

*Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas  
Facultad de Psicología*



*Trabajo de Diploma para optar por el Título  
de Licenciatura en Psicología*

*Determinantes psicológicos de la adherencia terapéutica  
en personas que viven con SIDA*

*Autor: Oscar Luis Morales Maimó*

*Tutores: Dra. C. Osana Molerio Pérez  
Dr. Manuel A. Arce González.*

*Santa Clara*

*2010*

*"Año del 51 aniversario del triunfo de la Revolución"*

*Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas  
Facultad de Psicología*



*Trabajo de Diploma para optar por el Título  
de Licenciatura en Psicología*

*Determinantes psicológicos de la adherencia terapéutica  
en personas que viven con SIDA*

*Autor: Oscar Luis Morales Maimó*

*Tutores: Dra. C. Osana Molerio Pérez*

*MSc Psicología Médica y MSc Psicología de la Salud*

*Prof. Titular*

*e-mail; [osanam@uclv.edu.cu](mailto:osanam@uclv.edu.cu)*

*Dr. Manuel A. Arce González.*

*Especialista 2do Grado Hematología*

*Prof. Auxiliar*

*Santa Clara*

*2010*

*"Año del 51 aniversario del triunfo de la Revolución"*

*Exergo*



*La vida es una obra de teatro que no permite ensayos...Por eso canta, ríe, baila, llora y vive intensamente cada momento de tu vida...antes que el telón baje y la obra termine sin aplausos.*

*Charles Chaplin*

*Dedicatoria*



## ***Dedicatoria.***

*Quiero dedicar esta investigación, primero a mi madre, que con tanto amor me ha nutrido de todas las experiencias que hoy conforman mi personalidad, y me han convertido en un hombre de bien.*

*A papi y a mami, por colmarme de felicidad.*

*A Juanci, a Ernesto, gestores de mi conciencia para poder desarrollar este tema de investigación. A las personas que viven con SIDA que pertenecen al Policlínico “XX Aniversario”. A todas las personas que viven con esta enfermedad y creen que no tienen oportunidad.*

*Agradecimientos*



## *Agradecimientos.*

*A mi madre por ser el faro que siempre me guió, cuando en muchas ocasiones casi naufrague.*

*A mi tutora la profesora Osana, que sin su rectoría creo que hubiese sido imposible la realización de esta investigación.*

*Nuevamente a mi profesora Osana, por ser un paradigma a seguir para mí.*

*A Kenia por ser la motivación cuando, me sentí frustrado.*

*A mi familia, por quererme tanto y siempre estar cuando se le necesita.*

*A Claribel, por ser mi guía espiritual y darme paz cuando la necesite.*

*A Anaisy, por siempre estar dispuesta a ayudarme y apoyarme.*

*A Yamilká y las otras muchachas del "XX Aniversario", porque sin su colaboración esta investigación no hubiese procedido.*

*A Javier por ser el mejor de mis amigos.*

*A todos las personas que colaboraron directa o indirectamente en la realización de esta investigación.*

*Resumen*



## RESUMEN

Tomando en consideración la problemática actual que indica la existencia de una baja adherencia al tratamiento en las personas que viven con SIDA, la presente investigación tuvo como objetivo caracterizar los factores psicológicos que influyen en la conformación del nivel de adherencia terapéutica de los mismos.

El trabajo se llevó a cabo en el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2010. Se realizó un estudio exploratorio descriptivo, donde se asume un paradigma integrador. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo incidental-casual. La muestra de la investigación quedó conformada por un total de 15 personas, las cuales se encuentran en la fase de caso SIDA, todos pertenecientes al Policlínico “XX Aniversario”, del Consejo Popular Condado de la ciudad de Santa Clara.

Se evaluaron variables socio -demográficas, psicológicas y clínicas asociadas a la adherencia terapéutica. Entre las variables psicológicas se destacan: la orientación sexual, estrategias de afrontamiento a la enfermedad, áreas de conflictos, funcionamiento emocional. Mientras que las variables clínicas valoradas fueron: los años de evolución desde el diagnóstico del VIH, conteo de los CD4, y nivel de adherencia terapéutica. Los resultados fueron analizados cuantitativamente utilizando técnicas del paquete estadístico SPSS Versión 11.5 y cualitativamente mediante la interpretación cualitativa de las respuestas emitidas.

Los resultados obtenidos evidencian que existe un bajo nivel de adherencia terapéutica en las personas que viven con SIDA investigadas, en cuya conformación influyen configuraciones psicológicas relacionadas con el pronóstico reservado de la enfermedad, en torno al cual giran sus necesidades motivaciones, conflictos y proyectos. De igual manera, influye el limitado nivel de conocimiento de los cofactores que inciden en la misma y la creencia sobredimensionada del tratamiento antirretroviral como único factor de éxito en el control de la enfermedad. Los resultados anteriores evidencian la necesidad de desarrollar acciones psicoeducativas para fomentar la adherencia terapéutica en las personas que viven con SIDA.

Palabras Claves: SIDA, Adherencia terapéutica.

*Abstract*



## **ABSTRACT**

Taking into account the issue of a low importance to the treatment of the people living with AIDS, the main purpose of this research is to feature the psychological elements which are determinants to conform a level of importance of its therapeutic treatment.

This research was outfitted between February and May 2010. A descriptive and exploratory case study was realized where an integrated standard was assumed. The test used was a non probabilistic one of casual-incident kind. The sample of the research was composed by 15 people who are in the first AIDS stage and all of them receive their treatment in the clinic Policlínico "XX Aniversario". This is one of the clinics of circumscription Condado in Santa Clara.

Many socio-demographic, psychological and clinic values, connected to therapeutic treatment, were tasted. Among psychological values we can find sexual orientation, illness facing strategies, conflict areas, arousing work, et all. In the intervening time the clinic values were: The amount of years the HIV has been evolving, the counting of the CD4 and the quality of the therapeutic treatment. The results were quantitatively analyzed using for this examination figures techniques of the sort SPSS Version 11.5 and qualitatively according to the given outcome of previous studies. These results show there is a low therapeutic quality what is due to a poor knowing of the sickness and also due to the decontrolled on behavior and life styles. A great amount of psychological patterns which influence the quality of the treatment and among which we can find as a prevailing pattern the perception of death was verified. This stops the aspirations and projects of these people. The priorities for these peoples are the control of their sickness and the process to delay death. This can root depression, tetchiness, mistrusting, suffering which are influential factors on the quality of the treatment.

Key Words: AIDS, therapeutic treatment.

