades de autocuidado, o bien si se siente incapaz de lograrlo (Amico *et al.*, 2005).

De 1996 a la actualidad, los avances científicos en torno a la epidemia de VIH/SIDA y los tratamientos antiretrovirales han progresado de manera significativa (Hirsch, Günthard, Schapiro & Brun-Vézinet, 2008) y a pesar de ello, se han detectado pensamientos e intencionalidad suicida entre personas que viven con VIH (Sherr, Lampe, Fisher, Gilly, Anderson, Zetler, Johnson, Edwards & Harding, 2008).

Piña *et al.*, (2008) encamina el papel de la psicología en la investigación de los pacientes que viven con VIH, hacia la calidad de vida y las intervenciones interdisciplinarias. De manera tal, que se hacen necesarios programas de intervención que se basen en estudios empíricos y focalicen en las variables que se han detectado como puntos clave en procesos de mejora en los comportamientos de adhesión; sin embargo, se han detectado pocos estudios empíricos enfocados a evaluar modelos predictivos que incluyan variables relacionadas a los comportamientos de adhesión, como las mencionadas previamente.

Entre las investigaciones que han evaluado modelos predictivos se incluyen el trabajo de Piña *et al.*, (2008) que relaciona los niveles de estrés y depresión con los comportamientos de adhesión con una varianza explicada de 38.2%. Por su parte, Amico *et al.*, (2005) asocia los comportamientos de adhesión con autoeficacia, ya que la información y la motivación no contribuyen directamente a explicarlos, esta asociación presenta 17% de varianza explicada.

El trabajo de Kennedy *et al.*, (2004) explica 12% de varianza, y relaciona significativamente las variables de motivación y autoeficacia percibida, así como estrés y apoyo social. Finalmente, Parsons *et al.*, (2008) correlaciona significativamente autoeficacia con los comportamientos de adhesión y los resultados de marcadores serológicos (carga viral, conteo de células CD4), con una varianza explicada de 10%. Todos ellos contrastados con modelos de ecuaciones estructurales que presentan estadísticos de bondad de ajuste dentro de los parámetros adecuados.

Al tener los antecedentes previos, se hace necesario presentar un modelo que complemente los trabajos mencionados anteriormente y contribuir así con el estudio de los comportamientos de adhesión, siendo esto último la finalidad del presente estudio.

Definición del Problema

Dentro de la problemática de los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA, se encuentran variables psicológicas que precisan estudiarse de manera conjunta.

En esta investigación, se presenta un modelo predictivo de los comportamientos de adhesión, basado en el modelo explicativo del estrés y los síntomas psicosomáticos presentado por González y Landero (2008).

De manera que las variables: autoestima, apoyo social, autoeficacia, estrés, conteo de células CD4, carga viral, estados depresivos, desesperanza y comportamientos suicidas, tengan relación con los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA.



Figura 1. Modelo base de comportamientos de adhesión. Adaptación del modelo explicativo del estrés y los síntomas psicossomáticos, (González y Landero, 2006)

Justificación de la Investigación

La epidemia del VIH/SIDA tiene ya más de 25 años y ha provocado un fuerte impacto en la población general así como en toda la comunidad científica. Como en todo proceso de salud-enfermedad, la psicología de la salud juega un papel de suma importancia, ya que permite al paciente tomar responsabilidad de sus vivencias. En el caso particular del VIH/SIDA, estas acciones pueden vincularse directamente con el autocuidado y los comportamientos de adhesión, ya que implican ajustes en el estilo de vida que contribuyen al mantenimiento de la salud.

Cuando la calidad de vida de las personas se ve mermada por una enfermedad crónico-degenerativa, es menester de los profesionales de la salud establecer líneas de acción conjunta que le brinden opciones y alternativas de vida. Sin embargo, para aseverar su eficacia, es necesario que partan de bases científicas y tengan un sustento empírico refutable.

La presente investigación, pretende contribuir en la construcción del conocimiento sobre los comportamientos de adhesión en las personas que viven con VIH/SIDA, a través de la evaluación de un modelo explicativo que incluye variables de tipo biopsicosocial, ya que se ha demostrado que la tasa de supervivencia en estos pacientes se relaciona directamente con la adhesión y los factores que esto implica.

Los efectos de los comportamientos de adhesión deficientes pueden afectar no sólo a las personas infectadas sino también a las personas con las que éstas se relacionen a través de los denominados comportamientos de riesgo. Además, las cepas de los virus resistentes a los fármacos disponibles representan una seria amenaza para la salud pública.

Los alcances que tiene la investigación en las personas que viven con VIH/SIDA, y particularmente de los tratamientos antiretrovirales, llegan a niveles de participación social y económica, ya que forman parte de los recursos que se destinan para atender esta problemática en el sector salud dentro de las instancias gubernamentales. (CENSIDA, IMSS,ISSSTE).

El hecho de contar con un modelo explicativo de comportamientos de adhesión confiable, objetivo principal de la presente investigación, favorecería la atención integral de la persona que vive con VIH/SIDA, y de esta manera complementarían la investigación que se ha realizado sobre esta temática, y podría representar una base para desarrollar intervenciones terapéuticas focalizadas en las variables que demuestren una mayor correlación y promuevan así, los comportamientos de adhesión.

Objetivo General

Proponer y evaluar un modelo explicativo de variables psicosociales relacionadas con los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel de comportamiento de adhesión al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH/SIDA y su relación con la carga viral y el conteo de CD4.
2. Detectar el modelo más parsimonioso y de mejor ajuste para explicar los comportamientos de adhesión en personas que viven con VIH/SIDA, valorando la inclusión de las variables psicosociales de: autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, desesperanza y comportamiento suicida.

Hipótesis

En correspondencia a los objetivos específicos y con base en los estudios citados en los antecedentes, se plantean las siguientes hipótesis:

Para el objetivo 1:

- a) A mayor comportamiento de adhesión al tratamiento antiretroviral menor carga viral.
- b) A mayor comportamiento de adhesión al tratamiento antiretroviral mayor conteo de CD4.
- c) A menor carga viral mayor conteo de CD4.

Para el objetivo 2 se propone como modelo inicial el siguiente modelo:

Este modelo es complejo y se espera mal ajuste, sin embargo, se incluyen todas las posibles relaciones entre variables, hipotetizadas con base en los estudios revisados y el marco teórico.

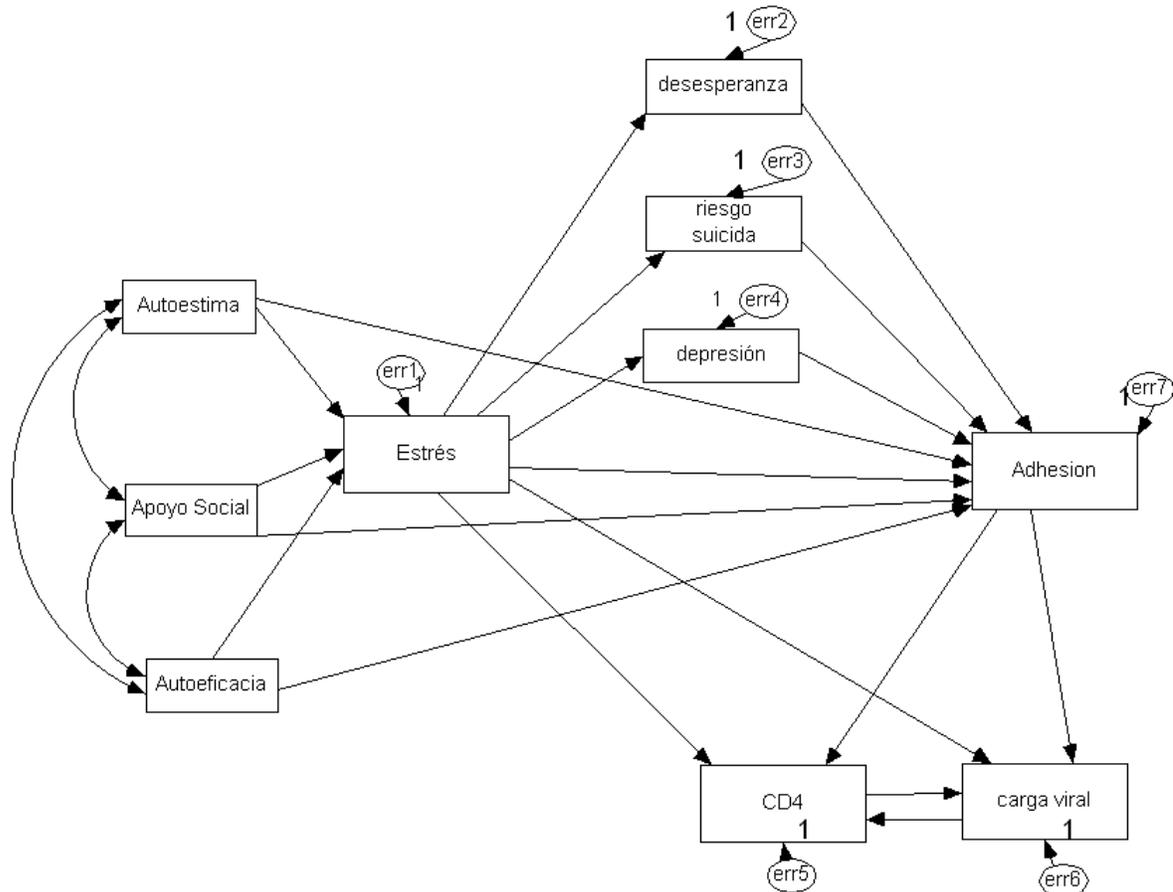


Figura 2. Modelo hipotético

Las hipótesis incluidas en este modelo son las siguientes:

- La autoestima influye negativamente en el nivel de estrés percibido.*
- La autoestima influye positivamente en el nivel de adhesión.*
- La autoestima correlaciona positivamente en el apoyo social.*
- La autoestima correlaciona positivamente en la autoeficacia.*
- El apoyo social influye negativamente en el nivel de estrés percibido.*
- El apoyo social influye positivamente en el nivel de adhesión.*
- El apoyo social influye positivamente en el nivel de autoeficacia.*

- h) La autoeficacia influye positivamente en el nivel de adhesión.*
- i) La autoeficacia influye negativamente en el nivel de estrés percibido.*
- j) El estrés percibido influye positivamente en el nivel de carga viral.*
- k) El estrés percibido influye negativamente en el conteo de CD4.*
- l) El estrés percibido influye positivamente con los estados depresivos*
- m) El estrés percibido influye positivamente con la desesperanza.*
- n) El estrés percibido influye positivamente con los comportamientos suicidas.*
- o) El estrés percibido influye negativamente con el nivel de adhesión.*
- p) La depresión influye negativamente en el nivel de adhesión.*
- q) La desesperanza influye negativamente en el nivel de adhesión.*
- r) Los comportamientos suicidas influyen negativamente en el nivel de adhesión.*

Limitaciones y Delimitaciones

La principal limitación del presente trabajo consiste en el muestreo por conveniencia entre los participantes voluntarios que acuden a revisión médica a un centro de salud y forman parte de un grupo no gubernamental, en Morelia Michoacán. Esto podría representar un sesgo en el estudio que limita la generalización de los resultados obtenidos. Sin embargo, el cálculo del tamaño de la muestra necesaria para hacer válidos los análisis estadísticos se sustenta a través del programa nQuery Advisor, estableciendo que el máximo de variables a contemplar para un modelo explicativo serían 8, con un coeficiente de determinación¹ de .20 y un poder² estimado de .90 y 95% de confianza y se obtuvo como muestra requerida un total de 85 participantes. El total de participantes voluntarios fue de 106.

¹ Coeficiente de determinación: se refiere al porcentaje de varianza explicada (Elashoff, 2005).

² Poder: probabilidad de que los resultados sean estadísticamente significativos al nivel de confianza especificado (Elashoff, 2005).

Una segunda limitación es el uso de instrumentos de autoinforme en la variable de comportamientos de adhesión. Sin embargo algunos autores (Chesney, Morin & Sherr, 2000; Duong, Piroth, Grappin, Forte, Peytayin, Boisson, Chavanet & Portier, 2001) han encontrado que las medidas de autoinforme, a pesar del riesgo de subestimar la no-adherencia, se sustentan de validez concurrente y predictiva.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. VIH/SIDA. Aspectos Médico-biológicos.

1.1 Definición VIH/SIDA

El VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) es un retrovirus que infecta y coloniza las células en el sistema inmune y en el sistema nervioso central (células T-auxiliares y células mocíticas macrófagas) (Gallo, 1991).

La enfermedad por infección con VIH permanece por un tiempo de forma asintomática, y la duración de este periodo depende de la cantidad de virus recibidos en el momento de la infección y de la capacidad del sistema inmunitario para hacerle frente. Luego, se produce la fase sintomática cuando la cantidad de virus en el organismo supera la capacidad del sistema inmune. Esto hace que la persona sea altamente vulnerable a infecciones oportunistas que normalmente son prevenidas por el sistema inmunológico (Fahey, Taylor, Detels *et al.*, 1990).

El SIDA consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, y se desarrolla cuando el nivel de Linfocitos T-CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. (Daudel & Montagner, 2001).

La reproducción viral se produce de la misma manera que otros retrovirus. En general, éstos pertenecen a la familia Retroviridae y se caracterizan porque portan dos copias de ARN monocatenario que se replican. Se conocen tres géneros llamados Oncovirus, a los que se les atribuyen ser causantes de tumores y leucemias; Lentivirus y Espumavirus. (Belshaw, Katzourakist, Talbot, *et al.*, 2004).

En las células hay ADN y su información genética es transportada de los cromosomas a las proteínas por medio de ARN mensajero. En los retrovirus, la transcripción de este proceso se hace al revés, de ARN a ADN, con ayuda de la transcriptasa inversa. Para infectar a las células, el retrovirus transforma su ARN en ADN insertándolo en el propio ADN de las células. (Ver figura 3)

Los virus de la inmunodeficiencia humana producen la ruptura de la membrana de las células que infectan provocando una severa inmunodepresión. La envoltura viral es la capa más externa del virus, donde se hallan proteínas conocidas como gp 120, mismas que son pequeñas protuberancias en la superficie del virus que ayudan a este a unirse a las células que infecta (Scandizzo & Bernstein, 2009). También posee una cubierta proteica (llamada cápside) que mantiene protegido el código genético en sus dos cadenas idénticas de ARN, el cual es necesario para su replicación. El VIH cuenta también con las siguientes enzimas:

- ☞ Integrasa, que ayuda a incorporar el material genético del virus en el ADN de la célula huésped durante la replicación viral.
- ☞ Transcriptasa Reversa, necesaria para convertir el material genético del VIH (el ARN) en ADN viral, lo que permite integrar el material genético del virus en el ADN de la célula huésped.
- ☞ Proteasa, que corta las cadenas de proteínas a efecto de prepararlas para el ensamblaje en partículas virales.

Una vez dentro del organismo, el VIH encuentra células del sistema de defensa (inmunitario) que cuenten con receptores CD4+, los cuales permiten al virus unirse a la célula, siendo las más comunes los leucocitos (célula blanca) identificados como linfocito T, pues tiene numerosos receptores de ese tipo (Rueda-Ríos, Velilla & Rugeles-López, 2009).

A la infección sigue la replicación, cuando el VIH transfiere su contenido genético y enzimas al interior de la célula, en la cual se integra al material genético de la misma (huésped) dando lugar a una nueva generación de VIH. Este retrovirus ocasiona el debilitamiento del sistema inmune del cuerpo humano haciéndolo incapaz de defenderse contra parásitos, hongos, bacterias y otros virus.