*Indice*



# Índice

Introducción.....	1
<b>Capítulo I: Fundamentación Teórica</b>	
1.1. Acerca del VIH/SIDA.....	6
1.1.1. Historia.....	6
1.1.2. Conceptos.....	6
1.1.3. Etiología.....	7
1.1.4. Manifestaciones clínicas.....	9
1.1.5. Diagnóstico por infección por VIH.....	13
1.1.6. Tratamiento.....	14
1.2. Adherencia Terapéutico.....	18
1.2.1. Concepto.....	18
1.2.2. Factores que determinan una adherencia terapéutica.....	20
1.2.3. Principales consecuencias de una deficiente adherencia terapéutica.....	23
1.2.4. Evaluación de la adherencia terapéutica.....	24
1.2.5. Modelos teóricos.....	25
1.3. Adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA.....	28
1.3.1. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH/SIDA.....	31
1.3.2. Factores personales en la adherencia terapéutica.....	32
1.3.3. Factores de la enfermedad y el tratamiento.....	34
1.3.4. Factores sociales-interpersonales.....	36
<b>Capítulo II: Metodología</b>	
2.1. Diseño de la investigación.....	38
2.1.1. Seleccione de la muestra.....	38
2.1.2. Criterios para la selección muestral.....	38

2.1.3. Descripción de la muestra.....	39
2.2. Definición conceptual y operacional de variables.....	40
2.3 Técnicas e instrumentos empleados.....	42
2.3.1. Descripción de las técnicas.....	43
2.4. Procedimientos.....	46
2.4.1. Procedimientos para la evaluación de las variables psicológicas.....	47
2.5. Análisis de los datos.....	48

### Capítulo III: Análisis de los resultados

3.1. Análisis por técnicas.....	49
3.1.1. Análisis de las variables sociodemográficas.....	49
3.1.2. Análisis de las variables clínicas.....	51
3.2. Análisis de las variables psicológicas.....	52
3.2.1 Análisis de la historia clínica.....	52
3.2.2. Entrevista psicológica.....	53
3.2.3. Análisis del cuestionario adherencia terapéutica.....	56
3.2.4. Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral.....	61
3.2.5. Análisis de los resultados del completamiento de frases (Rotter).....	63
3.2.6. Cuestionario de estrategias de afrontamiento a la enfermedad.....	66
3.2.7. Autorreporte vivencial.....	68
3.3. Análisis de la correlación de las variables.....	70
3.4. Análisis integrativo de los resultados .....	72
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	77
Referencias.....	78
Anexos.....	87

# *Introducción*



## **INTRODUCCIÓN**

El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos, que algunos pacientes mentían al médico cuando eran interrogados acerca de si habían tomado las medicinas indicadas, en el corpus hipocrático se habla de los errores y engaños de los enfermos y de cómo aquellos eran considerados como un obstáculo para la curación del paciente, teniendo en cuenta que para él, y luego para Galeno (siete siglos después) el arte de la medicina consistía en ayudar a la naturaleza en su esfuerzo curativo.

A pesar de que las conductas incumplidoras de los pacientes a las prescripciones médicas se remontan a tiempos inmemorables, el interés por investigar y promover los comportamientos adherentes tiene una corta historia que asciende a la década de los sesenta, cuando los avances médicos y farmacológicos mostraron una revolucionaria eficacia (Villa, 2006).

El desarrollo del saber en las ciencias biomédicas y los nuevos descubrimientos farmacológicos han permitido enfrentar muchos de los problemas de salud, pero a la vez, se han generado nuevos problemas relacionados con la práctica de las prescripciones médicas. Por esta razón en la actualidad este tema ha cobrado especial relevancia ya que se reconoce que la eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el paciente siga las indicaciones del médico.

Por otro lado, el incumplimiento terapéutico repercute en la pérdida de los beneficios que la indicación terapéutica puede aportar, incrementa el costo de las intervenciones al aumentar el número de visitas médicas, propicia cambios innecesarios en el tratamiento y puede generar frustración tanto en el médico como en el paciente.

Es una realidad que en estos momentos el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia, y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren necesariamente, que la persona ponga en

práctica las recomendaciones terapéuticas que se le han indicado. En el caso de las personas que viven con VIH/SIDA, esto no siempre se logra. Entre otras causas, influye la representación psicológica que tienen las personas de la enfermedad y su situación, así como; las creencias que posee la sociedad con respecto a los individuos que padecen de este sufrimiento.

En estudios realizados sobre las implicaciones psiconeuroendocrinoinmunológicas del estrés en personas con diagnóstico de seropositividad al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se ha comprobado que producto del impacto del diagnóstico, estas personas experimentan importantes alteraciones en su estado de ánimo, estrés, ansiedad, depresión, etc. (Coe, 2005) y ello también influye en una baja adherencia al tratamiento.

La epidemia mundial de SIDA continúa creciendo y existen indicios preocupantes de que en algunos países que hasta fechas recientes tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso, éstas vuelven a aumentar. De acuerdo con datos más recientes dados en los Informe anual ONUSIDA/OMS del 2009, la situación de la epidemia de SIDA se incrementa. Se estima que actualmente viven con el VIH/SIDA alrededor de 39,5 millones de personas, y 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA. Los nuevos datos indican que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se mantienen estables o vuelven a subir. (OMS, 2009).

En Cuba hasta el 2008 la incidencia de casos era la menor de la región, (0.07). No obstante, actualmente la provincia de Villa Clara es la segunda del país en este indicador (antecedida por Ciudad de La Habana) y específicamente el municipio de Santa Clara es el más afectado por el número de casos diagnosticados con 425 casos (de ellos 160 fallecidos).

En los últimos tiempos, se han alcanzado notables progresos en cuanto al desarrollo de los fármacos antirretrovirales. Se han generado fármacos más eficientes y eficaces, que son capaces, no solo de fortalecer el sistema inmunológico del

paciente, sino también alargar la vida del mismo, brindándole una mayor esperanza y expectativas de vida, aunque aun resultan incapaces de eliminar el virus del organismo. La mayoría de estos medicamentos se comercializan en el mercado a elevado costo y en mucho de los casos no están al alcance de los enfermos, aunque en nuestro país la distribución es gratuita o a un costo ínfimo, estas personas no están exentas de efectos secundarios, o de las reacciones adversas de los mismos.

Existen además otras series de factores que influyen desfavorablemente en la adherencia terapéutica entre los que se destacan: la complejidad de los tratamientos antirretrovirales, la toxicidad a corto y largo plazo, los efectos de las interacciones medicamentosas y el inadecuado envasado de estos medicamentos. A ello se suman la connotación social de la enfermedad y las características personales de muchas de las personas que padecen esta enfermedad.

En este sentido, estudios recientes han estimado que solo el 50% aproximadamente sigue adecuadamente las terapias antirretrovirales de alta eficacia, (Balestra, 1997). Esta falta de adhesión al tratamiento supone que en muchas ocasiones en estos enfermos se generen virus resistentes a la medicación, lo que supone fracasos terapéuticos o dificultades a la hora de controlar la enfermedad.

De esta manera, la evolución de las personas que viven con SIDA en un número mayoritario de casos, queda eclipsada por los efectos secundarios de estos fármacos y por el impacto psicológico de la enfermedad, llevando a empeorar de manera global la calidad de vida, hasta el punto de asumir estilos de afrontamiento inadecuados e incluso conductas autolíticas, amparadas por la desesperanza y la limitación de las metas y proyectos de vida.

En el ámbito internacional, existen diversos estudios que abordan la temática de la adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA, en este caso podemos citar los trabajos de Sotélo en el 2007, relacionados con la incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en personas que viven con VIH/SIDA, además, se pueden referenciar otras investigaciones como las de Marguiliez y Barber en el año 2006 que abordan desde diversos enfoques y

perspectivas el tema de la adherencia al tratamiento en personas que presentan esta enfermedad, entre otros. Sin embargo, el abordaje de la misma en nuestro país desde una perspectiva que considere los factores psicosociales resulta novedoso. Los elementos anteriormente expuestos orientan el planteamiento de la interrogante científica que conduce la presente investigación.

*Problema científico:*

- ¿Cuáles son los determinantes psicológicos que se configuran e influyen en la conformación del nivel de adherencia terapéutica de las personas que viven con SIDA?