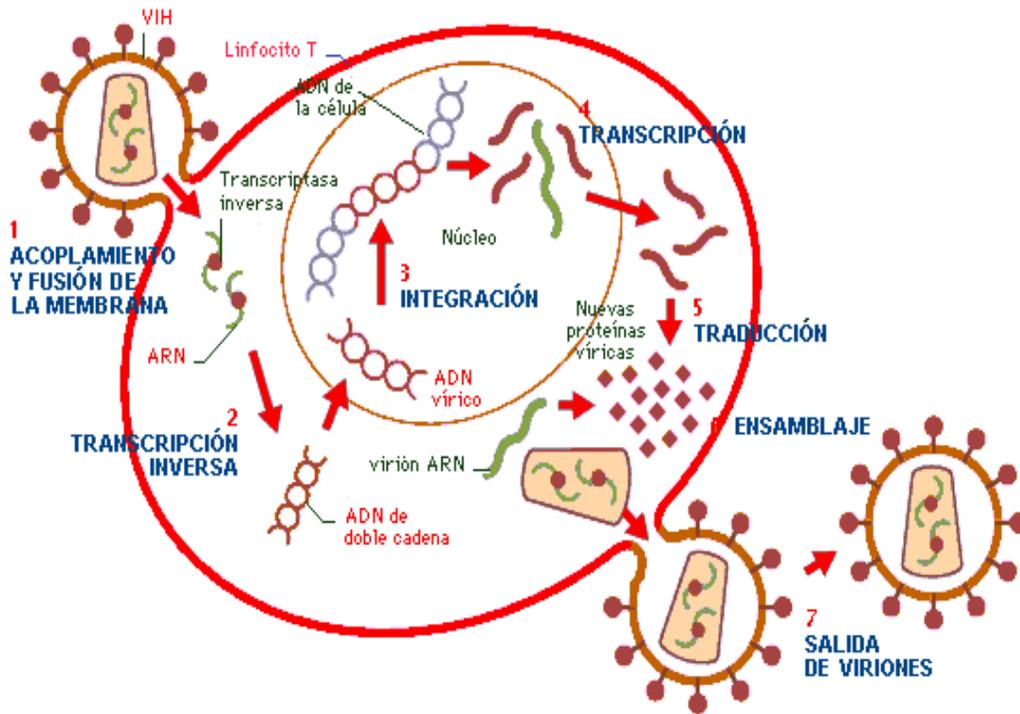


Figura 3. Replicación Viral.

1.2 Modos de transmisión

La transmisión de VIH puede ocurrir cuando la sangre, el semen (incluyendo el líquido pre-eyaculatorio), el líquido vaginal, o la leche materna de una persona infectada se introduce en el cuerpo de una persona no infectada. Esto puede ocurrir por tres vías, sexual, sanguínea y vertical (Madre a hijo).

Cuando la transmisión es por vía sexual, ocurre al tener relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) sin usar condón. La transmisión se produce a través de las lesiones microscópicas que tienen lugar durante el acto sexual y que se producen a nivel de las mucosas (boca, pene, vagina, ano) (Soto, 2004).

La transmisión sanguínea se da principalmente en usuarios de drogas intravenosas; el riesgo aumenta al intercambiar y compartir jeringas, agujas u otros instrumentos que pueden estar contaminados. El uso de cualquier tipo de droga o alcohol, aumenta el riesgo de transmisión del VIH, ya que los efectos que esas sustancias provocan no permite a los usuarios tomar medidas de prevención adecuadas para practicar una sexualidad responsable y segura (Ladero, Orejudo & Carrobles, 2005).

El riesgo de infección a través de transfusiones de sangre puede ser evitado a través del adecuado control de la sangre donada y de todos los productos derivados de ella.

En el caso de la transmisión vertical por VIH, ocurre cuando una mujer embarazada transmite el virus al hijo ya sea, durante el embarazo (a través de la placenta), durante el parto o bien, durante el periodo de lactancia a través de la leche materna (Brockehurst & French, 2005).

1.3 Diagnóstico y pronóstico.

1.3.1 Test/ Pruebas de detección del virus

Para poder establecer el diagnóstico de VIH en una persona, es necesario que se le realicen pruebas de detección del virus en la sangre. Entre estas pruebas se encuentra el examen ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay) que detecta anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana. Tener estos anticuerpos significa que la persona está infectada con VIH. Si el examen es negativo y la persona tiene factores de riesgo para la infección por VIH, el examen debe repetirse de 3 a 6 meses.

En caso de que la prueba de ELISA sea positiva, se pueden realizar otros exámenes confirmatorios como el de WESTERN BLOT que puede determinar la cantidad de virus que hay en el torrente sanguíneo.

Las pruebas de carga viral no se emplean únicamente para establecer el diagnóstico, también ayudan a guiar las decisiones sobre el inicio o cambio del tratamiento antiretroviral. La prueba de los linfocitos CD4 determina el número y porcentaje de ciertas células blancas inmunitarias que luchan contra las infecciones. Los resultados de la prueba CD4 indican el estado de salud del sistema inmunitario. El número normal de linfocitos CD4 en un adulto saludable VIH negativo es de 800-1,200 linfocitos. El porcentaje normal es de 20% o mayor (Barriga, Arumir & Solís, 2007).

En las personas VIH positivas que no están en tratamiento, un número CD4 menor de 500 sugiere un daño moderado al sistema inmunitario. Un número CD4 por debajo de 200 sugiere daño severo al sistema inmunitario. Un porcentaje CD4 menor del 14% indica daño severo al sistema inmunitario. Los linfocitos CD4 deben medirse en personas VIH positivas en el momento del diagnóstico inicial y cada 3-6 meses a partir de entonces (Barriga *et al.*, 2007)

1.3.2 Fases de la infección

La infección por VIH ocurre en el momento que el virus entra en contacto con el plasma sanguíneo, sin embargo, hay diferentes fases de la enfermedad que es necesario especificar, ya que las manifestaciones clínicas son distintas y por consiguiente su tratamiento.

El pronóstico del VIH que se describe a continuación, es representativo de la mayoría de las personas que han sido infectadas, sin embargo, el tiempo que tarda cada individuo en atravesar estas etapas varía. En la mayoría, el progreso de la enfermedad es relativamente lento, y lleva varios años desde la infección hasta desarrollar una depresión inmunológica grave (Tamminga, 2006).

Infección

Una vez que una persona se ha expuesto al virus, el VIH entra en el torrente sanguíneo y reside en las células, este es el momento en que ocurre la infección con el VIH. Las personas con VIH son consideradas infecciosas (pueden transmitir el virus a otras) inmediatamente después de infectarse con el virus.

Una persona con VIH es infecciosa en todo momento. Además, una persona no necesita tener síntomas o verse enferma para tener VIH. De hecho, las personas se pueden ver muy sanas durante muchos años, a pesar de que tengan VIH en su cuerpo. La única manera de averiguar si uno está infectado es haciéndose una prueba de VIH.

Infección primaria (o infección aguda)

La infección primaria con VIH es la primera etapa de la enfermedad por VIH, generalmente dura de una a dos semanas, cuando el virus se instala por primera vez en el cuerpo.

Hasta un 70% de las personas recién infectadas con VIH experimentarán síntomas similares a los de la gripe durante esta etapa. Estos síntomas que generalmente duran pocos días pueden incluir fiebre, escalofríos, sudores nocturnos y erupciones en la piel. Después, la persona infectada vuelve a verse y sentirse completamente bien. El 30% restante de las personas no tiene síntomas de infección aguda o los síntomas son tan leves que pueden pasar desapercibidos (Tamminga, 2006)

Durante la infección aguda del VIH, el virus llega hasta los ganglios linfáticos, se cree que este proceso tarda de tres a cinco días. Luego el VIH se replica activamente y libera partículas virales nuevas al torrente sanguíneo. Esta explosión de replicación rápida del VIH generalmente dura dos meses. Las personas tienen una carga viral muy alta durante esta etapa. Sin embargo, las personas con infección aguda por VIH no obtendrán un resultado positivo en la prueba de anticuerpos, ya que el cuerpo demora aproximadamente de uno a tres meses para producir los anticuerpos anti-VIH (Soto, 2004).

Conversión serológica

Este término se refiere al momento en que el sistema inmunológico de una persona VIH positiva responde a la infección mediante la producción de anticuerpos contra el virus. La mayoría de las personas desarrollan anticuerpos dentro de los tres meses de haberse infectado y en algunos casos dentro de los seis meses (Soto, 2004). A esto se le denomina periodo de ventana.

La etapa asintomática

Después de la etapa aguda de infección con el VIH, las personas infectadas entran en un periodo asintomático, no obstante, el VIH está activo y durante esta etapa sigue debilitando el sistema inmunológico.

La etapa sintomática temprana y media

Cuando el sistema inmunológico se ve comprometido por la infección con VIH, muchas personas comienzan a experimentar síntomas leves, como erupciones en la piel, fatiga, sudores nocturnos, pérdida de peso, úlceras en la boca, infecciones por hongos en la piel y en la uñas (Moreno-Cuerda, Rubio-García, & Morales, 2008). La mayoría, pero no todos, experimentará síntomas leves de este tipo, antes de desarrollar enfermedad más grave. Si bien el pronóstico varía mucho, dependiendo de varios factores, en general se cree que lleva de cinco a siete años para que aparezcan los primeros síntomas leves de enfermedad (Max & Sherer, 2000). Estos síntomas marcan las etapas temprana y media de la etapa sintomática de la enfermedad por VIH.

Etapa tardía de la enfermedad por VIH (SIDA)

Cuando el daño al sistema inmunológico es más grave, las personas VIH positivas pueden padecer infecciones oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP), el complejo *Mycobacterium avium* (MAC), el citomegalovirus (CMV), la toxoplasmosis, y la candidiasis.

De acuerdo con la NOM-010-SSA2-1993 se puede dar un diagnóstico de SIDA a una persona VIH positiva que tenga un recuento de CD4 menor que $200/\text{mm}^3$ ó al menos dos de las infecciones oportunistas que a continuación se mencionan.

1.4 Infecciones oportunistas

Las distintas infecciones oportunistas (IO) asociadas a la infección por el VIH-1 se pueden clasificar en función de distintos criterios, tales como el órgano afectado, el tipo de microorganismo involucrado, la frecuencia de presentación, o la existencia de tratamiento efectivo (Max & Sherer, 2000).

Entre las características de estas infecciones puede mencionarse que la mayoría de ellas pueden ser tratadas y controladas con los fármacos actualmente disponibles, y su éxito terapéutico depende principalmente de un diagnóstico oportuno y de los comportamientos de adhesión del paciente.

A continuación se mencionan las principales IO, originadas por el deterioro inmunológico progresivo que produce el VIH:

- ↪ Neumonía por *P. carinii*
- ↪ Enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis complex*
- ↪ Candidiasis mucosa
- ↪ Criptococosis
- ↪ Infecciones bacterianas
- ↪ Neumonía bacteriana
- ↪ Sinusitis y traqueobronquitis
- ↪ Infecciones gastrointestinales
- ↪ Bacteriemia recidivante por *Salmonella enterica*
- ↪ Infecciones por *Rhodococcus equii*
- ↪ Infecciones por *Nocardia spp*
- ↪ Infecciones por *Bartonella spp*
- ↪ Enfermedad diseminada por *Mycobacterium avium complex (MAC)*
- ↪ Infecciones por virus herpes simplex (VHS) y varicela zoster (VVZ)
- ↪ Citomegalovirus (CMV)
- ↪ Criptosporidiasis

- ↪ Toxoplasmosis
- ↪ Aspergilosis
- ↪ Leishmaniasis
- ↪ Microsporidiasis
- ↪ Sífilis

1.5 Tratamientos y esquemas de antiretrovirales

El virus del VIH tiene una vida media corta, permitiendo su rápida multiplicación y mutación, lo cual hace que el desarrollo de una vacuna sea problemático y aumenta la posibilidad de generar resistencia a los fármacos (Soto, 2004). La ausencia de una vacuna confiable significa que los medicamentos antiretrovirales constituyen el tratamiento primario para el VIH.

Una vez diagnosticado el paciente, como portador de la infección por VIH de acuerdo a la NOM-O10-SSA2-1993, se realiza una evaluación inicial, donde se definen las intervenciones inmediatas en caso necesario. Después de que se realiza su expediente médico, se determina la etapa de infección en la que se encuentra y es entonces cuando se recomienda asesorar al individuo acerca de la enfermedad, identificar problemáticas psicosociales o prácticas de alto riesgo, o bien, estimar la capacidad de apego al tratamiento (Soto, et al. 2008).

Existen más de 20 antiretrovirales aprobados para el tratamiento de la infección por VIH; sin embargo, solo unos cuantos se recomiendan actualmente para conformar las combinaciones de inicio. Estas recomendaciones se basan en las características ideales que debe tener un esquema: potencia o actividad antiviral, seguridad, tolerancia y simplicidad (Soto, *et al.*, 2008).

El objetivo general del tratamiento antiretroviral es la supresión máxima y prolongada de la carga viral del VIH, idealmente en niveles inferiores a 50 copias/ml³. El control viral restaura y preserva el sistema inmunológico y disminuye la morbi-mortalidad relacionada al SIDA (Astulvica, Arce-Villavicencio, Sotelo, Quispe & Guillén, 2007).

Para ser exitoso, el régimen antiretroviral debe contener 3 drogas activas, con al menos 2 mecanismos de acción diferentes. Existen cinco grupos de medicamentos para combatir la infección por VIH. Cada uno de estos grupos ataca al virus de manera diferente.

Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de Transcriptasa Inversa

El primer grupo de medicamentos antiretrovirales son los Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (INTI o INTR). Constituyeron el primer tipo de medicamento disponible para tratar la infección del VIH en 1987 (Moreno-Cuerda, Rubio-García, & Morales, 2008). Los INTI (también conocidos como nucleósidos análogos) interfieren con la acción de una proteína del VIH denominada transcriptasa inversa necesaria para que el virus haga nuevas copias de sí mismo. La mayoría de los regímenes de tratamiento contienen al menos dos de estos medicamentos.

Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa

El segundo grupo de medicamentos antiretrovirales son los Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI o INNTR), que comenzaron a aprobarse en 1997. Al igual que los INTI, los INNTI (también conocidos como no nucleósidos) detienen la duplicación del VIH dentro de las células inhibiendo la transcriptasa inversa, necesaria para la réplica del virus en la célula (Moreno, *et. al.*, 2008)

Inhibidores de la proteasa

El tercer tipo de antiretrovirales es el grupo de los inhibidores de la proteasa. El primer inhibidor de la proteasa fue aprobado en 1995. Los inhibidores de la proteasa, como su nombre lo indica, inhiben la proteasa, que es otra proteína involucrada en el proceso de duplicación del VIH (Moreno, *et.al.*, 2008).

Inhibidores de la Fusión e Inhibidores de la Entrada

El cuarto grupo de antirretrovirales está compuesto por los Inhibidores de la Entrada, que incluyen a los Inhibidores de la Fusión. Los Inhibidores de la Entrada previenen el ingreso del VIH a las células inmunológicas humanas.

Un Inhibidor de la Fusión, comúnmente denominado T-20, fue autorizado tanto en los Estados Unidos como en Europa desde 2003, pero solo para ser utilizado por personas que ya han probado otros tratamientos. El T-20 difiere de los otros antirretrovirales en que necesita ser inyectado (Moreno, *et al.*, 2008).

En agosto de 2007, un nuevo tipo de inhibidor de la entrada conocido como Maraviroc fue autorizado en los Estados Unidos (Moreno, *et al.*, 2008). Este nuevo medicamento se conoce como un inhibidor de CCR5 ya que bloquea al correceptor CCR5 en las células inmunológicas humanas, previniendo que el VIH se adhiera a la superficie de las células.

Inhibidores de la integrasa

El grupo final de antiretrovirales consiste en solamente una droga, el raltegravir, que fue aprobado en los Estados Unidos en octubre de 2007 (Moreno, *et al.*, 2008). El Raltegravir inhibe una enzima denominada el integrase, que el VIH necesita para insertar su material genético en las células humanas.

Terapia combinada/ Tratamiento antiretroviral de Alta Actividad. (TARAA)

El Tratamiento Antiretroviral de Alta Actividad consiste en una combinación de tres o más medicamentos. La combinación más común suministrada a aquellos que comienzan el tratamiento consta de dos INTI combinados con un INNTI o un inhibidor de la proteasa "reforzado". El Ritonavir (en pequeñas dosis) es el medicamento utilizado más comúnmente para reforzar a un inhibidor de la proteasa. Un ejemplo de una combinación común son los dos INTI Zidovudina y Lamivudina combinados con el INNTI Efavirenz (Soto, *et al.*, 2008).

1.5.1 Efectos secundarios

La aparición de efectos secundarios va a condicionar en muchos casos el abandono del tratamiento por parte del paciente, por lo que es fundamental que se conozcan y se abandonen los fármacos solo en caso de que sean efectos graves e incapacitantes.

La siguiente tabla muestra los fármacos de la terapia antiretroviral y los efectos secundarios comunes asociados a los mismos (Santos-Corraliza, & Fuertes, 2006).