En relación con la interrogante investigativa formulada se establecen los siguientes objetivos de investigación:

*Objetivo general:*

- Caracterizar los factores psicológicos que influyen en la conformación del nivel de adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA.

*Objetivos específicos:*

- Evaluar el nivel de adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA.
- Explorar el comportamiento de algunas variables psicológicas, sociodemográficas y clínicas que pueden estar relacionados con la adherencia terapéutica en personas que tienen esta enfermedad.
- Evaluar la influencia de los factores explorados en la conformación del nivel de adherencia terapéutica de las personas que viven con SIDA.

La caracterización de los factores psicológicos que inciden en la adhesión del tratamiento psicológico de las personas que viven con SIDA, investigado desde un enfoque psicológico; puede contribuir al diseño de estrategias psicológicas para potenciar los determinantes psicológicos de la adherencia y consecuentemente posibilitaría el perfeccionamiento del sistema de atención integral a estas personas.

La concepción de esquemas de tratamiento que valoren la subjetividad como base para la movilización de recursos psicológicos y los estilos de afrontamiento, puede influir favorablemente no solo en el control y retardo de la progresión de la enfermedad, sino también en la mejoría en la calidad de vida de estas personas. De ahí la importancia práctico-asistencial de la presente investigación.

El informe queda estructurado en tres capítulos: en el primer capítulo se exponen algunos referentes teóricos acerca del VIH/SIDA y sobre la adherencia terapéutica en estas personas. En el segundo capítulo, aparece declarada la metodología utilizada, el diseño investigativo, la descripción de la muestra, así como los procedimientos y técnicas empleados. Finalmente, en el tercer capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos desde una perspectiva cuanti-cualitativa. Finalmente se ofrecen las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

# Capítulo I



## **CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **1.1 Acerca del VIH/SIDA**

El hombre contemporáneo ha sido testigo presencial de uno de los enigmas médicos más insólitos de la historia de la humanidad; hallar la cura del VIH-SIDA ha constituido y constituye una batalla épica contra un homicida que no tiene rostro y que al mismo tiempo asume todas las caras.

#### **1.1.1 Historia**

Desde los inicios de la epidemia de VIH/SIDA, los especialistas comenzaron a proponer diferentes teorías sobre el surgimiento del VIH. Algunos adujeron que era un arma creada por el hombre para la guerra biológica, otros dijeron que había pasado de algunas especies de mono al hombre y que surgió de una mutación genética que lo hizo más letal, incluso no faltó quien lo relacionara con una maldición divina, como castigo a las conductas pecaminosas de los hombres.

Las primeras descripciones de estos casos se deben a los reportes de M. S. Gotlied, quien junto a otros especialistas entre mayo de 1980 y junio de 1981, estudiaron cinco casos de jóvenes homosexuales en tres hospitales diferentes de Los Ángeles y California en los EE.UU., que presentaban neumonía por un germen oportunista, el *Pneumocystis carinii*. En junio de ese año se reportó el estudio de veintiséis casos de de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi solo o asociado a la neumonía antes mencionada, o a otros tipos de infecciones oportunistas; se establecía así de forma definitiva el comienzo de una epidemia que hasta la actualidad no se ha podido librar, (Roca, 2002)

#### **1.1.2 Conceptos**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de carga viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus y que al final ocasiona la aparición de enfermedades oportunistas o tumores raros (Roca, 2002). Por otra parte Ortega Gonzales en el año 2002, afirma que el SIDA, se caracteriza por la progresión de

síntomas secundarios (en su mayoría infecciones oportunistas), al deterioro del sistema inmunológico producto de la invasión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En su evolución esta enfermedad pasa por varias etapas que se definen en: 1. Infección primaria. 2. Seroconversión. 3. Periodo de latencia clínica. 4. Síntomas tempranos. 5. SIDA. 6. Infección avanzada por VIH, (Ortega, 2002).

### **1.1.3 Etiología**

El VIH, causante del SIDA, es un retrovirus, que no son más que un virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario que depende de la ADN polimerasa o retrotranscriptasa proveniente del ARN que se encuentra dentro del virón. Este conjunto enzimático (retrotranscriptasa) permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo esa atribuible a estos virus, pues lo habitual es que un mensaje genético de tipo ADN se transcriba a ARN y este, a su vez, lo lleve a los ribosomas para que se sintetice una determinada proteína (Roca, 2002).

La familia de los retrovirus está dividida en tres subfamilias las cuales tienen, desde el punto de vista de sus acciones biológicas, diferentes características:

1. Los oncoviridae, que son virus oncogénicos y se caracterizan por infectar las células y provocar su transformación maligna y por tanto una producción incontrolada de ella. Dentro de estos están perfectamente identificados el HTVL-I y el HTVL-II.
2. Los espumaviridae que inducen una persistente infección sin ninguna enfermedad aparente, aunque existen reportes que tratan de relacionarlos con algunas afecciones tiroideas.
3. Los lentiviridae, son virus que producen inmunodeficiencia, que van a causar la destrucción de las células que infectan, lenta pero de forma progresiva. Dentro de este subgrupo, los que provocan la enfermedad en los seres humanos son el VIH 1 y el VIH 2.

El VIH 1 y el VIH 2 a pesar de ser dos virus diferentes comparten ciertas características biológicas en común tales como:

- Mismo topismo celular.
- Igual modo de transmisión.
- Mecanismos similares de replicación.
- Ambos producen estados de inmunodeficiencia.

La característica más importante de estos virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que van a condicionar la complejidad de la interacción virus-célula y, de ahí la patogenia de la enfermedad, (Roca, 2002).

#### Serotipos del VIH 1.

Los serotipos del VIH 1 se clasifican en dos grandes grupos: el serotipo del VIH 1 y el serotipo del VIH 2.

Los serotipo del VIH 1 se clasifican en dos grandes grupos: el M (main) y el O (outlier). El grupo M causa la gran mayoría de las infecciones que se reportan en el mundo, y se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G, y H. El serotipo O se reporta en cierta parte de África y tiene el inconveniente de que las pruebas de laboratorio para su detección no son sensibles. El serotipo que más circula en Cuba es el B.

El serotipo del VIH 2 por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: el A, B, C y E. En general, esta familia de los retrovirus se asocia cada vez más con distintos procesos patológicos, tales como enfermedades autoinmunes (Síndrome de Sjogren), enfermedades neurológicas, (paraparesia espástica tropical) y otras, (Roca, 2002).

De forma general el VIH es un retrovirus que tiene la característica de infectar y replicarse en una amplia variedad de células humanas del sistema inmunológico, dentro de los que se encuentran los linfocitos TDC 4, el sistema monocito/macrófago y las microglías en el Sistema Nervioso Central (Cancio, 2006). Pero es la infección

del linfocito TDC 4 (auxiliador cooperador), la que produce los efectos más catastróficos en la respuesta inmunológica.

Existen determinados mecanismos mediante los cuales el VIH disminuyen la cantidad de células TDC 4, estos mecanismos se sintetizan en:

1. Efecto citopático: El virus mata la célula infectada.
2. Efecto de citotoxicidad específica: Las células T citotóxicas.
3. La célula TDC 4 puede ser afectada aun sin la muerte de la misma mediante la vía de las citoquinas o por mecanismos de contacto de célula a célula (formación de citocitos).
4. Mecanismos autoinmunes de destrucción celular (apoptosis).

Desde los inicios de la infección, el VIH se multiplica a niveles elevados, pero se mantiene estable durante muchos años, porque el organismo todavía conserva la capacidad de responder durante todo este tiempo en un esfuerzo por reponer las cantidades extraordinarias de linfocitos TDC 4 que se pierden; situación que también depende de la respuesta inmunológica del individuo al inicio de la infección y de la rapidez con que consiga la más rápida y mayor disminución de la replicación viral mediante la acción de algunos tipos de células citotóxicas y de linfocitos TDC 4 específicos que reaccionan con el VIH (Cancio, 2006).

Se puede deducir que es primordial conocer cómo se comporta el paciente en el comienzo de la infección, en este caso la representación interna de la enfermedad, la reorientación del sentido de vida, asunción de estilos de vida saludables alejados de conductas autolíticas, además de factores biológicos indelebles como la cantidad de virus que posee en ese momento que es un factor pronóstico en el curso clínico de la enfermedad.

#### **1.1.4 Manifestaciones Clínicas**

El término SIDA es con frecuencia mal empleado, ya que la infección por el VIH se caracteriza por una gran variedad de fases clínicas con sus respectivas manifestaciones y una de ellas es la fase de SIDA, que representa el estadio final de esta infección.

Las fases clínicas de la infección-enfermedad por VIH/SIDA son:

- I. Infección aguda retroviral o retrovirosis aguda.
- II. Período de portador asintomático.
- III. Fase de complejo relacionado con el SIDA.
- IV. Fase de caso SIDA.

*Fase 1. De Infección aguda retroviral o retrovirosis aguda.*

Se corresponde con la llegada del virus al sujeto y se caracteriza desde el punto de vista clínico por dos situaciones:

- Puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA.
- O es sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, como se expone a continuación:
  - a) Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.
  - b) Síntomas dermatológicos: rash eritematoso maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
  - c) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.
  - d) Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

De forma general, estos síntomas tienen un período de tiempo de aproximadamente 6 a 8 semanas y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica futura del paciente. Durante esta fase se tiene el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos.

*Fase 2. Período de portador asintomático.*

Esta es la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático, que en nuestro país tiene una duración promedio de 11,5 años, aunque los nuevos tratamientos la prolongan cada vez más.

De forma general puede estar asintomático por completo o tener un síndrome adénico con las siguientes características: más de tres meses de evolución, con ganglios firmes pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan dos o más regiones contiguas.

Estas personas, aunque asintomáticas, representan un gran problema epidemiológico, ya que a través de relaciones sexuales desprotegidas transmiten la enfermedad e infectan a nuevas personas.

A pesar de estar asintomáticos continúa la replicación del virus, aunque muy baja, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el diagnóstico en esta fase es serológico.

### *Fase 3. De complejo relacionado con el SIDA.*

Esta fase representa una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso SIDA o final.

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia subyacente, por lo que estas personas ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan serios como en la siguiente.

Esta fase se conoce también como fase SIDA menor o presida y clínicamente se caracteriza por distintos síntomas:

- a) Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, y pérdida de peso.
- b) Hematológicos: anemia y trombocitopenia (con síndrome purpúrico o sin él).
- c) Linfadenopáticos: reacciones sintomáticas que aparecen como resultado del esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección.
- d) Respiratorios: tos seca y persistente.

- e) Digestivos: diarrea.
- f) Dermatológicos: candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zoster y verruga genital.
- g) Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis.

Durante esta fase hay tendencia al aumento progresivo de la replicación viral y una disminución de las funciones inmunes del organismo.

#### *Fase 4. SIDA o caso SIDA.*

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocitos (CD4), hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Desde el punto de vista clínico se considera que un paciente es un posible caso SIDA, cuando tenga alguna de las afecciones relacionadas en la Fisiopatología. Por lo general, es frecuente que un paciente en esta fase tenga varias afecciones indicadoras de SIDA.

Actualmente, aparte de las enfermedades indicadoras de SIDA, también se ha incluido para el reporte de caso SIDA a personas con conteo de células CD4<sup><</sup> de 200 por  $mm^3$ , con independencia del estado clínico en que se encuentren.

Otros autores clasifican la infección por VIH desde el punto de vista clínico, en tres fases:

- Fase precoz o aguda.
- Fase intermedia o crónica.
- Fase final y de crisis.

En cada una de ellas se describen los mismos elementos clínicos que ya se expusieron con anterioridad.

### **1.1.5 Diagnóstico de la infección por el VIH**

Para el diagnóstico de la infección por el VIH se utilizan pruebas de cribaje o screening (altamente sensibles, superiores a un 99%), que se confirman con otras de alta especificidad: las pruebas confirmatorias.

Estas pruebas son métodos indirectos de detección de la presencia de anticuerpos al VIH, que comienzan a aparecer entre la cuarta y octava semana de infección, y ocasionalmente pueden tardar hasta seis meses.

- Pruebas de cribaje:

Serología VIH (Microelisa): es la prueba más ampliamente usada, es muy sensible pero poco específica, un VIH negativo no descarta del todo el estar infectado con el virus, un VIH positivo no basta para diagnosticar un enfermo.

- Pruebas confirmatorias: Serología Western Blot:

Es una prueba que busca anticuerpos, pero tiene la ventaja de que permite diferenciar la respuesta de los anticuerpos contra cada parte viral, parecida a una electroforesis de las proteínas. Es específica y sensible.

- Pruebas suplementarias:

- Radio inmunoanálisis.
- Inmunofluorescencia.

Son muy específicas, pero no se utilizan de rutina como método de diagnóstico, pues se reservan para casos que no estén bien definidos por los métodos anteriores.

- Pruebas inmunológicas:

Demuestran el daño que el virus produce sobre las células del Sistema Inmunológico.

- Conteo de células CD4: que disminuyen según progresa la enfermedad.
- Conteo total de linfocitos: el valor normal disminuye a medida que avanza la enfermedad.

- Índice CD4-CD8: normalmente hay más CD4 que CD8 en una proporción de dos a uno, pero según progresa la enfermedad esta relación se invierte.
- Electroforesis de las proteínas: muestra un aumento de las gammaglobulinas.
- Las Beta 2 microglobulina, el Interferón lábil frente a ácido y la neopterin. Son sustancias del sistema inmunológico cuyos valores se incrementan según progresa la infección por VIH.

### **1.1.6 Tratamiento**

El objeto del tratamiento antirretroviral es disminuir la replicación de del virus, y descansa en los siguientes pilares:

1. Drogas antirretrovirales.
2. Terapia inmunomoduladora.
3. Tratamiento de las infecciones oportunistas y tumores.
4. Quimioprofilaxis primaria y secundaria.
5. Apoyo psicológico y social.

Existen dos grupos básicos de medicamentos antirretrovirales.

A. Inhibidores de la enzima retrotranscriptasa.

*Nucleósidos análogos y mecanismos de acción en general.* Estos interfieren con el ciclo de vida del VIH imposibilitando su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y consigue así detener su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar otros virus. Dentro de ellos tenemos:

- Zidovudina.
- Didanosina.
- Zalcitabina.
- Stavudine.
- Lamivudine.

- Abacavir.

*Nucleósidos no análogos mecanismos de acción en general.* Interfieren en el ciclo de vida del VIH imposibilitando su replicación, ya que se adhieren a una enzima en la célula infectada y detienen la replicación del VIH en el material genético de la célula.