Clase de fármaco	Efectos secundarios comunes
Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Inversa	Reacción alérgica grave (puede incluir fiebre, erupción cutánea , y vómitos); anemia; baja cantidad de leucocitos ; náuseas; dolor de cabeza;
☞ Abacavir (ABC)	entumecimiento, hormigueo, o dolor en las extremidades (pueden ser síntomas de neuropatía periférica);
☞ Abacavir + Lamivudina (ABC + 3TC)	inflamación del páncreas (puede incluir dolor abdominal, vómitos, diarrea), lipoatrofia (pérdida de grasa).
☞ Abacavir + Lamivudina + Zidovudina (ABC + AZT + 3TC)	
☞ Didanosina (ddl)	
☞ Emtricitabina (FTC)	
☞ Tenofovir + Emtricitabina (TDF + FTC)	
☞ Lamivudina (3TC)	
☞ Stavudina (d4T)	
☞ Tenofovir (TDF)	

<ul style="list-style-type: none"> ☞ Zidovudina (AZT) ☞ Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) 	
Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa	
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Efavirenz (EFV) ☞ Nevirapina (NVP) 	Erupción cutánea; alteraciones mentales (pesadillas, confusión) durante las 2 o 3 primeras semanas.
Inhibidores de la proteasa (IP)	
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Atazanavir (ATZ) ☞ Fosamprenavir (FPV) ☞ Indinavir (IDV) ☞ Lopinavir + Ritonavir (LPV) ☞ Nelfinavir (NFV) ☞ Ritonavir (RTV) ☞ Saquinavir (SQV) ☞ Tipranavir (TPV) ☞ Amprenavir (APV) ☞ Darunavir (DRV) 	Náuseas; vómitos; erupción cutánea; dolor de cabeza; hormigueo (alrededor de la boca, las manos y los pies); cálculos renales; sequedad labial y cutánea; diarrea; acumulaciones de grasa en el abdomen (también conocido como lipodistrofia); alteración de los niveles de lípidos en sangre (o grasa en sangre).
Inhibidores de fusión (IF)	
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Enfuvirtida (T-20) 	Reacción cutánea local en el punto de inyección (prurito o picor, hinchazón, enrojecimiento, dolor o sensibilidad, endurecimiento cutáneo, protuberancias).

Tabla 1. Antiretrovirales actuales y sus principales efectos secundarios.

2. Comportamientos de adhesión.

Se considera a los comportamientos de adhesión como una categoría de resultados de decisiones y acciones relacionadas con la salud de sí mismo y representan un instrumento mediante el cual una persona afecta la funcionalidad de su propio comportamiento para producir efectos particulares en el ámbito de lo biológico, dirigidos a controlar y/o evitar el avance de una enfermedad.

Piña, Corrales, Mungaray & Valencia (2006) definen a los comportamientos de adhesión como la “frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias de que dispone, una diversidad de comportamientos que le permitan cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud”.

Dentro de esta conceptualización se hace referencia al estilo de vida que el paciente opta por llevar a partir del diagnóstico de seropositividad, en él se incluye el cuidado de la alimentación, higiene, recreación y descanso; y no se limita únicamente a la ingesta de medicamento antiretroviral en cantidad y frecuencia indicadas por el personal sanitario.

2.1 Variables asociadas a los comportamientos de adhesión

Dentro de la problemática de VIH/SIDA se han propuesto varios modelos teóricos que pretenden explicar la relación entre las variables psicológicas y sociales con los comportamientos de adhesión. Pueden mencionarse por ejemplo el de información-motivación-habilidades conductuales (Amico, Barta, Konkle-Parker, Fisher, 2005), el autorregulatorio (Reynolds, 2003), el psicosocial (DiLorio, McCarthy, DePadilla, Resnicow, McDonnell, Yeager *et al.*, 2009) y el psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión (Piña & Sánchez-Sosa, 2007).

Estos modelos establecen que un paciente puede demostrar tener adhesión a tomar los fármacos, pero no a asistir a las consultas médicas; o bien, asistir a las consultas pero no seguir las indicaciones de toma de medicamento, tomándolas en horas y dosis incorrectas. Ahora, bien, también podría suceder que el paciente acuda a las consultas, y siga las indicaciones de toma de medicamento de manera correcta, pero descuidar la dieta y el ejercicio, llevar una vida estresante o agobiante que propicie desgaste físico.

Estos son solo algunos de los comportamientos de adhesión que han de tomarse en cuenta por el personal médico-sanitario en la valoración del tratamiento y pronóstico del paciente. Villa y Vinaccia en 2006 establecen grupos de variables relacionadas con los comportamientos de adhesión que favorecen su estudio.

El modelo se basa en cinco factores expuestos por Meichenbaum y Turk en 1991 y los clasifican de la siguiente manera:

Factores relacionados con los pacientes. Aquí se incluyen aspectos personales, tales como las características de personalidad, presencia o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensoria, los sistemas de creencias, el autocuidado, las expectativas al tratamiento. Además se menciona la historia previa de adhesión, la situación familiar y social y la aceptación de la enfermedad en general.

Factores relacionados con la enfermedad. En este apartado se señala como variable a considerar en los comportamientos de adhesión, las características propias de la enfermedad. Siendo el VIH una enfermedad crónica con ausencia de síntomas manifiestos en ciertas etapas del progreso del virus, es de esperarse que los pacientes relacionen el nivel de gravedad de su enfermedad,

con la sintomatología manifiesta y por consiguiente tener repercusiones en sus comportamientos de adhesión (Remor, 2002).

Factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad. La complejidad del tratamiento, la cantidad de fármacos a consumir, los horarios de administración y los efectos secundarios que se mencionaron en el capítulo anterior, constituyen otro grupo de variables que interfieren en los comportamientos de adhesión, ya que entre mayor sea la complejidad de estos aspectos menor adhesión habrá (Remor, 2002).

Factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud. Aquí se incluye la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo de las consultas, la falta de asignación de tiempo, el trato del personal y las formas de acceso al lugar de atención.

Factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud. Entre estos factores se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales entre el paciente y el personal sanitario.

2.2 Modelo de comportamientos de adhesión.

El modelo de investigación que se pretende realizar con este proyecto, gira en torno al modelo desarrollado por González y Landero en 2006 acerca de los síntomas psicósomáticos basados en la teoría transaccional del estrés de Lazarus.

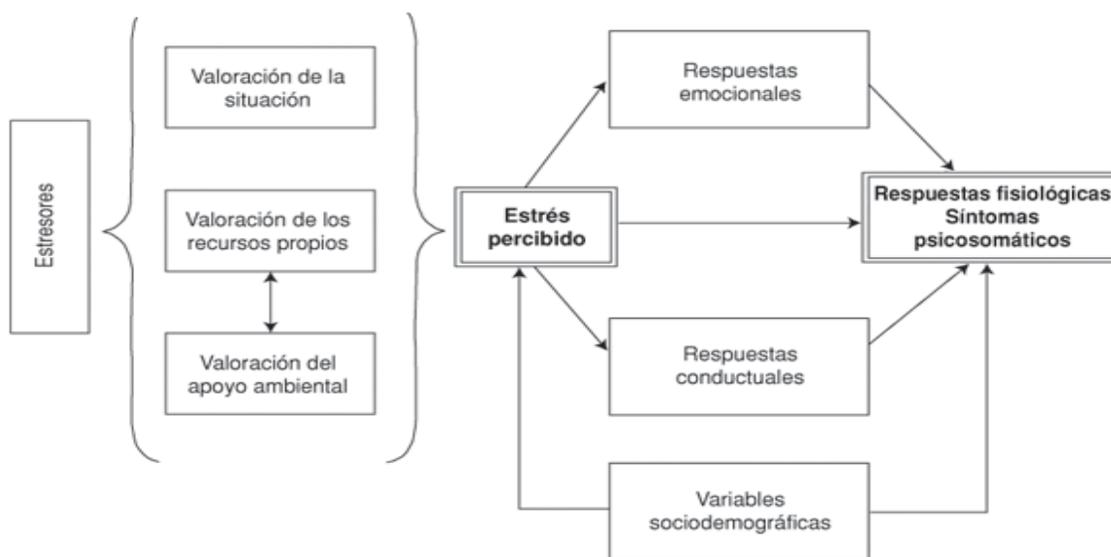


Figura 4. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos.

De acuerdo a este modelo, el estrés es el resultado de un desequilibrio entre las exigencias percibidas (a través de la evaluación de la amenaza, los recursos personales y el apoyo social), y la habilidad para cumplir con esas exigencias (respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivo-conductuales).

Dentro de la evaluación que el sujeto realiza de la situación de amenaza, los recursos personales que se evalúan en la presente investigación corresponden a las variables de: autoestima, autoeficacia y apoyo social. Por otra parte, las respuestas fisiológicas, emocionales y cognitivo-conductuales que se tomarán como variables dentro de esta investigación incluyen: carga viral, conteo de células CD4 (que fueron abordadas en el capítulo previo), depresión, desesperanza y comportamientos suicidas. Es necesario entonces conceptualizar las variables que se incluyen en el modelo previamente mencionado.

Autoestima

La autoestima es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que se desarrolla desde la infancia, a partir de las experiencias del niño y de su interacción con los demás. Es la valoración de uno mismo, de la personalidad, de las actitudes y de las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.

Una forma clara de entender el concepto de autoestima es la que plantea Branden (2001), correspondiente a "una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito", y lo explica nuevamente como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo.

Autoeficacia

Se entiende como autoeficacia todos aquellos juicios de cada individuo sobre su capacidad, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

A través de representaciones cognitivas sobre el futuro la persona puede generar motivación hacia determinados comportamientos (Bandura, 1977). De este modo, la autoeficacia sería fuente de motivación ya que tiene un rol central en la evitación o no de conductas, en función de la capacidad con la que la persona se percibe para realizar una tarea, se acerca hacia su consecución y persistirá más o menos en ella.

Apoyo social

Se conceptualiza el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Barrón & Sánchez, 2001).

Hay que precisar que existen múltiples definiciones y abordajes del apoyo social, sin embargo Barrón en 1996 resalta los aspectos funcionales del mismo, centrándose en el tipo de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumplen. Desde esta perspectiva, se destacan tres funciones: la provisión de apoyo emocional, material e informacional (Barrón, 1996).

Estrés

Desde la teoría transaccional, se entiende el estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno; el ambiente es evaluado como amenazante, desbordante de sus recursos y que pone en riesgo su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984). De acuerdo con este modelo, el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo evalúa y construye una relación con su entorno. En esta relación, las demandas de éste, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas, de manera tal que cada una afecta a las otras.

Cuando una persona experimenta estrés, ha de presentar respuestas fisiológicas específicas, que evolutivamente se adquirieron a manera de preparación para la huida, el combate y defensa personal. Por ejemplo, el incremento de hormonas de la glándula tiroideas produce elevación de la frecuencia cardíaca y del metabolismo en general; el incremento de cortisol eleva la producción de glucosa y la liberación de ácidos grasos libres, y reduce la eficacia de los sistemas inmunológicos; la elevación de catecolaminas aumenta la presión sanguínea, la tensión muscular, los niveles plasmáticos de

colesterol, triglicéridos, y ácidos grasos libres, y reduce el aporte sanguíneo al riñón (Sandín, 1995).

Es sabido que las personas que viven con VIH enfrentan los factores estresantes generales de los enfermos crónicos y pueden enfrentar factores de estrés adicionales propios del VIH/SIDA, por ejemplo la obligación de realizar cambios de conducta, el estigma social, los constantes chequeos y la toma del medicamento. (Hughes, Jelsma & Maclean, 2004).

Los principales factores de estrés que las personas viviendo con VIH enfrentan pueden diferenciarse en las diferentes etapas de la enfermedad, con picos de estrés en el momento del diagnóstico inicial, al inicio de los síntomas, en el momento de la caída súbita del conteo de células CD4, al comienzo de las infecciones oportunistas y al diagnosticarse el SIDA (Tostes, Chalub & Botega, 2004). Además el estigma asociado con un estilo de vida promiscuo, consumo de drogas, y orientación homosexual, puede intensificar todos los factores de estrés y los problemas de acoplamiento a la enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento de adaptación junto con el apoyo social adecuado pueden mediar los efectos negativos del estrés. Encontrar sentido a la experiencia del VIH/SIDA se ha asociado con el mantenimiento de los niveles de CD4 y una menor angustia (Stein & Rotheram-Borus, 2004). El afrontamiento pasivo y evasivo, la inhibición psicológica y la abstinencia se han asociado con conductas de riesgo creciente, con la angustia y con una progresión más acelerada de la enfermedad (Stein & Rotheram-Borus, 2004).

Otro factor vinculado con la adaptación exitosa es el apoyo social. Zuckerman y Anton (1995) reportaron que siete criterios de apoyo social estaban especialmente relacionados con la adaptación óptima al VIH: el sentirse apoyado, la satisfacción por el apoyo recibido, la ayuda percibida de los pares, la percepción total de la disponibilidad del apoyo, la ausencia de conflicto social,

la mayor participación comunitaria relacionada con el VIH y el mayor número de amigos cercanos.

Estos criterios se relacionaron con las estrategias de afrontamiento de adaptación, la creciente autoestima y el sentido de bienestar y la disminución de la depresión, la desesperanza, la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, la disforia y la conducta riesgosa (Stein & Rotheram-Borus, 2004).

Depresión

Gerald (2003) afirma que la depresión es un malestar que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; así como la forma en cómo uno come y duerme, el deseo sexual, la opinión de uno mismo y el concepto de la vida en general.

Asimismo, Gerald (2003) comenta que la depresión es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza, sentimientos de desesperanza y de culpa, aislamiento, falta de sueño, apetito y deseo sexual.

Los síntomas de la depresión tienen algunas variaciones dependiendo del tipo que se presente, pero según el diagnóstico del DSM-IV-TR, los más comunes son sentimientos de profunda tristeza y desesperanza, pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer (anhedonia), pérdida de apetito (anorexia) o aumento considerable del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, energía baja, sentimientos de inutilidad, incapacidad y culpa, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, sentimiento de soledad o de incomunicación, miedo persistente sin saber a qué o por qué y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.

Como trastorno clínico (CIE-10), la depresión se distingue de la tristeza normal y ordinaria en que interfiere con la funcionalidad cotidiana (la persona vive la incapacidad o el absurdo, al realizar las tareas domésticas, aun cuando las lleve a cabo); implica importantes problemas en la interacción social, en la conducta y/o el funcionamiento mental o biológico; es mucho más profunda y dolorosa; es más prolongada en su curso y requiere atención médica y psicoterapéutica. Las personas con depresión experimentan que su vida carece de sentido, que el sufrimiento es excesivo, intolerable, y debido a ello deciden dar fin a su vida, la cual se presenta en sus condiciones como algo absoluto, irremediable e irreversible.

Desesperanza

Se puede definir a la desesperanza como el conjunto de percepciones y expectativas negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro

En términos generales, la desesperanza remite a sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, y se correlaciona de manera directa y significativa con ideaciones y tendencias suicidas, de tal modo que a mayor grado de desesperanza, mayor riesgo de suicidio.

La desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, ya que forma parte de las distorsiones cognitivas características de personas con depresión y suicidas. A mayores niveles de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad de materializar una conducta suicida. (Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa, Valencia, 2003).

Comportamientos suicidas

El comportamiento suicida abarca los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes de suicidio y las acciones que tienen pocas posibilidades de llevar a la muerte son llamados gestos suicidas (Arias-Gutiérrez, Marcos-Fernández, Martín-Jiménez, Arias-Gutiérrez, Deronceré-Tamayo, 2009). Las acciones suicidas con intención de muerte pero que no logran su propósito se llaman intentos de suicidio.

Algunas personas que intentan suicidarse son descubiertas a tiempo y salvadas. Otras personas que intentan suicidarse tienen sentimientos contradictorios acerca de la muerte y el intento puede fallar porque en realidad es una petición de ayuda combinada con un fuerte deseo de vivir. (Vitiello, Brent, Greenhill, *et al.*, 2009). Finalmente, un suicidio consumado tiene como resultado la muerte.

La depresión es el trastorno mental que más a menudo se asocia con el suicidio. La ansiedad, una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio, está estrechamente entrelazada con la depresión y los dos trastornos son a veces indistinguibles (Hendin, Maltsberger, Pollinger, Szanto, Rabinowicz, 2004).

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas sin solución o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

2.2.1 Síntesis del modelo

Las variables que son mencionadas en el marco teórico son evaluadas en el presente estudio, considerando así que los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral por parte de las personas que viven con VIH/SIDA pueden explicarse a través de las variables: autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, comportamientos suicidas, niveles de carga viral y conteo de células CD4. Por lo tanto, el modelo del cual se parte para los análisis, es el que se presenta en la Figura 2.