Dentro de este grupo tenemos:

- Neviparine.
- Delavirdine.
- Efavirenz.

B. Inhibidores de las proteasas y mecanismos de acción en general.

Interfieren en el ciclo del VIH impidiendo su replicación; actúan en la última etapa de la replicación del virus imposibilitando a este ensamblarse y abandonar la célula infectada. Dentro de este grupo encontramos:

- Indinavir.
- Nelfinavir.
- Ritonavir.
- Aprenavir.
- Saquinavir.

Todos estos elementos producen el síndrome de lipodistrofia, que se caracteriza por desgaste de las extremidades, joroba de búfalo, piel más fina, fatiga, disminución de la libido, hipertensión arterial, hiperglucemia, elevación de colesterol y otras alteraciones.

Principios del tratamiento Antirretroviral.

1. El virus del SIDA tiene una replicación continuada, la cual conduce al daño del sistema inmunológico.
2. Los niveles plasmáticos de ARN de VIH indican la magnitud la magnitud de replicación del virus y la proporción asociada a la destrucción de las células

CD4, mientras que el recuento de estas últimas indica la medida en la que el virus ha dañado el sistema inmune.

3. Dado que los índices de progresión de la enfermedad difieren entre los individuos, las decisiones del tratamiento se deben individualizar en función de del nivel de riesgo por la medida de los niveles plasmáticos de ARN (carga viral) y el recuento de CD4.
4. La medida mas eficaz para lograr una supresión duradera de la replicación del VIH es el inicio del tratamiento con combinaciones simultaneas de drogas eficaces frente al virus con las que el enfermo no haya sido previamente tratado y que no presenten resistencia cruzada con otros agentes antirretrovirales que hayan sido administrados al paciente con anterioridad.
5. Las mujeres deben recibir terapia antirretroviral optima sin tener en cuenta si están o no embarazadas.
6. Los sujetos infectados por el VIH, incluso aquellos con cargas virales por debajo de los límites perceptibles con las técnicas, deben ser considerados infecciosos, y aconsejarles que eviten relaciones sexuales, el consumo de drogas que se han asociado con la trasmisión o adquisición del; VIH y otros agentes infecciosos.

En cuanto a cuando se debe iniciar el tratamiento antirretroviral existe una controversia entre los que abogan por el tratamiento temprano de la enfermedad y los que lo defienden en la fase tardía o sintomática. Los criterios más utilizados son:

1. Todos los casos sintomáticos o con infecciones oportunistas, independientemente del conteo de CD4 o de la carga viral, deben ser tratados.
2. Todos los asintomáticos con conteo de CD4 < de 500 células /mm<sup>3</sup> y alta carga viral, deben recibir tratamiento.
3. Todos los asintomáticos con conteo de CD4 < de 500 células/mm<sup>3</sup> y baja carga viral, deben ser seguidos evolutivamente, sin tratamiento.

4. Todo paciente que desee recibir tratamiento con independencia de su estado clínico, inmunológico y su carga viral, debe ser tratado.

Combinaciones de medicamentos recomendadas.

- Un inhibidor de proteasa y dos inhibidores de la retrotranscriptasa (Nucleósidos análogos).
- Un inhibidor de la retrotranscriptasa (no análogo) y dos inhibidores de la retrotranscriptasa (Nucleósidos análogos).

*Terapia inmunomoduladora:* Tiene como objetivo fortalecer y restablecer el sistema inmunológico, y se utilizan los siguientes medicamentos.

- Factor de transferencia liofilizado.
- Interferón.
- Interleuquina.

*Quimioprolifaxis primaria y secundaria:* Ha sido otro elemento que ha influido en prolongación de la cantidad y calidad de vida de estas personas. Se le llama quimioprolifaxis primaria cuando el enfermo no ha desarrollado aun la infección oportunista específica, y por tanto se previene la infección.

*Quimioprolifaxis secundaria* es la que se realiza después que el individuo desarrollo la infección oportunista específica y, por consiguiente, su objetivo es evitar la recidiva.

La infección por VIH predispone, a su vez, a múltiples infecciones oportunistas, por lo que es imposible que se puedan desarrollar esquemas de quimioprolifaxis (primaria y secundaria) para todas ellas. Pero hay algunas que se consideran de importancia, pues han influido en la reducción de la mortalidad de estas personas.

*Apoyo psicológica y social.* Es de suma importancia la atención psicológica y el apoyo de la sociedad a estas personas, no se puede pasar por alto la repercusión psíquica de la enfermedad en estas personas, y en estos casos el sentirse alentados

por sus significativos favorecen positivamente la no progresión de la enfermedad según estudios de la psiconeuroinmunología.

El apoyo social contribuye favorablemente en el bienestar psicofísico de estas personas, entorno familia constituye un elemento potenciador de la adherencia, aun cuando la voluntad del enfermo disminuye, el entorno y sus seres queridos puede ser un elemento motivador y facilitador. Por ello, los allegados/ familiares de referencia pueden contribuir positivamente para que el plan de cuidados sea lo más llevadero posible y de esta manera contribuir al fomento de la calidad de vida de estas personas.

## **1.2 Adherencia Terapéutica**

### **1.2.1 Concepto**

Que el paciente cumpla con las orientaciones del especialista y asuma una posición activa e interesada en el tratamiento constituye una fortaleza en el proceso de recuperación de cualquier individuo que presente problemas de salud. El término adherencia terapéutica en la literatura especializada se ha asociado términos como: observancia, seguimiento, adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, cooperación, etc., aunque los más utilizados son: cumplimiento y adherencia.

Al referirnos al termino “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes en 1979, que califica, como el grado de en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta, o modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

Este concepto independiente de su sentido, peca de ser un tanto restringido en cuanto a su alcance y complejidad, en el abordaje del fenómeno que pretende abarcar, en si mismo sugiere o hace referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones e indicaciones del profesional de la salud, en el cual el paciente tendría un roll pasivo y sumiso, entendiendo que el enfermo esta poco capacitado para tomar sus propias decisiones al asumir las indicaciones medicas que le proponen.

Por otra parte Martin Alonso en el 2004 (citado en Karoly, 1993), considera con respecto a esta definición algunas deficiencias.

- Tendencia a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.
- Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.
- Es reduccionista, solo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos así como, las motivaciones del paciente.

En otro sentido y un tanto superando la limitación del autor anteriormente referido, en cuanto a la definición que se presenta del concepto de cumplimiento, Galperin en 1994 lo define como la medida en la que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas, existiendo diferentes motivaciones por parte del paciente que explican los grados de adhesión a las distintas indicaciones, (citado en Molerio, 2007). Por su parte, Boza (1987), plantea que cumplir es el entendimiento razonable, por parte del enfermo, de las necesidades del tratamiento y de sus diferentes posibilidades; seguido de la acción apropiada. Desde esta perspectiva se sitúa la definición dada por German (1998), quien califica como cumplimiento al grado de cooperación y acuerdo entre el médico y el paciente en cuanto el régimen terapéutico, caracterizado por la comprensión y adhesión del paciente al régimen, incluida una adecuada comunicación con el régimen. (Molerio, 2007)

Blackwell (2000) ha calificado las formas del incumplimiento en cinco categorías:

- Por omisión, que incluye lo que sería el incumplimiento involuntario o no intencional,
- De propósito, es decir, tomar o no la medicación por razones equivocadas.
- De errores en la dosificación.
- Por confusión temporal.

- Por uso de medicaciones no prescritas.

Para hacer referencia a este fenómeno Grau Abalo en el 2005 considera, partir de la posición que contempla a la adherencia terapéutica como un fenómeno complejo, multifactorial condicionado. En esencia, es un repertorio de conductas del ser humano modulado por componentes subjetivos.

En otras palabras, el hecho de que pacientes o usuarios de los servicios de salud cumplan el tratamiento médico recomendado, esta mediado, entre otras cuestiones, por el sistema de conocimientos y creencia que ellos tengan de su enfermedad o problema de salud, de su motivación por la recuperación o prevención de salud o adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, por sus actitudes y por el desarrollo de los procesos volitivos.

En relación con anterior, se asume la definición de adherencia terapéutica dada por Molerio en el 2007, como *“una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado”*. De esta manera, se reconoce el papel activo del sujeto en el proceso. La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma.

### **1.2.2 Factores que determinan una adherencia terapéutica**

La adherencia terapéutica, se concibe como una conducta que debe ser entendida desde diversas dimensiones, desde factores propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de la salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, sin desdeñar el papel de la organización de los servicio de salud, (Grau, 2005).

Varios autores como (Ferrer, 1995; Amigo, 1998; Macía y Méndez, 1999; Zaldívar, 2003), plantean la existencia de un amplio grupo de factores influyentes en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando

elementos de naturaleza psicosocial, médico, de relación médico paciente y de corte gerencial, (citado en Grau Abalo, 2005).

El primer grupo de variables está constituido por variables de la *interacción con el profesional sanitario*, que incluye la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las características de la comunicación que el paciente establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional de la salud, en la cual se distingue la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de la salud y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente.

Además, Morales en 1999, señala la importancia de otros factores asociados, en este caso la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida, las características del lugar donde se produce la atención; además, la satisfacción está relacionada básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto al servicio que aspira recibir y como indicador de “calidad subjetiva”, aglutina a muchos aspectos subjetivos de las características de la atención de salud.

El segundo grupo de factores tiene un carácter básicamente médico y está relacionado con las *características del régimen terapéutico*, entre los cuales se distingue, en primer lugar, la *complejidad del tratamiento*, que se refiere al grado de cambio comportamental que requiere; cuando implica cambios en los hábitos o exige pautas nuevas produce una tasa de cumplimiento baja, (Rodríguez, 1995). El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y, especialmente la duración del tratamiento, son variables relacionadas con la complejidad, (Macía y Méndez, 1999).

La *relación costo beneficio del régimen del tratamiento* puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos: económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, mientras que los beneficios están dirigidos hacia la convicción de que las enfermedades se han curado.

La *presencia de efectos secundarios* se refiere a que los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia porque estos pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia, (Macía y Méndez, 1999).

El tercer grupo de factores que intervienen en la adherencia terapéutica está referido a la *naturaleza de la enfermedad*. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, siendo menor en las enfermedades crónicas y, sobre todo, en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones, (Friedman y Di Matteo, 1989). Se ha afirmado que resulta más difícil seguir recomendaciones profilácticas que terapéuticas, cuando los síntomas están produciendo malestar, (Macía y Méndez, 1999).

El cuarto y último grupo de determinantes está constituido por un amplio grupo de factores convencionalmente llamado como *aspectos psicosociales*

Que involucra, en primer lugar, las *creencias del paciente* asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad; a la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, (Becker, 1974); por otro lado, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria, (autoeficacia percibida), (Bandura, 1989). Y por último la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). Villamarín en 1990 consideró que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de su cumplimiento.

*El apoyo social y familiar* también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones, al animar a mantener el régimen médico; de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario este esfuerzo para iniciar y mantener los cambios, (Ferrer, 1995).

### **1.2.3 Principales consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica**

Las *consecuencias médicas o clínicas* de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos; con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento.

El informe de la OMS enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos de este tipo de consecuencias:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Aumenta el riesgo de accidentes:** el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa,** producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes.

De igual manera, se describen *consecuencias dañinas en el orden económico*. Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico,

preocupación que atañe a los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos y a los propios pacientes.

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que pueden provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.

El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública.

Por otra parte, sería muy conveniente dirigir esfuerzos a la evaluación económica de la falta de adherencia terapéutica para identificar realmente los costos asociados a los efectos inútiles que el incumplimiento del régimen terapéutico ha provocado. La valoración de la utilización de recursos en salud y la eficacia de las intervenciones requiere incluir las tasas de adherencia terapéutica como elemento para evaluar realmente los programas y proyectos de atención sanitaria.

#### **1.2.4 Evaluación de la Adherencia Terapéutica**

La evaluación de la Adherencia Terapéutica, discurre en dos cuestiones fundamentales, en primer lugar, ¿cómo conocen los investigadores el porcentaje de paciente que incumplen las recomendaciones del profesional? En segundo lugar, ¿cómo pueden identificarse los comportamientos de no adherencia? La respuesta a

la primera pregunta es que no se conoce con exactitud el grado de cumplimiento de estas recomendaciones y que cualquier porcentaje facilitado no deja de ser una estimación, (Brannon y Feist, 2001). Para explicar el segundo caso al menos se dispone de cinco medios básicos para medir el grado de cumplimiento de los pacientes, en este caso:

1. Preguntar al facultativo.
2. Preguntar al paciente.
3. Preguntar a otras personas.
4. Contar las Tabletas.
5. Examinar las pruebas bioquímicas. (Brannon y Feist, 2001).

Además se puede recurrir como indicador a utilizar, el grado de control de la enfermedad, (Molerio, 2007.)

Sin embargo, cada una de ellas adolece de limitaciones que hacen de la evaluación del cumplimiento terapéutico un proceso complejo y en numerosas oportunidades poco confiable. Resulta muy complejo determinar con precisión las tasas de adhesión o no adhesión al tratamiento, en tanto que implican una amplia variedad de conductas, (sujetas a los sesgos que afectan a los procedimientos de evaluación).

### **1.2.5 Modelos teóricos**

Existen diversos modelos teóricos que se aplican al comportamiento en general y que también se han utilizado para analizar el problema de la adherencia y la falta de la misma. Estos paradigmas teóricos abordan la realidad de diferentes perspectivas, profundizando en cada una de las concepciones dar un entendimiento mas objetivo al fenómeno que se plantea.

El *modelo conductual* de la adherencia se basa en los principios del condicionamiento operante propuesto por B.F. Skinner en 1953. La clave del condicionamiento operante consiste en el refuerzo contingente a cualquier respuesta que impulse al organismo (al individuo) a adoptar el comportamiento deseado, en este caso, un mayor cumplimiento de las recomendaciones médicas. Los psicólogos

han utilizado el reforzamiento para el comportamiento de adherencia. Un ejemplo de ello puede ser una retribución monetaria contingente para que el paciente acuda a las consultas médicas, (Brannon y Feist, 2001). No obstante, los psicólogos rara vez utilizan el castigo para disminuir el comportamiento de incumplimiento.

Los defensores del modelo conductual utilizan “señales”, premios y contratos para reforzar los comportamientos de adherencia. Entre las señales se incluyen los recordatorios de las citas, llamadas telefónicas desde la consulta y otra serie de medidas de autoaviso. Las retribuciones o premios pueden ser extrínsecos, (dinero y obsequios) o intrínsecos (mejoras de la salud). Los contratos pueden ser verbales, pero en la mayor parte de los casos suelen realizarse por escrito entre el terapeuta y el paciente.