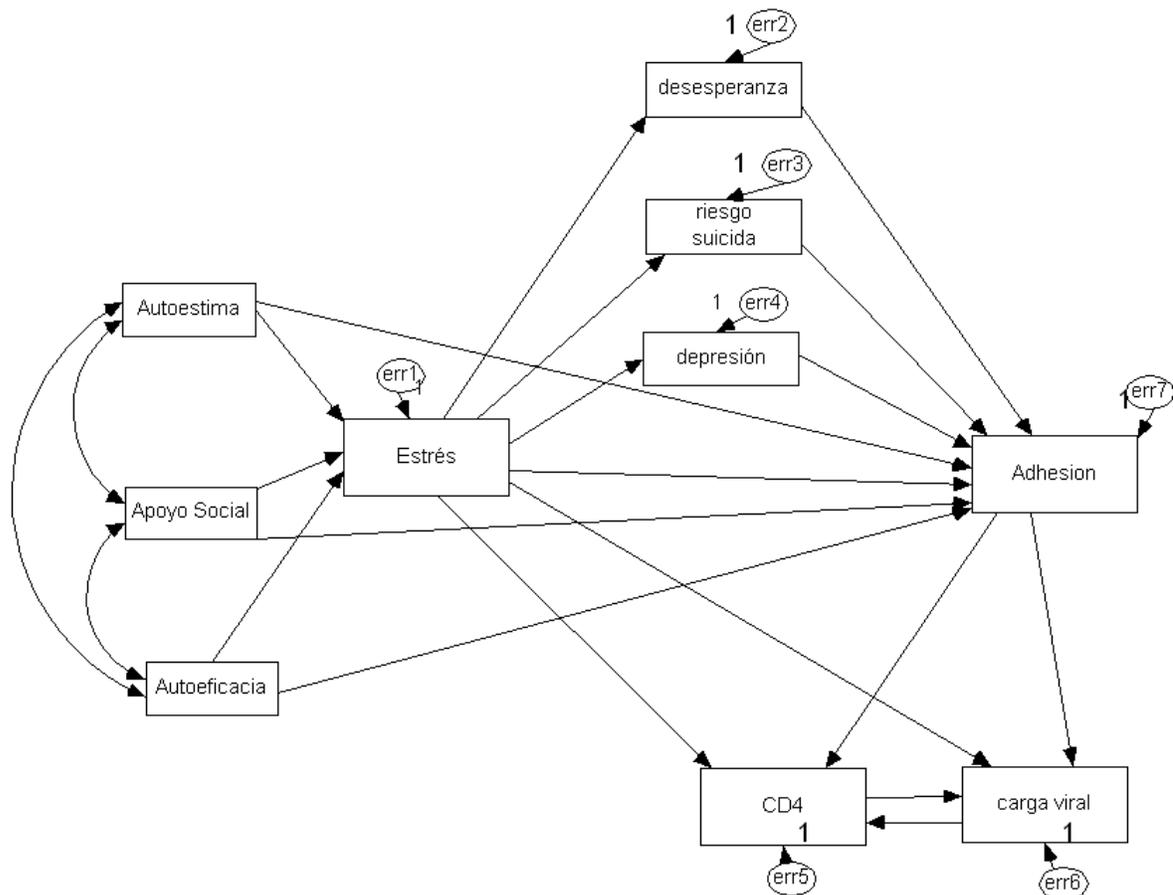


Figura 2. Modelo Hipotético.

CAPITULO III

METODO

El objetivo de este trabajo consiste en la evaluación de un modelo explicativo de los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral en función de variables psicosociales tales como: autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, desesperanza y riesgo suicida.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se trabajó con un diseño transversal, de tipo correlacional.

PARTICIPANTES

Los participantes fueron personas que viven con VIH/SIDA, y que acuden a los centros de salud (CENSIDA, IMSS, ISSSTE, COESIDA), que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria. Se tomaron en cuenta a todos los hombres y mujeres de entre 16 y 70 años, que cubrían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyeron en el estudio todas aquellas personas que viven con VIH/SIDA, que reciben tratamiento antiretroviral, y cuyo diagnóstico es de por lo menos 6 meses previos a la presente investigación y que contaban con sus últimos resultados de carga viral y conteo de células CD4.

No se incluyeron en el estudio aquellas personas que no cubrían los criterios de inclusión y que además eran analfabetas o bien no aceptaron participar en la investigación.

Muestra

El cálculo del tamaño de muestra se realizó con el programa nQuery Advisor, estableciendo que el máximo de variables a contemplar para un modelo predictivo serían 8, con un coeficiente de determinación³ de .20 y un poder⁴ estimado de .90 y 95% de confianza y se obtuvo como muestra requerida un total de 85 sujetos. El total de participantes fue de 106 personas que viven con VIH/ SIDA.

Aspectos Éticos

Los participantes fueron invitados voluntariamente en el estudio, y para confirmar su participación firmaron un consentimiento escrito que explicaba los propósitos de la investigación, se enfatizó la confidencialidad absoluta de los datos personales obtenidos de su situación clínica, en caso de publicar los resultados en algún foro o publicación; así como también el derecho a poder ser acreedor de recibir información y atención a sus inquietudes al respecto, así como a negarse a seguir colaborando durante cualquier etapa de esta investigación.

APARATOS E INSTRUMENTOS

Para seleccionar los cuestionarios de evaluación se consideró su adecuación teórica con el estudio y se valoró la información disponible sobre su validez y fiabilidad; en los casos donde se identificaron estudios de análisis factorial se consideró el porcentaje de varianza explicada; además, por la cantidad de variables a medir se tomó en cuenta el número de ítems de las escalas. Se utilizaron cuestionarios para la medición de las siguientes variables:

³ Coeficiente de determinación: se refiere al porcentaje de varianza explicada (Elashoff, 2005).

⁴ Poder: probabilidad de que los resultados sean estadísticamente significativos al nivel de confianza especificado (Elashoff, 2005).

Comportamientos de adhesión

(Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH [VPAD-24])

Este instrumento se basa en un modelo psicológico de salud biológica y, en consecuencia, permite delimitar con precisión la dimensión psicológica que es pertinente a la salud en general y al problema de adhesión al tratamiento en particular. De acuerdo a su autor (Piña, *et al.*, 2006) para su construcción se consideró la relación entre situaciones vinculadas con el estrés y los comportamientos asociados a la enfermedad.

Esta escala consta de 24 preguntas con formato Likert y que están agrupadas en 4 categorías: Relacionadas con comportamientos de autocuidado previos a la notificación del diagnóstico de VIH; relacionadas con los comportamientos a partir del diagnóstico de VIH; relacionadas con los estilos enfrentamiento y la información que el paciente tiene sobre el tratamiento; relacionadas con el grado de dificultad para practicar los comportamientos de adhesión.

Las propiedades psicométricas del instrumento se comprobaron mediante el análisis factorial exploratorio con rotación varimax, y se explica 65.50% de la varianza. En el análisis de confiabilidad se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.852.

Autoestima

(Escala de Autoestima de Rosenberg [EAR])

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Rosenberg, 1989) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert, la mitad de ellos enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación

tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La confiabilidad de consistencia interna encontrada por Vázquez, Jiménez y Vázquez (2004) fue de .84, puntaje similar a los referidos por otros estudios citados por dichos autores; asimismo, se encontraron datos de estabilidad temporal satisfactorios ($r = .72$ a los 2 meses y $r = .74$ al año).

Autoeficacia

(Escala de autoeficacia general)

La autoeficacia general se evaluó con la adaptación al español de la Escala de Autoeficacia Generalizada (Jerusalem & Schwarzer, 1992) que consta de 10 reactivos con 4 opciones de respuesta, lo que brinda un puntaje que va de 10 a 40. La consistencia interna de la escala en diferentes estudios ha alcanzado valores de .79 a .93. Los estudios psicométricos de esta escala a nivel internacional aparecen en el manual de Schwarzer (1993), donde se reporta un análisis factorial confirmatorio que detectó en la escala un carácter unidimensional, manteniéndose este resultado en todas las muestras empleadas; además, se reportan datos satisfactorios sobre validez de criterio y predictiva; así como fiabilidad de test-retest. Estudios sobre la escala en 14 culturas pueden consultarse en Schwarzer (1999). La versión en español (en Costa Rica) obtuvo un alfa de Cronbach de .81, en el análisis factorial reflejó un solo factor que explicaba el 39% de la varianza y en el análisis factorial confirmatorio los estadísticos de ajuste fueron adecuados (Bässler y Schwarzer, 1996).

Apoyo social

(Functional Social Support Questionnaire [Duke-UNC-11], validado por Piña para personas VIH positivas, 2007)

El instrumento consta de 11 preguntas que se miden en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (mucho menos de lo que deseo/quiero) a 5 (tanto como deseo/quiero). Se divide en dos subescalas: de apoyo social afectivo (preguntas 1, 4, 6, 7,8 y 10) y apoyo social de confianza

(preguntas 2, 3, 5, 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos.

Piña (2007) aplicó el cuestionario Duke-UNC-11 a personas con VIH, el análisis de las propiedades psicométricas mostró evidencia de confiabilidad y validez, al encontrarse una estructura unifactorial que explica el 58.6% de la varianza y consistencia interna evaluada por el alfa de Cronbach de .92.

Estrés

(Escala de Estrés Percibido de Cohen [PSS])

Se utilizó la Escala de Estrés Percibido de Cohen -PSS- (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983). El PSS consta de 14 reactivos con puntuación de nunca – 0– a muy a menudo –4–. Invertiéndose la puntuación en los 7 ítems negativos. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. De la versión original del PSS en inglés, existe un estudio realizado por Cohen y Williamson (1988) en una muestra de 960 hombres y 1,427 mujeres de Estados Unidos, con una edad promedio de 42.8 años (D.T. 17.2), utilizaron el Análisis Factorial Exploratorio, con análisis de componentes principales y rotación varimax, encontrando 2 factores que explicaban en conjunto el 41.6% de la varianza.

El alfa obtenido en dicho estudio fue de .75. El PSS, mostró una buena consistencia interna (alfa=.67) en el estudio de Remor y Carrobles (2001), sin embargo, al ser utilizado en población mexicana el ítem 12 ha mostrado mala ejecución (González y Landero 2006), por lo que González y Landero (2007) propusieron una modificación en la redacción del ítem 12 y una adaptación de la escala para México, con la cual se confirma la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson, con estadísticos de bondad de ajuste adecuados y

consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach de .83 (González y Landero, 2007), esta versión fue utilizada en el presente estudio.

Depresión

(Escala de depresión de Zung [ZSDS])

La escala de depresión de Zung (1965), consta de 20 preguntas que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 50 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 50-59 puntos para personas que experimentan depresión mínima; 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada y > 70 puntos para personas que experimentan depresión severa.

El estudio de Piña (2007) mostró que la escala se compone de tres factores que explican el 56.1% de la varianza, el análisis de consistencia interna reflejó valores adecuados para los dos primeros factores y pobre consistencia interna en el tercer factor (alfa=.46). Los autores conservan 18 de los 20 ítems originales de la escala, la consistencia interna para estos 18 ítems fue de .88.

Desesperanza

(Escala de desesperanza de Beck [BHS])

Este instrumento está basado en una visión cognitiva de la desesperanza. Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, Verdadero o Falso. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0. El BHS sólo estima la severidad de la desesperanza, por ello es

clínicamente importante prestar atención a otros aspectos del funcionamiento psicológico particularmente a los niveles de la depresión y la ideación suicida.

Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck y Steer (1988): 0-3, Rango normal o asintomático; 4-8, Leve; 9-14, Moderado; y 15-20, Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida. (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho & Enríquez, 2006)

Aliaga, Rodríguez, Ponce, León & Enríquez (2006) aplicaron el BHS en 7 grupos con diferentes características, entre los cuales había población general, personas con diagnóstico de depresión y personas con intentos suicidas, entre otros. Al analizar la escala con los 782 sujetos los datos reflejan adecuadas propiedades psicométricas (alfa = .76; estabilidad test-retest $r=.68$; validez de criterio comparando con el BDI). Por otro lado en los grupos de depresión mayor, esquizofrenia/trastornos afectivos se obtuvieron mejores propiedades psicométricas.

Comportamientos suicidas

(Escala de riesgo suicida de Plutchik)

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO (puntajes de 1 y 0). El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

En la validación española (Rubio *et al.*, 1998) el punto de corte propuesto son 6 puntos la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna. La consistencia interna de la escala original era de .84

(Plutchik *et al.*, 1989), en la validación española fue de .90. La confiabilidad test-retest tras 72 horas fue de $r=.89$.

PROCEDIMIENTO

Esta investigación se realizó con las personas que viven con VIH/SIDA, que acuden al centro de atención a personas que viven con VIH (CAPASITS) donde los pacientes reciben atención médica y psicológica, pruebas de laboratorio, tales como conteo de células CD 4 y carga viral, así como entrega de medicamentos.

Diseño utilizado:

El diseño que se llevó a cabo es de tipo transversal, correlacional.

Recolección de Datos:

El abordaje a los pacientes se realizó durante su visita médica de rutina. Una vez que los pacientes pasaban con la enfermera del centro clínico, esperan turno para entrar a la consulta médica y a las pruebas de sangre; es en este periodo de tiempo, que fueron abordados para solicitarles participar en el estudio. Una vez accediendo a contestar las escalas, se les llevaba a un consultorio dentro de la clínica y se procedía a aplicar los instrumentos, previa autorización por escrito del paciente.

Análisis de Datos:

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. Para ajustar el modelo que pronosticara los comportamientos de adhesión se trabajó mediante ecuaciones estructurales. La correspondencia entre análisis y objetivos se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2. Correspondencia entre objetivos y análisis estadísticos

Objetivos Específicos	Análisis estadístico
Evaluar el nivel de comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH/SIDA.	Análisis descriptivo
Evaluar la relación que existe entre los comportamientos de adhesión en personas que viven con VIH/SIDA y las variables psicosociales de: autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, desesperanza, ideación e intención suicida.	Correlación de Pearson
Evaluar un modelo estructural de variables psicosociales relacionadas con los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH/SIDA.	Modelos de ecuaciones estructurales

Los estadísticos de bondad de ajuste que se consideraron fueron los siguientes:

- ⇒ *Chi cuadrado*: Con este estadístico se puede contrastar la hipótesis nula de que todos los residuos son nulos (Ruiz, 2000). Esta prueba tiene la limitante de que el valor del estadístico de prueba depende del tamaño de muestra. Por lo que para muestras grandes, el estadístico tiende a incrementarse.
- ⇒ *Razón de chi-cuadrado entre los grados de libertad (χ^2/gl)*: se utiliza para comparar la magnitud de χ^2 respecto a los grados de libertad; para un buen ajuste ésta razón deber ser tan pequeña como sea posible, valores menores a 3 indican ajuste bueno o aceptable (Schermelleh-Engel *et al.*, 2003).
- ⇒ *Índices de ajuste absoluto*: Evalúan qué tan bien está reproduciendo los datos el modelo propuesto. Existen diferentes índices de ajuste absoluto:

 - ⇒ GFI (goodness of fit index), este índice fue desarrollado por Jöreskog y Sörbom (1984), sus valores son menores o iguales a 1, un valor de 1 indica un ajuste perfecto.
 - ⇒ AGFI (adjusted goodness of fit index), desarrollado por los mismos autores, corrige el estadístico GFI por los grados de libertad y el número de variables, tanto GFI como AGFI alcanzan el valor de 1 cuando todos los residuos son nulos (Ruiz, 2000).

CAPITULO IV

RESULTADOS

El objetivo general del estudio fue proponer y evaluar un modelo explicativo de variables psicosociales relacionadas con los comportamientos de adhesión al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH.

Los objetivos específicos de la investigación consistieron en evaluar el nivel de comportamiento de adhesión al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH/SIDA y su relación con la carga viral y el conteo de CD4; así como detectar el modelo más parsimonioso y de mejor ajuste para explicar los comportamientos de adhesión en personas que viven con VIH/SIDA, valorando la inclusión de las variables psicosociales de: autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, desesperanza y comportamiento suicida.

Para ello se realiza inicialmente una descripción de la muestra, descripción de las variables, y un análisis de la fiabilidad de los instrumentos. Posteriormente se miden las correlaciones entre las variables y por último se valoran los modelos de ecuaciones estructurales realizados para explicar los comportamientos de adhesión.

Descripción de la muestra

La muestra con la que se trabajó fue de 106 sujetos, 74 hombres y 32 mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 36.6 años. 54 personas de la muestra se define como heterosexual, y la mayoría nunca ha estado casada (45.3%).

28 participantes acuden con frecuencia a un grupo de autoapoyo, y 49 practican algún deporte de manera constante. El nivel de escolaridad de la población en general se sitúa en 9.54 años, lo que corresponde a un nivel de estudio de secundaria terminada. El tiempo promedio con el diagnóstico de seropositividad es de 6 años. La carga viral promedio es de 1845 copias del virus, y el conteo de células TCD4 se sitúa en 513/mm³, correspondiendo a niveles serológicos promedio para llevar tratamiento antiretroviral (Tabla 3)

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes (N=106).

	N	%
Género		
Masculino	74	69.8
Femenino	32	30.2
Orientación Sexual		
Homosexual	32	30.1
Bisexual	20	18.8
Heterosexual	54	50.9
Estado civil		
Soltero	48	45.3
Casado	21	19.8
Divorciado	6	5.7
Unión Libre	13	12.3
Separado	8	7.5
Viudo/Viuda	10	9.4
Perteneciente a un grupo de apoyo	28	26.4
Practica ejercicio	49	46.2
	Media	
Edad	36.42	
Escolaridad	9.54	
Años de diagnostic	6	
Carga Viral	1845	
Conteo de Células T-CD4 /mm³	513	

Descripción de las variables

En este apartado se presenta la descripción de las variables. En la tabla 4 se incluyen las medidas de tendencia central y la desviación típica; se incluye el rango de puntuación de cada escala para facilitar la interpretación de los datos.

Los participantes obtuvieron puntuaciones elevadas en las variables autoeficacia y apoyo social. La media y la mediana de las puntuaciones de estrés y depresión, se encontraron a la mitad de la máxima puntuación posible. Las puntuaciones más bajas que se obtuvieron fueron las de desesperanza y comportamientos suicidas. La variable autoestima resultó por arriba de la mitad de la máxima puntuación posible

Tabla 4. Medidas de tendencia central de las variables del modelo explicativo de comportamientos de adhesión.

Variable	Puntaje	Mediana	Media	Desviación Estándar
Autoestima	10-40	29.5	29.26	4.78
Apoyo Social	11-55	44	41.89	10.02
Autoeficacia	10-40	34	32.18	6.30
Depresión	20-80	37	39.99	11.03
Desesperanza	0-20	4	5.65	4.34
Riesgo Suicida	0-15	4	4.67	3.25
Estrés	0-56	23.5	25.10	9.26
Comportamientos de adhesión	20-95	80	76.36	12.09

Fiabilidad de los instrumentos

Se presentan datos sobre fiabilidad de consistencia interna de cada escala utilizada, estimada a través del coeficiente de Cronbach.

Tabla 5. Valores de alfa de Cronbach para cada escalas

Variable	α
Autoestima	.79
Apoyo Social	.93
Autoeficacia	.90
Depresión	.89
Desesperanza	.83
Riesgo Suicida	.89
Estrés	.89
Comportamientos de adhesión	.89

Los puntajes del coeficiente de Cronbach indican que el grado de consistencia interna de las escalas es adecuado, por lo que se procedió al análisis de los resultados.

Correlación entre las variables

Las variables componentes del modelo de comportamientos de adhesión incluyen: autoestima, autoeficacia, apoyo social, estrés, depresión, desesperanza y riesgo suicida. Para probar el valor estadístico del modelo propuesto se hace necesario conocer la correlación entre cada una de sus variables. Se realizaron pruebas de correlación de Pearson donde se obtuvieron los datos que se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Correlación de variables

	Adhe- sión	Auto- eficacia	Apoyo Social	Estrés	Autoestima	Depre- sión	Desespe- ranza	Riesgo Suicida
Adhesión	1	.66	.50	-.61	.59	-.60	-.59	-.55
Autoeficacia	.66	1	.50	-.72	.63	-.59	-.57	-.52
Apoyo Social	.50	.50	1	-.69	.48	-.71	-.67	-.57
Estrés	-.61	-.72	-.69	1	-.68	.76	.73	.63
Autoestima	.59	.63	.48	-.68	1	-.59	-.55	-.47
Depresión	-.60	-.59	-.71	.76	-.59	1	.79	.74
Desesperanza	-.59	-.57	-.67	.73	-.55	.79	1	.71
Riesgo Suicida	-.55	-.52	-.57	.63	-.47	.74	.71	1

Es importante mencionar que todas las correlaciones entre las variables resultaron significativas ($p < .05$), las correlaciones más fuertes corresponden a las variables de estrés y depresión. A mayor puntaje de estrés, mayor puntuación en depresión ($r = .76$), desesperanza ($r = .73$) y menor autoeficacia ($r = -.72$). A mayor depresión, se obtendrá mayor desesperanza ($r = .79$), mayor estrés ($r = .76$), mayor riesgo suicida ($r = .74$) y menor apoyo social ($r = -.71$).

Las correlaciones más altas de los comportamientos de adhesión se encuentran con las variables autoeficacia, estrés y depresión. Cuanta mayor sea la autoeficacia, mayores puntajes de adhesión ($r = .66$), a mayor depresión, menor adhesión ($r = -.60$), con mayores puntajes de estrés se espera menor nivel de adhesión ($r = -.61$).

A partir de los resultados obtenidos en la correlación de variables se comprueban las hipótesis de trabajo para el Objetivo 1 de esta investigación, con un nivel de significancia de $p \leq .05$:

- a) A mayor comportamiento de adhesión al tratamiento antiretroviral menor carga viral ($r = -.39$)
- b) A mayor comportamiento de adhesión al tratamiento antiretroviral mayor conteo de CD4 ($r = .433$)
- c) A menor carga viral mayor conteo de CD4 ($r = -.52$)

Por otro lado, las hipótesis de correlación incluidas en el primer modelo se comprueban con un nivel de significancia de $\leq .005$:

- a) La autoestima influye negativamente en el nivel de estrés percibido ($r = .68$)
- b) La autoestima influye positivamente en el nivel de adhesión ($r = .59$)
- c) La autoestima correlaciona positivamente en el apoyo social ($r = .48$)
- d) La autoestima correlaciona positivamente en la autoeficacia ($r = .63$)
- e) Apoyo social influye negativamente en el nivel de estrés percibido ($r = -.69$)
- f) El apoyo social influye positivamente en el nivel de adhesión ($r = .50$)
- g) El apoyo social influye positivamente en el nivel de autoeficacia ($r = .50$)
- h) La autoeficacia influye positivamente en el nivel de adhesión ($r = .66$)
- i) La autoeficacia influye negativamente en el nivel de estrés percibido ($r = -.72$)
- j) El estrés percibido influye negativamente en el conteo de CD4 ($r = -.42$)
- k) El estrés percibido influye positivamente en los estados depresivos ($r = .76$)
- l) El estrés percibido influye positivamente con la desesperanza ($r = .73$)
- m) El estrés percibido influye positivamente con los comportamientos suicidas ($r = .63$)
- n) El estrés percibido influye negativamente con el nivel de adhesión ($r = .61$)

- o) La depresión influye negativamente en el nivel de adhesión ($r=-.60$)
- p) La desesperanza influye negativamente en el nivel de adhesión ($r= -.59$)
- q) Los comportamientos suicidas influyen negativamente en el nivel de adhesión ($r=-.55$)

Modelo explicativo de comportamientos de adhesión

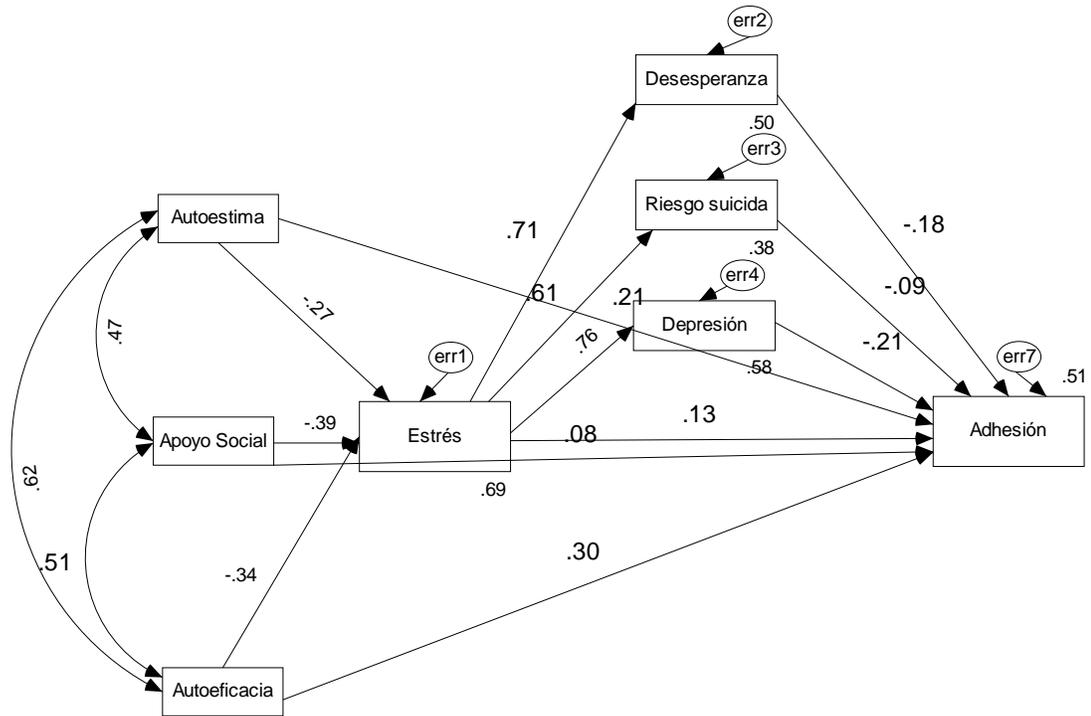
El objetivo de este estudio consistió en la confirmación de un modelo que permitiera integrar las correlaciones entre las variables psicosociales y los comportamientos de adhesión mencionados previamente.

Para ajustar el modelo que pronosticara adhesión se trabajó con modelos de ecuaciones estructurales (SEM) utilizando el programa AMOS.

Con el primer modelo estimado se buscó confirmar el modelo formado teóricamente. A partir de este modelo, se identificaron los coeficientes significativos del modelo y se valoró la bondad de ajuste.

En el primer modelo estimado (Figura 5), los efectos del apoyo social sobre el comportamiento de adhesión no fueron significativos ($\beta=.065$; $p=.559$). Resultados similares se encontraron para los pesos de regresión de autoestima ($\beta=.478$; $p=.046$) y estrés ($\beta=.780$; $p=.063$). Se fijó a cero dicho parámetro y se volvió a estimar el modelo. Los índices de bondad de ajuste (Tabla 7) indicaron que el modelo debía mejorarse, por lo que se eliminaron los coeficientes no significativos.

Figura 5. Primer modelo estimado



La desesperanza, ideación suicida y la depresión son indicadores de creencias negativas, todas con un peso de regresión y correlaciones altas (Tabla 6), por lo que para simplificar el modelo se incluye una variable latente llamada creencias negativas (Figura 6).

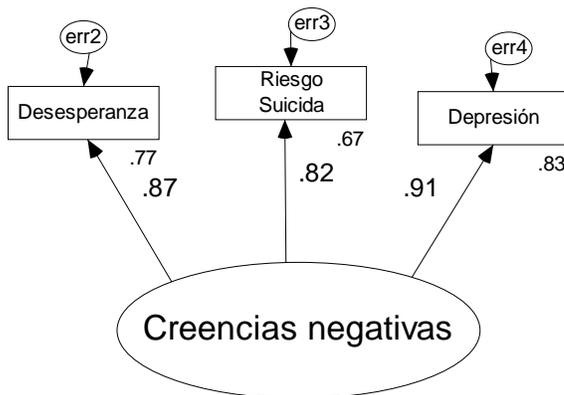


Figura 6. Variable latente de creencias negativas.

Los siguientes modelos estimados se probaron estadísticamente con la inclusión de esta variable.

En el segundo modelo, se fijó a cero la variable autoestima para los comportamientos de adhesión. Se encontró que los pesos de regresión para estrés ($\beta=.080$ $p=.708$) y apoyo social ($\beta=.046$; $p=.688$) al predecir adhesión no fueron significativos.

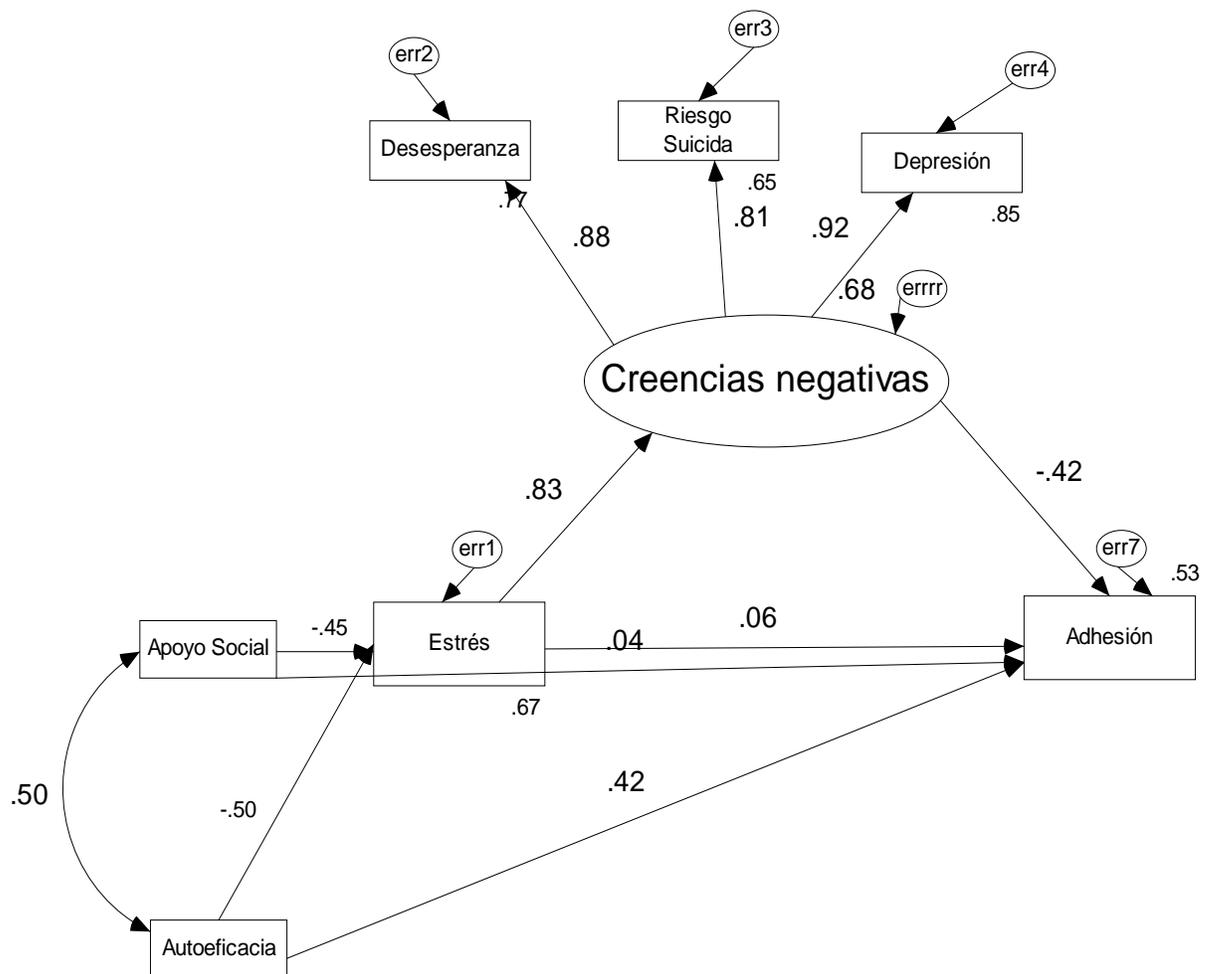


Figura 7. Segundo modelo estimado

Para cada modelo estimado se realizaron pruebas de índice de ajuste absoluto y de incremento, (Tabla 7) que indicaban los momentos en los que los ajustes del modelo eran necesarios.