Otro de los modelos son las teorías cognitivas del aprendizaje, que están basadas en los mismos principios del aprendizaje que subyacen a los modelos conductuales, pero incluyen conceptos adicionales, como la interpretación de las personas y la evaluación de su situación, su respuesta emocional y su percibida capacidad para afrontar los síntomas de la enfermedad. Existen muchos modelos cognitivos de aprendizaje, la teoría de la acción razonada y el modelo de creencias sobre la salud.

Para referirse al concepto de la *Teoría de la autoeficacia*, diversos investigadores han suscrito el concepto de A. Bandura en 1986 de autoeficacia para explicar la adherencia y la no adherencia. Bandura ha afirmado que la creencia que tienen las personas acerca de la capacidad de adoptar comportamientos difíciles (un programa de ejercicios), permite predecir el cumplimiento de dichos comportamientos. La autoeficacia es un concepto situacional-específico que hace referencia a la confianza que depositan las personas a su propia capacidad para asumir comportamientos necesarios con el objetivo de tener los resultados deseados, específicos para una situación particular.

La teoría de la autoeficacia ha sido utilizada para predecir la adherencia de una serie de recomendaciones de salud, por ejemplo en programas de ejercicios aerobios en personas obesas (McAuley, 1993). Otro estudio (Borrelli y Mermelstein, 1994),

examinó el papel de la autoeficacia y el establecimiento de metas entre los participantes en un programa para dejar de fumar y estableció que la autoeficacia, confianza en la propia capacidad de fumar, permitía predecir qué participantes habrían de ser capaces de abstenerse. De manera general estos estudios indican que la autoeficacia predice la adherencia de algunos tratamientos, asumiendo el paciente un rol activo en su proceso de curación.

Otro de los modelos teóricos que analizan el problema de la adherencia es la *Teoría de la acción* razonada, estudiada por Ajzen y Fishbein en 1975, donde sostienen que el determinante inmediato del comportamiento es la intención de las personas para realizar dicha conducta. Las intenciones de comportamiento, a su vez son una función de las actitudes de las personas hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que el comportamiento produce resultados positivos o negativos y la norma subjetiva, modelada por la percepción acerca del valor que otras personas importantes otorgan al comportamiento y por su motivación en el cumplimiento de dichas normas.

Brannon y Feist en el 2001, plantearon que dicha teoría ha sido utilizada para predecir la adherencia de una serie de comportamientos relacionados con la salud incluyendo el ejercicio. Un meta análisis de los estudios de acerca de la utilidad de este modelo estableció que la teoría de la acción razonada presenta un valor un valor específico a la hora de predecir quien va a cumplir un régimen de ejercicio y quien no, (Hausenblas, Carron y Mack, 1997). De forma más específica, el análisis reveló una fuerte conexión entre la actitud hacia el ejercicio y la intención de practicarlo. De manera general este modelo tiene al menos cierto valor a la hora de predecir la adherencia del comportamiento en el ejercicio.

*El modelo de creencias sobre la salud* de Becker en 1979, sostiene que cuatro creencias interactivas influyen en el comportamiento relacionado con la salud. Estas creencias, que presentan un efecto acumulativo a la hora de aumentar o disminuir los comportamientos de adherencia, son:

1. La susceptibilidad percibida a las consecuencias negativas de la falta de cumplimiento.
2. La gravedad percibida de estas consecuencias.
3. La relación percibida entre coste y beneficio que presentan los comportamientos de adherencia.
4. Las barreras percibidas para incorporar comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal.

El modelo de creencias sobre la salud ha sido erróneamente utilizado en mayor medida, que los restantes modelos de comportamiento en relación con la salud, (Strecher, Champion y Rosenstock, 1997) y cualquier valoración del modelo de creencia sobre la salud se complica por los distintos conceptos que encierra y las diferentes maneras en que ha sido probado. En consecuencia, algunos estudios no han suscrito este modelo, mientras que otros los han considerado útil a la hora de predecir los comportamientos disciplinados. Por ejemplo este modelo sugiere que los pacientes que más saben de su enfermedad y sus consecuencias deberían ser más disciplinados que los pacientes con menores conocimientos, (Brannon y Feist, 2001).

Todos los modelos consideran diversos factores del individuo o de su ambiente que pueden intervenir, en mayor o menor grado pero su valor predictivo es débil cuando se consideran aisladamente. Por otra parte, los factores no son idénticos para todas las pacientes y tampoco son permanentes puesto que varían de un momento a otro de la enfermedad.

### **1.3 Adherencia Terapéutica en personas que viven con SIDA.**

Retomando algunos elementos de las definiciones que se dieron en los epígrafes anteriores y en un esfuerzo por profundizar al desarrollo del concepto, se plantea que la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y

aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad.

Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación (si son nuevos), perfeccionamiento (si ya existen) de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad (Varela, 2007). La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. En el caso del VIH/SIDA, tales comportamientos incluirían:

- Tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis).
- Asistir a las citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.).
- Realizar ejercicio regularmente.
- Alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales.
- Manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión).
- Evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarros y drogas ilegales).
- Adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios.
- Priorizar el cuidado de sí mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.).

Dichos comportamientos de adherencia al tratamiento pueden, a su vez, ser facilitados por otros comportamientos y habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con la obtención de los objetivos terapéuticos. Entre estos podría resaltarse:

- El uso de estrategias eficaces para identificar los medicamentos, para recordar su toma, para manejar los efectos adversos y para organizar el plan terapéutico (integrando varios medicamentos, dosis variables y horarios).
- Discutir con el médico y/o profesional de la salud las dudas respecto al VIH y el plan de tratamiento; buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento.
- Buscar ayuda profesional para solucionar algún problema emocional; buscar apoyo social en otras personas, grupos o instituciones para solucionar situaciones difíciles o problemáticas.
- Llevar consigo dosis de los medicamentos (cuando sabe que se le puede pasar el horario en que debe tomarlos); tener reserva de medicamentos para no suspender el tratamiento en caso que se retrase su entrega por parte del sistema de salud; buscar alternativas para tomar los medicamentos sin que los demás se den cuenta de su diagnóstico;
- Saber cómo contestar las preguntas relacionadas con la enfermedad o el tratamiento que le hacen otras personas manteniendo la privacidad.
- Utilizar estrategias legales para hacer respetar su derecho a recibir oportunamente el tratamiento.
- Reorganizar las rutinas diarias para responder a las necesidades que van surgiendo a causa del VIH y su tratamiento (ajustar horarios de comidas y de sueño, etc.).
- Mantener preservativos disponibles, entre otros.

El desarrollo y mantenimiento de los comportamientos de adherencia al tratamiento por parte del paciente, dependerá en gran medida de la “negociación” y realización

de acuerdos con el profesional de la salud sobre el régimen terapéutico y la aceptación para formar parte de dicho plan de tratamiento.

### **1.3.1 Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en personas con VIH-SIDA**

Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmente al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. Pero a este principio hay que agregarle otros elementos (denominados aquí como “factores” del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción) importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia.

Al respecto, se encontró que existen diversas clasificaciones de los factores asociados con la adherencia al tratamiento. Una de ellas fue propuesta por Meichenbaum y Turk en 1991 que modelaron cuatro grupos de variables: las del paciente, de la enfermedad, la del tratamiento y de la relación con el profesional de la salud. La OMS (2004), por su parte, plantea que existen cinco grupos de factores: socioeconómicos, relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el sistema de asistencia sanitaria. Para Meichenbaum y Turk en (1991) los factores socioeconómicos están incluidos en los del paciente. Asimismo, en la primera clasificación, se mencionan las variables de la relación con el profesional de la salud, que para la OMS (2004) hacen parte, junto con otros, de los factores del sistema de salud.

Otras investigaciones sobre el tema permiten reconsiderar estas categorías y plantear una clasificación que incluye un nuevo factor relacionado con aspectos sociales e interpersonales y unir aquéllos relacionados con la enfermedad y con el tratamiento en uno solo. De esta manera, la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA estaría asociada con: a) factores personales, b) de la enfermedad y el tratamiento, c) del sistema de salud y, d) sociales- interpersonales. Aunque al interior de cada factor podrían encontrarse diversas variables.

### **1.3.2 Factores personales en la adherencia terapéutica**

Los factores personales se refieren a las características del paciente. Específicamente para el caso de la adherencia al tratamiento en el VIH/SIDA, los principales factores que tienen evidencia son las variables sociodemográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, el afrontamiento de la enfermedad, los problemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/SIDA.

Las *características sociodemográficas*, en general, han sido relacionadas con la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA (Chesney, 2000), (Ickovics y Meade, 2002). No obstante, existe una gran divergencia respecto al papel de estas características como aspectos que facilitan u obstaculizan la adherencia. Por ejemplo, algunos autores reconocen la *edad* como un obstáculo para la adherencia al tratamiento (Glass, 2006), (Gordillo; Del Amo; Soriano y González, 1999), mientras que otros afirman que la vejez sería un facilitador (Murphy, 2004). En cuanto al *nivel educativo* parece existir un mayor acuerdo, pues se indica que un bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento (Catz, 2000).

Respecto al *nivel de ingresos familiares* se afirma que cuando éstos son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento (Carballo, 2004), (Spire, 2002), mientras que ingresos altos pueden actuar como un facilitador (Carballo, 2004). Por otra parte, algunas *características del domicilio* del paciente como tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento por varios estudios (Berg, 2004), (Carballo, 2004). Finalmente, los estudios mencionan otras características sociodemográficas en relación con la adherencia al tratamiento como la *condición socioeconómica*, como el *sexo* y el *estado civil*, pero no existe una fuerte evidencia al respecto.

Otro factor personal relacionado con la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA es la *historia de tratamientos de la persona*, incluyendo *tratamientos anteriores al*

*diagnóstico de VIH/SIDA* (Spire, 2002) y los *comportamientos de adherencia en el pasado* que podrían ser un facilitador (Piña, 2006) o un obstáculo (Spire, 2002), según hayan sido eficaces o no, respectivamente.

Por su parte *los factores cognitivos*, han sido ampliamente relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA. Uno de los principales obstáculos a este nivel son las *creencias y la percepción sobre el tratamiento antirretroviral*, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad y los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras para el tratamiento. Algunos estudios han relacionado los aspectos anteriores como obstáculos para la adherencia al tratamiento (Ammassari, 2004), (Ballester, 2002), mientras que otros apoyan que son facilitadores de ésta (Abel y Painter, 2004).

Otro aspecto cognitivo que se considera relevante y ha sido estudiado es el *conocimiento*, pero su relación con la adherencia al tratamiento ha sido polémica. Para algunos, un adecuado conocimiento no sólo de la enfermedad, sino también del tratamiento antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no-farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedad y del estado clínico actual, son aspectos que facilitan la adherencia (Kalichman, 2001), y por el contrario, la falta de conocimiento o los conocimientos inadecuados son un obstáculo para lograrla (Catz, 2000).

La *autoeficacia*, específicamente en un sentido positivo, ha sido considerada como un factor que facilita la adherencia al tratamiento (Abel y Painter, 2004), mientras que una baja autoeficacia actúa como un obstáculo (Murphy, 2003). Entre las variables cognitivas que se asocian con una baja adherencia está el *olvido de la toma de los medicamentos y las recomendaciones médicas* (Ammassari, 2004).

A nivel *emocional* han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de *indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés* (Ammassari, 2004). Por el contrario, la presencia de *estados afectivos y emocionales positivos* se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, pero con poca evidencia (González, 2004).

Entre los factores a nivel de la *motivación* se informa, por ejemplo, sobre la *intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales*, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento (Kalichman, 2001), mientras que una actitud positiva frente a éstos sería un facilitador para adherirse a la Terapia Antirretroviral (Spire, 2002). Lo que se observa con respecto a los factores de la motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores personales y su relación con la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto personal que se ha relacionado con la adherencia es el *afrontamiento* del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, así como de la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Abel y Painter en 2004 indican que un déficit en este sentido sería un obstáculo, y por otro lado, están los que afirman que un afrontamiento adecuado sería un factor que favorece la adherencia al tratamiento (Enríquez, 2004).

Los *indicadores de problemas psiquiátricos* presentan una situación similar. Para varios estudios la presencia de estos indicadores sería un obstáculo para la adherencia (Berg, 2004), y su ausencia sería un facilitador (Carballo, 2004).

Por último, un factor personal asociado fuertemente con la adherencia al tratamiento es el *consumo actual de alguna sustancia psicoactiva*, así como los antecedentes de consumo, que en cualquier caso, se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento (Hosek, 2005). La ausencia de este elemento, constituye un factor a favor de la adherencia (Molassiotis, 2003).

### **1.3.3 Factores de la enfermedad y del tratamiento**

Este grupo de factores involucra aquellos aspectos y características del VIH/SIDA y del régimen terapéutico, incluyendo no sólo la Terapia Antirretroviral, así como sus implicaciones en el estilo de vida. De acuerdo con los estudios realizados, los factores de la enfermedad y del tratamiento relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/sida serían los efectos adversos de la Terapia Antirretroviral, la complejidad del régimen terapéutico, la interrupción de la rutina diaria y el estilo de

vida, el perfil clínico y la progresión de la enfermedad, el costo del tratamiento y la interrupción o modificación del régimen terapéutico.

Los *efectos adversos de la Terapia Antirretroviral* presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento, y específicamente, en la medida que sean mayores los efectos menor es la adherencia (Knobel, 2000), mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia (Molassiotis, 2003).

Asimismo, la alta *complejidad del régimen terapéutico* se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento con suficiente base empírica (Carballo, 2004), y por el contrario, la baja complejidad es asumida como un factor que la favorece (Abel y Painter, 2004).

Respecto a *la interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida* como consecuencia del Terapia Antirretroviral y del régimen terapéutico, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA (Catz, 2000).

El *perfil clínico y la progresión de la enfermedad*, que incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico (carga viral, CD4, estadio CDC), entre otras, presenta una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Así, algunos estudios relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento (Berg, 2005), mientras que otros han encontrado que pueden actuar como un facilitador (Mocroft, 2001).

La *comorbilidad con otra(s) enfermedad(es)* se ha relacionado principalmente como barrera para la adherencia al tratamiento (Berg, 2004); aunque Carballo en el 2004 la menciona como un facilitador. Otros factores de la