Tabla 7. Índices de bondad de ajuste

Modelo	Índices de ajuste absoluto						Índices de ajuste de incremento			
	X ²	g.l.	X ² /gl	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	IFI
1	104.139	12	8.678	.770	.311	.270	.836	.646	.848	.852
2	25.245	10	2.524	.943	.840	.120	.955	.940	.971	.972
3	4.051	7	.579	.987	.962	.000	.991	1.014	1	1.006
4	4.182	8	.523	.987	.965	.000	.991	1.016	1	1.008
5	17.393	18	.966	.940	.879	.000	.951	1.003	1	1.002

En el tercer modelo (Figura 8), la variable apoyo social fue eliminada y los índices de bondad de ajuste se incrementaron significativamente. La relación entre autoestima y adhesión no fue significativa ($\beta=.161$; $p=.096$). Los puntajes obtenidos en los índices de bondad de ajuste señalaron la susceptibilidad del modelo a ser mejorado. Al quitar autoestima sobre adhesión todas las relaciones fueron significativas y se observó mejora en los índices de bondad de ajuste. Sin embargo, autoestima y apoyo social al no conservar una relación directa sobre adhesión se eliminaron del modelo, buscando uno más parsimonioso. La variable estrés se conservó por la relación indirecta sobre adhesión, considerándola como variable central en el modelo base de acuerdo al modelo de estrés para explicar los síntomas psicósomáticos.

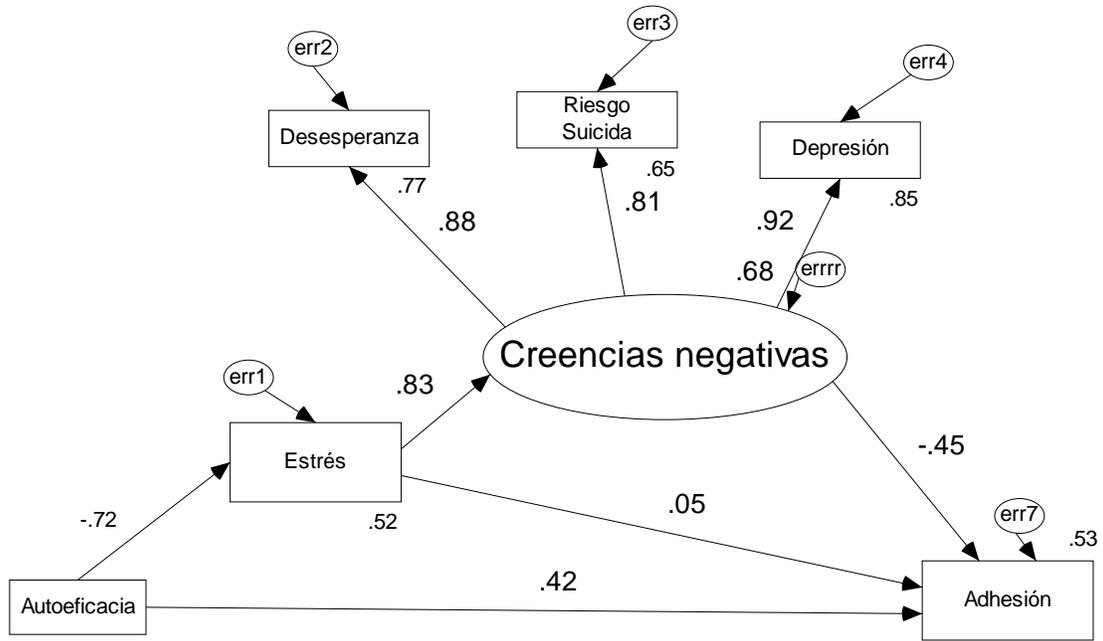


Figura 8. Tercer modelo estimado

En el cuarto modelo (Figura 9), considerado como modelo final, el efecto estandarizado indirecto del estrés sobre los comportamientos de adhesión es de $-.337$. Esto implica que cuando el estrés se incrementa una desviación estándar, los comportamientos de adhesión disminuirán $.337$ desviaciones estándar, independientemente de cualquier efecto directo que el estrés pueda tener en los comportamientos de adhesión.

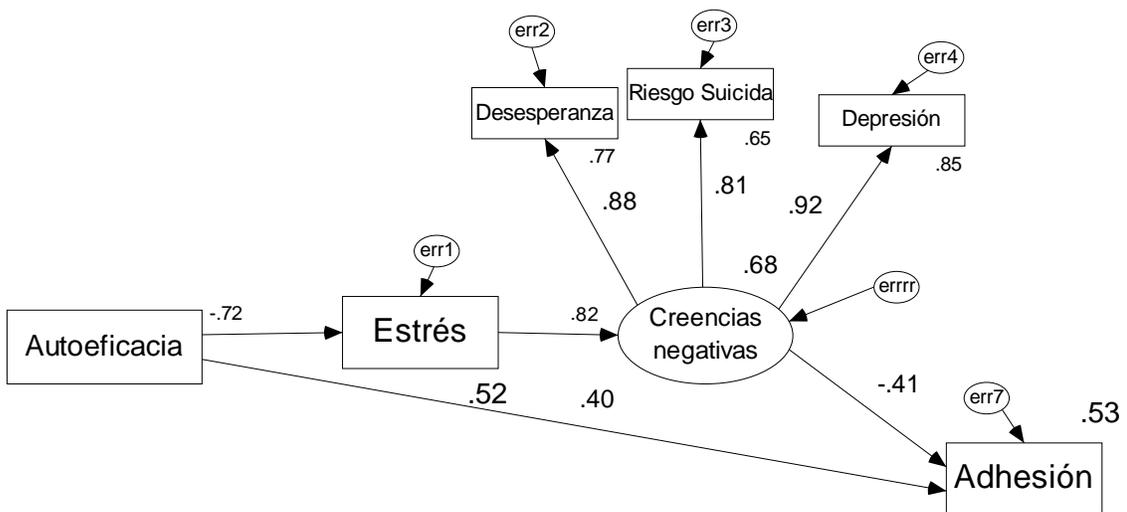


Figura 9. Modelo Final

Las variables autoeficacia, estrés por efecto indirecto y las creencias negativas (desesperanza, depresión y riesgo suicida) explican 53% de la varianza de los comportamientos de adhesión. En este modelo todos los parámetros fueron distintos de cero.

Una vez que se obtiene el modelo final, se incorporaron los marcadores serológicos (Carga Viral y CD4) y se obtienen relaciones significativas con adhesión al tratamiento. También se encuentra un efecto directo del estrés sobre las células CD4 y un efecto estandarizado indirecto sobre los comportamientos de adhesión de $-.249$. Esto implica que cuando el estrés se incrementa una desviación estándar, los comportamientos de adhesión disminuirán $.249$ desviaciones estándar, independientemente de cualquier efecto directo que el estrés pueda tener en los comportamientos de adhesión.

El modelo final que incluye los marcadores serológicos (Figura 10) cumple con los criterios de bondad de ajuste para considerarse como un modelo parsimonioso, y explica en su conjunto 58% de la varianza de los comportamientos de adhesión.

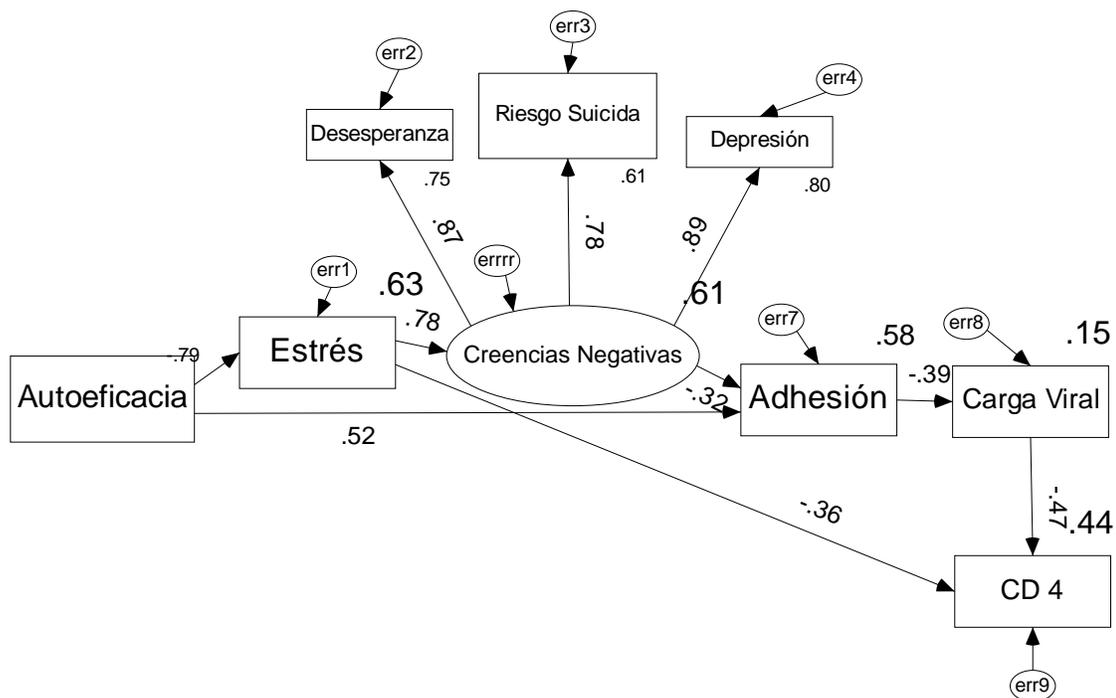


Figura 10. Modelo final con marcadores serológicos

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación, permiten presentar un modelo parsimonioso que explica los comportamientos de adhesión bajo el modelo de estrés y síntomas psicosomáticos.

Las demandas de la terapia antiretroviral, constituyen el desafío que precisa ser evaluado cognitivamente por el paciente para realizar el afrontamiento. Con los modelos presentados en esta investigación se observa que las variables de apoyo social, y autoestima, no tienen el suficiente peso predictivo para explicar los comportamientos de adhesión; sin embargo, investigaciones previas relacionan estas variables de manera positiva con la adhesión al tratamiento (Piña, 2007; Amico *et al.*, 2005).

Por otro lado, se observa que la relación entre las variables autoeficacia y creencias negativas tienen un poder predictivo directo con los comportamientos de adhesión.

Puede concluirse que cuando el paciente posee altos niveles de autoeficacia aumenta la probabilidad de que también presente altos índices de comportamientos de adhesión. Contrario a las variables desesperanza y depresión que de estar presentes disminuirán la probabilidad de que se siga el tratamiento de manera adecuada.

Estos resultados son congruentes con lo que plantea Parsons *et al.*,(2008), donde se pone de manifiesto la importancia de tomar en cuenta las variables cognitivas y emocionales para realizar intervenciones que promuevan los comportamientos de adhesión.

También Ballester en 2003 señalaba los factores emocionales como un factor de riesgo ante la negativa del paciente de continuar con las demandas de la terapia farmacológica, ya que la depresión por sí misma y sus variables concomitantes como la desesperanza incrementan la posibilidad de abandono al tratamiento.

El elemento de autoeficacia ha sido encontrada como factor predictivo de la adherencia (Ladero, *et al.*, 2005). Al igual que los resultados de la presente investigación, Graham en 2007 especifica el valor de las creencias en relación a la propia capacidad para sobrellevar una problemática de salud. Lo anterior evidencia que tener una adecuada autoeficacia permite asumir de manera más favorable la enfermedad y adaptarse a los cambios en el estilo de vida, que ella conlleva, o bien en el caso específico de los comportamientos de adhesión los ajustes en las actividades diarias y el apego a la ingesta del medicamento.

Bajos niveles de autoeficacia se asocian a estados depresivos, ansiedad e indefensión, lo cual se relaciona con baja autoestima y una opinión negativa acerca de las capacidades que se poseen (Campos, 2010). Por el contrario, altos niveles de autoeficacia disminuyen los índices de desesperanza y estos a su vez influyen en la disminución de la baja percepción de control, favoreciendo los comportamientos de autocuidado (Westburg, 2004).

La desesperanza se asocia a una baja calidad de vida y es un factor predictor de la mortalidad (Nicassio *et al.*, 1985). Se ha encontrado que los niveles de desesperanza aumentan debido a el paciente siente que por más que se esfuerce no va a lograr cambios significativos en su condición de salud, y es así como se adoptan conductas de pasividad, que agravan la sintomatología médica y refuerzan al paciente la idea de que nada de lo que haga logrará su bienestar (Campos, 2010; Graham, 2007).

Desde diversos modelos cognitivos la adhesión al tratamiento se explica como el resultado de una decisión racional que el paciente toma y que dependería de sus creencias sobre las consecuencias de no tomar la medicación, su vulnerabilidad a dichas consecuencias o la relación coste-beneficio que supone seguir el tratamiento, en el caso específico de la autoeficacia, se refiere a la

creencia que tiene el sujeto sobre su propia capacidad para afrontar las demandas de la terapia antiretroviral.

Los resultados de esta investigación confirman el peso significativo que tienen las variables cognitivas como la autoeficacia y la desesperanza sobre los comportamientos de adhesión, al relacionar de manera significativa las creencias que el sujeto tiene sobre su propia capacidad de acción y la visión negativa que tiene del futuro, con las conductas específicas de cuidado que la terapia antiretroviral demanda al paciente.

Otro de los aportes de este modelo, lo constituye la evidencia del efecto del estrés con marcadores serológicos como el conteo de células CD4. A pesar de que la carga viral también se hipotetizaba como elemento relacionado con la variable estrés, quedó demostrado que la carga viral solo tiene una relación directa con los comportamientos de adhesión, esto puede explicarse a través de los distintos elementos que contribuyen en la progresión a la etapa de SIDA, como tiempo de infección, características del esquema de tratamiento, y otros factores clínicos que no se tomaron en cuenta en la elaboración de este proyecto.

Los resultados de esta investigación constituyen una evidencia de la relación que existe entre los comportamientos de adhesión y la carga viral. De manera que mientras una persona se apega al tratamiento, y mantenga los cuidados de salud establecidos en su esquema de tratamiento se esperaría que la carga viral se mantuviera en un nivel bajo, incluso en niveles indetectables.

La variable estrés, se hipotetizaba como variable central de modelo, y fue encontrada como variable moduladora entre autoeficacia, creencias cognitivas y los comportamientos de adhesión. Esto puede explicarse considerando el modelo de estrés y síntomas psicósomáticos presentado por González y Landero (2006). Bajo esta perspectiva, una persona que vive bajo situaciones desbordantes o amenazantes; en este caso, las demandas de la terapia antiretroviral, realizará una valoración de la situación, explorando sus recursos personales, y la intensidad de la demanda o bien las repercusiones en todos los ámbitos de su vida (discriminación y cuestionamientos sociales si los ven

tomando medicamento, efectos secundarios, complicaciones de horarios, cambios en su dieta, etc).

A través del modelo presentado en esta investigación, se explican entonces los comportamientos de adhesión como la decisión racional que una persona realiza a través de la valoración de las consecuencias que éstos tendrán y la visión del futuro que tenga en relación a su salud. Además claro de la creencia que tenga sobre las capacidades propias y las habilidades que desarrolle para afrontar las demandas propias de la terapia antiretroviral. También presenta evidencias sobre la relación que existe entre estas creencias, el proceso de comportamiento y el resultado final expresado en marcadores serológicos como la carga viral y las células CD4.

En la medida en que las personas que viven con VIH reconocen la correspondencia que hay entre sus capacidades personales, la demanda y las consecuencias positivas a mediano o largo plazo, será menor la probabilidad de que se generen estados de estrés, que a su vez, tendrá consecuencias en el plano biológico a través del conteo de células CD4 y carga viral si se tienen los comportamientos de adhesión precisos.

Este aporte en particular, pone de manifiesto la importancia de la visión biopsicosocial en el abordaje de problemáticas de salud, como el VIH/SIDA. Esto hace que sea fundamental que se provea de información oportuna a las personas seropositivas, como parte de las intervenciones interdisciplinarias, para que comprendan mejor qué es lo que se debe esperar y qué tiempo pueden demorar las señales positivas, una vez que inician el tratamiento antirretroviral.

Con evidencia en el presente estudio, se sugiere que las intervenciones terapéuticas que busquen promover los comportamientos de adhesión focalicen en variables cognitivas como autoeficacia y vigilen estados depresivos, tendencias suicidas y pensamientos de desesperanza, con el fin de contribuir en la mejora del estado de salud y la adaptación del paciente al diagnóstico y curso de la infección por VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adamian, M., Golin, C., Shain, L & DeVellis, B. (2004) Brief Motivational Interviewing to improve adherence to antiretroviral therapy: Development and qualitative pilot assessment of an intervention. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 18(4), 229-238.
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. & Enríquez, J. (2006) Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 69-79.
- Amico, K.R., Barta, W., Konkle-Parker, D.J., Fisher, J.D., Cornman, D.H., Shuper, P.A., *et al.* (2009). The information-motivation-behavioral skills model of ART adherence in a deep south HIV+ clinic sample. *AIDS and Behavior*, 13, 66-75.
- Amico, K., Toro-Alfonso, J. & Fisher, J. (2005). An empirical test of the Information, Motivation and Behavioral Skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 17(6), 661-673.
- Anema, A., Wood, E. & Montaner, J. (2008). The use of highly active retroviral therapy to reduce HIV incidence at the population level. *Canadian Medical Association Journal*, 179 (1), 13-14.
- Arias-Gutiérrez, M, Marcos-Fernández, S.G., Martín-Jiménez, M., Arias-Gutiérrez, J.M., Deronceré-Tamayo, O. (2009). Modificación de comportamientos sobre conducta suicida en adolescentes y jóvenes adultos con riesgo. *Medisan*, 13-1.
- Astulvica, J., Arce-Villavicencio, Y., Sotelo, R., Quispe, J. & Guillén, R. (2007). Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antiretroviral inicial en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3), 218-224.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15 (4), 517-523.

- Ballester, R. (2004). Adhesión terapéutica. Revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10 (1), 53-69.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bangsber, D.R., Hecht, F.M., Charlebois, E.D., Zolopa, A. R., Holodniy, M., Sheiner, L. (2000). Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*,14, 357-366.
- Bangsber, D. R.,Perry, S., Charlebois, E.D., Clark, R. A., Robertson, M., Zolopa, A.R. & Moss, A. (2001). Nonadherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*, 15, 1181-1183.
- Barriga, G., Arumir, C. & Solís, M. (2007) Prueba rápida en la detección de anticuerpos al VIH. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 54(2), 78-82.
- Barrón A. (1996). Apoyo social. *Aspectos teóricos y aplicaciones*. España: Siglo XIX.
- Bayes, R. (1998). El problema de la adhesión en la terapéutica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Intervención psicosocial*, 8(2), 229-237.
- Bässler, J. & Schwarzer, R. (1996) Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 1-8.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 861-865.
- Belshaw, R., Katzourakist, A., Talbot, G., Paces, J., Burt, A. & Tristem, M. (2004) Long-term reinfection of the human genome by endogenous retroviruses. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(14), 4894-4899.
- Bentler, P.M. & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.

- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238–246.
- Bollen, K.A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 17, 303–316.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Brocklehurst, P. & French, R. (2005) The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 105(8), 836-848
- Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. & Long, J.S. [Eds.] *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 136–162.
- Catz, S. L., Kelly, J.A., Bogart, L.M., Benotsch, E.G., & McAuliffe, T.L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124-133.
- Carrobbles, J.A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Chesney, M.A., Morin, M. & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science and Medicine*, 50, 1599-1605.
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Daudel, R., & Montagnier, L. (2001). *El Sida*. París: Siglo XXI.
- DiLorio, C., McCarthy, F., DePadilla, L., Resnicow, K., McDonnell, M., Yeager, K., et al. (2009). Adherence to antiretroviral medication regimens: A test of a psychosocial model. *AIDS and Behavior*, 13, 10-22

- Duong, M., Piroth, L., Grappin, M., Forte, F., Peytavin, G., Boisson, M., Chavanet, P., & Portier, H. (2001). Evaluation of the patient medication adherence questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV-infected patients on antiretroviral regimens. *HIV Clinical Trials*, 2, 128-135.
- Elashoff, J. (2005). *nQuery Advisor Version 6.0. User's guide*. Los Angeles, CA: Statistical Solutions Ltd.
- Fehringer, J., Bastos, F.I., Massard, E., Maia, L. Pilotto, J.H. & Kerrigan, D. (2006). Supporting adherence to highly active antiretroviral therapy and protected sex among people living with HIV/AIDS: The role of patient-provider communication in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 20(9), 637-648.
- Fahey, J.L., Taylor, J.M., Detels, R., Hofman, B., Melmed, R., Nishanian, P. & Giorgi, J. (1990). The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type-1. *New England Journal of Medicine*, 322, 166-172.
- Frain, M.P., Bishop, M., Tschopp, M.K., Ferrin, M.J., Frain, J. (2009). Adherence to medical regimens, understanding the effects of cognitive appraisal, quality of life, and perceived family resiliency. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(4), 237-250.
- Gallo, R.C. (1991). *Virus hunting AIDS cancer and the human retrovirus: ct story of scientific discovery*. New York: Basic Books.
- García-Moncó, J.C., Pinedo, A. & Escalza I. (2007). Neurological complications of the human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Neurología*, 22(5), 312-319.
- Gerald, C. 2003. *Psicología de la conducta anormal*. Limusa, México.
- González, D., González, O.L. & Cárdenas M. (2006). Infección por VIH: Técnicas de detección. *Medicentro Electrónica*, 10, 1-4.
- González, M.T. & Landero, R. (2002). Efectividad del adiestramiento en inoculación de estrés para personas con VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 12 (1), 49-56.

- González, M.T. & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1), 45-61.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 201-208.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 23(1), 7-18.
- Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Gordillo, V. & de la Cruz, J.J. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, 15, 227-233.
- Hendin, H., Maltzberger, J.T., Pollinger, A., Szanto, K. & Rabinowicz, H. (2004). Desperation and Other Affective States in Suicidal Patients. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 34(4), 386-394.
- Herrman, S., Mckinnon, E., John, M., Hyland, N., Martínez, O.P., Turner, K. (2008). Evidence-based, multifactorial approach to addressing nonadherence to antiretroviral therapy and improving standards of care. *International Medicine Journal*, 38, 8-15.
- Hirsch, M., Günthard, H., Schapiro, J. & Brun-Vézinet, F. (2008). Antiretroviral drug resistance testing in adult HIV-1 infection: 2008. Recommendations of an International AIDS Society-USA Panel. *Clinical Infectious Diseases*, 47 (2), 266-271.
- Horberg, M., Silverberg, M., Hurley, L., Delorenze, G. & Quesenberry, C. (2008). Influence of prior antiretroviral experience on adherence and responses to new highly active antiretroviral therapy regimens. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 22(4), 301-312.
- Hughes, J., Jelsma, J., Maclean, E. (2004). The health-related quality of life of people living with HIV/AIDS. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 371-376.

- Ironson, G., O'Leirigh, C., Gletcher, M., Laurenceau, J., Balbin, E. & Klimas, N. (2005). Psychosocial factors predict CD4 cell count decline, and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 1013-1021.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action* (pp. 195-213). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Johnson, C.J., Heckman, T.G., Hansen, N.B., Kochman, A., Sikkema, K.J. (2009). Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/AIDS: a comparison of alternative models. *AIDS Care*, 21(5), 541-551.
- Johnson, M.O., Neilands, T.B., Dilworth, S.E., Morin, S.F., Remien, R.H. & Chesney, M.A.(2007). The role of self-efficacy en HIV treatment adherence: Validation of the HIV treatment adherence self-efficacy scale (HIV-ASES). *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 359-370
- Jones, D.L., Mcperson-Baker, S., Lydston, D., Camille, J., Brondolo, E., Tobin, J.N., Weiss, S.M., (2007) Efficacy of a group medication adherence intervention among HIV positive women: the SMART/EST Women's Project. *AIDS and Behavior*, 11, 79-86.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI user's guide* (3rd ed.). Mooresville, IN: Scientific Software.
- Kennedy, S., Goggin, K. & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: utility of the theory of Self-Determination. *Cognitive therapy and research*, 28(5), 611-628.
- Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobles, J. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antiretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17(4), 575-581.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.

- Leserman, J., Pence, B.W., Whetten, K., Mugavero, M., Thielman, N., Swartz, M. & Stangl, D. (2009) Relación de los traumas a lo largo de la vida y los síntomas depresivos con la mortalidad por el virus de la inmunodeficiencia humana. *American Journal Psychiatry*, 11, 107-113.
- Magis, C. & Hernández M. (2008). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*. México Instituto Nacional de Salud Pública.
- Margulies, S., Barber, N. & Recoder, M.L. (2006). VIH-SIDA y adherencia al tratamiento, enfoques y perspectivas. *Antípoda*, 3, 281-300.
- Martín, I., Cano, R., Pérez, P., Aguayo, M., Cuesta, F., Rodríguez, P. & Pujol de la Llave, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*, 19(8), 396-404.
- Max, B. & Sherer, R. (2000) Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. *Clinical Infectious Diseases*, 2, 96-116.
- Mears, C., Charlebois, N. & Holl, J. (2006) Medication adherence among adolescents in a school-based health center. *Journal of School Health*, 76(2),52-56.
- Meichenbaum, D & Turk, D.C. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno-Cuerda, V.J, Rubio-García R. & Morales M. (2008) Nuevas perspectivas en terapéuticas en el paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana politratado y en fracaso virológico. *Medicina Clínica*, 130, 66-70.
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Hoffman, D., Steers, W.N. (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS CARE*, 16(4), 471-484.
- Murray W.R., Joesch, J.M., Mazur, M., Roy-Byrne, P. (2009). Characteristics of HIV-Positive Patients Treated in a Psychiatric Emergency Department. *Psychiatric Services*, 60(3), 398-401.

- Núñez, A.C., Tobón, S., Vinaccia, S. & Arias, D. Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, 13(2), 105-116.
- Parsons, J., Rosof, E. & Mustanski, B. (2008). Medication adherence mediates the relationship between adherence self-efficacy and biological assessments of HIV health among those with alcohol use disorders. *AIDS and Behavior*, 12(1), 95-103.
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K. & Valencia, M.A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH(VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), 217-228.
- Piña, J.A. & Rivera, B.M. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del Noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 53-63.
- Piña, J.A., Rivera, B.M. & Corrales, A. (2007). Validación de la escala de depresión de Zung en personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 25(2), 135-140.
- Piña, J.A. & Sánchez, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407.
- Piña, J.A., Dávila, M., Sánchez, J.J., Togawa, C. & Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Plutchik, R., Van H.M., Conte, H.R. & Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violence Risk 1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (4), 296-302.
- Quintanilla, R., Haro, L.P., Flores, M.E., Celis de la Rosa, A. & Valencia S. (2003) Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 5(2).
- Remor E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antiretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.

- Remor, E. & Carrobles, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201
- Reynolds, N.R. (2003). The problem of antiretroviral adherence: a self-regulatory model of intervention. *AIDS Care*, 15, 117-124.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M.A., Marín, J.J. & Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*, 61(2), 143-52.
- Rueda-Ríos, C.M., Velilla, P.A., Rugeles-López, M.T. (2009). Células T reguladoras naturales durante la infección por el VIH: el tejido linfoide como blanco primario de la replicación viral. *Iatreia*, 22(2), 159-168.
- Ruiz, M. (2000). *Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: Ediciones UNED.
- Roberts, K.J., Mann, T. (2000). Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV- infected women. *AIDS Care*, 12(4), 377-386.
- Rodkjaer, L. Laursen, T., Balle, N., Sodemann, M.(2010) Depression in patients with HIV is underdiagnosed: a cross-sectional study in Denmark. *HIV Med*, 11(1), 46-53.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Safren, S., O’Cleirigh, C., Reilly, L., Tan, J., Raminami, S., Otto, M. & Mayer, K. (2009). A randomized controlled trial of Cognitive Behavioral Therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-Infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. *Manual de psicopatología* (Vol 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Santos-Corraliza, E. & Fuertes M. (2006) Efectos adversos de los fármacos antiretrovirales: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 23(7), 338-344.

- Scandizzo, H.E. & Bernstein, J.C. (2009). Detección de anticuerpos anti-R7V en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamérica*, 43(1),37-47.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schönnesson, L.N., Ross, M.W., Willams, M. (2004). The HIV medication self-reported nonadherence reasons (SNAR) index and its underlying psychological dimensions. *AIDS and Behavior*, 8(3), 293-301.
- Sherr, L., Lampe, F., Fisher, M., Gilly, A., Anderson, J., Zetler, S., Johnson, M., Edwards, S. & Harding, R. (2008). Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *AIDS*, 22(13), 1651-1658.
- Shively, M., Smith, T.L., Bormann, J. & Gifford, A.I. (2002). Evaluating self-efficacy for HIV disease management skills. *AIDS and behavior*, 6(4), 371-379.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. (1999). General perceived self-efficacy in 14 Cultures. Self-Efficacy assessment. Revisado en julio, 4 de 2005. Disponible en http://www.fu-berlin.de/gesund/publicat/ehps_cd/health/world14.htm
- Soto L.E. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de Investigación Clínica*, 56(2), 143-152.
- Soto, L., Quiroz, L.A., et.al. (2008) *Guía de manejo antiretroviral de las personas con VIH*. México: Secretaría de Salud.
- Stain, J.A. & Rotheram-Borus, M. (2004) Cross-sectional and longitudinal associations in coping strategies and physical health outcomes among HIV-positive youth. *Psychology and Health*, 19(3), 321-336.
- Tamminga, C. A. (2006) VIH y SIDA. *American Journal of Psychiatry*, 9(10), 583-593.

- Tostes, M.A., Chalub, M. & Botega, N.J. (2004) The quality of life of HIV-infected women is associated with psychiatric morbidity. *AIDS Care*, 16(2), 177-186.
- Vázquez, A., Jiménez, R. & Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Villa, C. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Psicología y salud*, 16 (1), 51-62.
- Vitiello, B., Brent, D., Greenhill, L., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J., Stanley, B., Bukstein, O., Kennard, B., Compton, S., Coffey, B., Cwik, M., Posner, K., Wagner, A., March, J., Riddle, M., Goldstein, T., Curry, J., Capasso, L., Mayes, T., Shen, S., Gugga, S., Turner, J., Barnett, S., & Zelazny, J. (2009). Depressive Symptoms and Clinical Status During the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 997.
- Walkup, J., Wei, W., Sambamoorthi, U. & Crystal, S. (2008). Antidepressant treatment and adherence to combination antiretroviral therapy among patients with AIDS and diagnosed depression. *Psychiatric Quarterly*, 79(1), 43-53.
- Webb, M.S., Vanable, P.A., Carey, M.P., Blair, D.C. (2009) Medication adherence in hiv-infected smokers: the mediating role of depressive symptoms. *AIDS Education and prevention*, 21, 94-105.
- Zuckerman, M. (1995) Social support and its relationship to psychological, physical and immune variables in HIV infection. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(4), 210-219.
- Zung, W.W. (1965). A self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO ESCRITO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO COMPORTAMIENTOS DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Se le ha pedido a usted participar en un estudio de investigación sobre los comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH. Los resultados de este estudio podrían contribuir en el entendimiento de los comportamientos de adhesión y favorecería la atención integral de la persona que vive con VIH/SIDA, pues complementaría la investigación que se ha realizado sobre esta temática, y podría representar una base para desarrollar intervenciones terapéuticas focalizadas en las variables que demuestren una mayor correlación y promuevan así, los comportamientos de adhesión.

El estudio consiste la aplicación de un cuestionario con un total de 176 preguntas, el tiempo estimado que tardará en responder es de 25 a 35 minutos.

Esta aceptación por escrito y el cuestionario con sus respuestas serán guardadas bajo llave en un gabinete. Toda la información que obtengamos de usted será confidencial y no será registrada en su expediente clínico. Si publicamos los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna, lo mismo que si se participa con esta investigación en algún concurso de investigación. Usted no recibirá gratificación alguna sobre las posibles ganancias derivadas de este estudio.

Si decide no participar, esto no afectará la atención médica que reciba en ese momento o en el futuro.

La Lic. María Auxilio Rosas Rodríguez es la investigadora principal del estudio y ella será quien reciba la información que usted proporcione. Si tiene alguna pregunta puede dirigirse a ella al correo electrónico: mar_y_rosas@hotmail.com

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO TOMAR PARTE EN ESTE ESTUDIO Y QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN QUE SE LE HA PROPORCIONADO Y EXPLICADO

Firma del participante

Firma del Testigo

Firma del Investigador

FECHA: _____

ANEXO 2

Instrumentos aplicados:

V1. Encuesta No. _____
(Para uso del encuestador)
Fecha _____

Se está realizando una investigación sobre variables relacionadas a la salud y el tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA, para lo cual solicitamos que responda de manera honesta las siguientes preguntas. Recuerde que su participación es completamente anónima, confidencial y voluntaria.

Instrucciones. Por favor ENCIERRE en un círculo la respuesta que más se acerque a su situación, o bien escriba los datos que se le solicitan. Cualquier duda que tenga por favor consúltela con el encuestador.

V2. Edad: _____ años
Femenino 2

V3. Género: Masculino1

V4. Estado civil: Nunca casado 1 Unión Libre 4

Casado 2 Viudo 5

Divorciado 3 Separado 6

V5. Escolaridad: _____, que equivale a _____ años en el sistema educativo formal (los años, contando desde primero de primaria. Por ejemplo secundaria terminada equivale a 9 años)

V6. ¿Prefiere tener relaciones sexuales con: Hombres 1

Mujeres..... 2

Ambos 3

V7. ¿Cuánto tiempo tiene con el diagnóstico de VIH? _____

V8. ¿Pertenece a alguna Organización no Gubernamental? Sí.....1

No.....2

V9. ¿Recibe apoyo psicológico profesional? Si 1

No 2

V10. De ser así en especifique en que forma lo recibe:

Grupo de autoapoyo 1

Terapia Psicológica Individual2

Terapia Psicológica Grupal3

Otro _____

V11. ¿Hace ejercicio de manera habitual? Si 1

No 2

V12. En caso de que haga ejercicio ¿Cuántas horas a la semana? _____

V13. ¿Sigue alguna dieta como complemento al tratamiento que lleva? Si 1

No 2

V14. ¿Tiene algún costo para usted el esquema de tratamiento antirretroviral que le ha prescrito el médico? Si 1

No 2

V15. ¿Cuánto paga mensualmente para cubrir los gastos del tratamiento antirretroviral? _____

V16. Marque quiénes viven con usted (en la misma casa)

Cónyuge o pareja _____ Hijos _____ Padre o madre _____ Hermanos _____

Suegro o suegra _____ Cuñado o cuñada _____ Alguien mas _____

V17. ¿Cuál fue su último conteo de carga viral (resultado)?

: _____

V18. ¿Cuál fue su último conteo de células CD4 (resultado)?:

V19. ¿Hace cuánto tiempo realizó su último chequeo de carga viral y células CD4 (escriba la fecha DD/MM/AA)?:

En el siguiente grupo de preguntas por favor lea con atención las preguntas del lado izquierdo y marque en la casilla del lado derecho, la respuesta que considere más cercana a su situación, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

5 = Siempre **4 = La mayoría de las veces**

3 = En general, la mitad de las veces

	Siempre	La mayoría de las veces	En general, la mitad de las veces	Muy pocas veces	Nunca
CA 1. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted se sentía mal físicamente o enfermaba, por ejemplo, del estómago, de gripe, de la garganta, de bronquitis, etc, ¿acudía con un médico para que lo revisara y le diera tratamiento?	5	4	3	2	1
CA 2. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted acudía con su médico y éste le daba algún tratamiento, ¿seguía usted las instrucciones que le daban al pie de la letra, es decir, consumía los medicamentos tal y como se lo indicó su médico?	5	4	3	2	1
CA 3. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted acudía con su médico y éste le pedía, por ejemplo, que guardara reposo o que descansara en casa, ¿seguía usted las instrucciones que le daba su médico?	5	4	3	2	1
CA 4. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted enfermaba y su médico le pedía que evitara el consumo de determinados alimentos o sustancias como alcohol, por ejemplo, ¿seguía usted con las indicaciones que le daba su médico?	5	4	3	2	1
CA 5. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si su médico le pedía que se realizara estudios diversos de laboratorio (sangre, orina, excremento, rayos X, etc.), ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?	5	4	3	2	1

CA 6. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted TODOS los medicamentos de acuerdo con las instrucciones que le dio su médico?	Todos los días de la semana pasada (5)	La mayoría de los días de la semana pasada (4)	En general, la mitad de los días de la semana pasada (3)	Muy pocos días de la semana pasada (2)	Ningún día de la semana (1)
---	---	---	---	---	--------------------------------

Si usted siguió las instrucciones de su médico y consumió los medicamentos TODOS los días de la semana, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno de los motivos que se mencionan?	Fue un motivo bastante determinante	Fue un motivo más o menos determinante	Fue un motivo poco determinante	No fue un motivo determinante
CA 7. He experimentado sus beneficios	4	3	2	1
CA 8. Porque el médico me lo pidió	4	3	2	1
CA 9. Lo hice por personas cercanas a mí	4	3	2	1
CA 10. Porque tengo deseos de mantenerme saludable el mayor tiempo posible	4	3	2	1

Si usted no siguió las instrucciones de su médico, es decir, que NO consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir cuál fue el motivo y qué tan determinante fue cada uno de ellos?	Fue un motivo bastante determinante	Fue un motivo más o menos determinante	Fue un motivo poco determinante	No fue un motivo determinante
CA11. Me provocan efectos secundarios demasiado molestos	4	3	2	1
CA12. Por voluntad o decisión propia	4	3	2	1
CA13. No tengo confianza en los beneficios de los medicamentos	4	3	2	1
CA14. Por dificultades con los horarios	4	3	2	1

CA15. Si en el transcurso de la semana usted se sintió <u>bien</u> física y psicológicamente, ¿consumió los medicamentos todos los días de acuerdo con las instrucciones de su médico?	Fue un motivo bastante determinante 4	Fue un motivo más o menos determinante 3	Fue un motivo poco determinante 2	No fue un motivo determinante 1
--	--	---	--------------------------------------	------------------------------------

CA16. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted sustancias como alcohol o drogas, a pesar de saber que pueden afectar el tratamiento?	Ningún día de la semana 5	Muy pocos días de la semana 4	En general, la mitad de los días de la semana 3	La mayoría de los días de la semana 2	Todos los días de la semana 1
CA17. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted algún tipo de alimento que le recomendaron no consumiera por razones especiales relacionadas con el tratamiento?	Ningún día de la semana 5	Muy pocos días de la semana 4	En general, la mitad de los días de la semana 3	La mayoría de los días de la semana 2	Todos los días de la semana 1

Marque en los cuadros de la derecha la respuesta que más se acerque a su situación.

	Nada difícil	Un poco difícil	Más o menos difícil	Difícil	Bastante difícil
CA18. ¿Qué tan difícil se le hace a usted seguir con las instrucciones que le proporciona su médico en relación con el consumo de medicamentos?	5	4	3	2	1
CA19. ¿Qué tan difícil se le hace a usted participar de manera activa junto con su médico, en la toma de decisiones sobre su plan de tratamiento?	5	4	3	2	1
CA20. ¿Qué tan difícil se le hace a usted dejar de consumir sustancias como alcohol o drogas?	5	4	3	2	1
CA21. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?	5	4	3	2	1
CA22. ¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que le provoquen tristeza o lo depriman?	5	4	3	2	1
CA23. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener sus relaciones sociales con personas allegadas, como sus familiares?	5	4	3	2	1
CA24. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener o iniciar nuevas relaciones de amistad?	5	4	3	2	1

Conteste las siguientes frases marcando la respuesta que considere más apropiada:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
AR1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
AR2. Me inclino a pensar que, en conjunto soy un(a) fracasado(a).	1	2	3	4
AR3. Creo que tengo varias cualidades buenas.	1	2	3	4
AR4. Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
AR5. Creo que <u>no</u> tengo muchos motivos para sentirme orgulloso(a) de mí.	1	2	3	4

AR6. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo(a).	1	2	3	4
AR7. En general estoy satisfecho(a) de mi mismo(a).	1	2	3	4
AR8. Desearía valorarme más.	1	2	3	4
AR9. A veces me siento verdaderamente inútil	1	2	3	4
AR10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

Por favor, marque en los cuadros de la derecha la opción que más se acerque a su situación de las frases que aparecen en la izquierda

	Cierto	Mas bien cierto	Apenas cierto	Inco-recto
AG1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	4	3	2	1
AG2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	4	3	2	1
AG3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	4	3	2	1
AG4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	4	3	2	1
AG5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	4	3	2	1
AG6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	4	3	2	1
AG7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	4	3	2	1
AG8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	4	3	2	1
AG9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	4	3	2	1
AG10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	4	3	2	1

Marque el número que más se aproxime a su opinión sobre la frase que se encuentra a la derecha.

	Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que
AS 1. Recibo visitas de amigos y familiares	5	4	3	2	1
AS 2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con la casa	5	4	3	2	1
AS 3. Recibo elogios o reconocimiento por hacer las cosas bien en el trabajo	5	4	3	2	1
AS 4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me pasa	5	4	3	2	1
AS 5. Recibo amor y afecto	5	4	3	2	1

AS 6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas en el trabajo/casa	5	4	3	2	1
AS 7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas personales/familiares	5	4	3	2	1
AS 8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos	5	4	3	2	1
AS 9. Recibo invitaciones para socializar	5	4	3	2	1
AS 10. Recibo consejos útiles cuando se presenta un acontecimiento importante	5	4	3	2	1
AS 11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a y en cama	5	4	3	2	1

Marque la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.

DURANTE EL ÚLTIMO MES: ¿Con qué frecuencia.....

	Muy a menudo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
E1. ...has estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	4	3	2	1	0
E2. ...te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	4	3	2	1	0
E3. ...te has sentido nervioso o estresado (llena de tensión)?	4	3	2	1	0
E4. ...has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
E5. ...has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	4	3	2	1	0
E6. ..has estado seguro sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	4	3	2	1	0
E7. ..has sentido que las cosas te van bien?	4	3	2	1	0
E8. ..has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	4	3	2	1	0
E9. ..has podido controlar las dificultades de tu vida?	4	3	2	1	0
E10. ..has sentido que tienes el control de todo?	4	3	2	1	0
E11...has estado enfadado porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	4	3	2	1	0
E12. ...has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	4	3	2	1	0
E13. ...has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	4	3	2	1	0
E14. ...has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	4	3	2	1	0

Lea con atención las frases que se encuentran a la izquierda de la tabla y señale en los cuadros de la derecha la que más se adecue a su situación	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Muy pocas veces
DZ1. Me siento aburrido, desanimado y triste	4	3	2	1
DZ 2. Por la mañana es cuando mejor me siento	4	3	2	1
DZ 3. Tengo ataques de llanto o deseo de llorar	4	3	2	1
DZ 4. Tengo problemas de sueño durante la noche	4	3	2	1
DZ 5. Como igual que antes	4	3	2	1
DZ 6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
DZ 7. Noto que estoy perdiendo peso	4	3	2	1
DZ 8. Tengo problema de estreñimiento	4	3	2	1
DZ9. El corazón me late más deprisa que de costumbre	4	3	2	1
DZ10. Me canso aunque no haga nada	4	3	2	1
DZ 11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
DZ 12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer	4	3	2	1
DZ 13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	4	3	2	1
DZ 14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
DZ 15. Estoy más irritable de lo usual	4	3	2	1
DZ 16. Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
DZ 17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
DZ 18. Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
DZ 19. Siento que los demás estarían mejor sin mí	4	3	2	1
DZ 20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba	4	3	2	1

Lea con atención las siguientes frases y señale el cuadro que indica VERDADERO, o FALSO, de acuerdo a lo que considere más adecuado a su situación.	Verdadero	Falso
DB 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	1	0
DB 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	1	0
DB 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer mucho tiempo así	1	0
DB 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	1	0
DB 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	1	0

Lea con atención las siguientes frases y señale el cuadro que indica VERDADERO, o FALSO, de acuerdo a lo que considere más adecuado a su situación.

	Verdadero	Falso
DB 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	1	0
DB 7. Mi futuro parece oscuro	1	0
DB 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	1	0
DB 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	1	0
DB 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	1	0
DB 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	1	0
DB 12. No espero conseguir lo que realmente deseo	1	0
DB 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	1	0
DB 14. Las cosas no marchan como yo quisiera	1	0
DB 15. Tengo una gran confianza en el futuro	1	0
DB 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	1	0
DB 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	1	0
DB 18. El futuro me parece vago e incierto	1	0
DB 19. Espero más bien épocas buenas que malas	1	0
DB 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	1	0

Lea con atención las siguientes preguntas, y por favor responda marcando sí o no, de acuerdo a las situaciones que más se aproximen a sus circunstancias.

	SI	NO
CS 1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	1	0
CS 2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	1	0
CS 3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	1	0
CS 4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	1	0
CS 5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	1	0
CS 6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	1	0
CS 7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	1	0
CS 8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	1	0
CS 9. ¿Está deprimido ahora?	1	0
CS 10. ¿Está usted divorciado/a o viudo/a?	1	0
CS 11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	1	0

Lea con atención las siguientes preguntas, y por favor responda marcando sí o no, de acuerdo a las situaciones que más se aproximen a sus circunstancias.

	SI	NO
cs 12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	1	0
cs 13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	1	0
cs 14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	1	0
cs 15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	1	0

Marque la respuesta que más se acerque a su situación actual

	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca
AAD 1. Me tomo todas las pastillas que me receta el médico	4	3	2	1
AAD 2. Me tomo las pastillas a las horas indicadas por el médico	4	3	2	1
AAD 3. Sigo el tratamiento indicado hasta el finalizarlo.	4	3	2	1
AAD 4. Si me cae mal el medicamento (efectos secundarios) dejo de tomarlo	4	3	2	1
AAD 5. Si me siento mal tomo mas pastillas o dosis de las recetadas	4	3	2	1
AAD 6. Prefiero tomar remedios caseros a las medicinas que me indica el médico	4	3	2	1
AAD 7. Se me dificulta llevar conmigo el medicamento porque tiene que estar en refrigeración	4	3	2	1
AAD 8. Soy una persona organizada que se toma las pastillas a sus horas	4	3	2	1
AAD 9. Llevo mi tratamiento conmigo para poder tomarlo a tiempo	4	3	2	1
AAD 10. En ocasiones omito una dosis porque olvido si ya me tomé el medicamento	4	3	2	1
AAD 11. Tomo el medicamento a las mismas horas	4	3	2	1
AAD 12. Cuando me siento mejor dejo de tomar las medicinas (interrumpo el tratamiento)	4	3	2	1
AAD 13. Tengo claras las horas y las dosis en que tengo que tomar el medicamento	4	3	2	1

A continuación le presentamos un listado de motivos por las que muchas personas dejan de tomar sus medicamentos. Marque aquellos que también le pasan a usted: **1**

AAD 14. Me resulta incómodo tragarlo (o tomarlo).....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 15. Son demasiadas pastillas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 16. Son demasiadas tomas al día	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No

AAD 17. Me resulta difícil tomarlo en el trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 18. Es difícil llevar conmigo el medicamento.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 19. Se me olvida tomarlo.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 20. Olvido dónde lo dejé.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 21. Porque el precio es excesivo.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 22. Las medicinas son poco adecuadas para mi enfermedad ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 23. Las medicinas son poco o nada eficaces para mi enfermedad.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 24. Me da vergüenza que me vean tomarlo.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No
AAD 25. Lo he dejado porque me es imposible pagarlo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> No

Marque la opción correspondiente al grado de acuerdo para cada cuestión, teniendo en cuenta las siguientes opciones: ④ Totalmente de acuerdo ③ De acuerdo ② En desacuerdo ① Totalmente en desacuerdo

AAD 26. Tengo la enfermedad controlada con el tratamiento	④	③	②	①
AAD 27. Confío plenamente en mi médico	④	③	②	①
AAD 28. Me considero una persona disciplinada capaz de seguir el tratamiento con precisión.....	④	③	②	①
AAD 29. Mi tratamiento sigue siendo eficaz aunque lo interrumpa	④	③	②	①
AAD 30. Los médicos recetan los tratamientos durante más tiempo de lo necesario	④	③	②	①
AAD 31. Me siento culpable cuando no me tomo mis medicamentos.....	④	③	②	①
AAD 32. Me tomo el medicamento porque me preocupa mi enfermedad	④	③	②	①
AAD 33. Confío en que el médico me ha recetado el mejor tratamiento posible.....	④	③	②	①

FAVOR DE VERIFICAR QUE TODAS LAS PREGUNTAS ESTEN CONTESTADAS

Por favor entregue el cuestionario al encuestador y si tiene algún comentario puede escribirlo al reverso del cuestionario, o bien dirigirse directamente con el aplicador.

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN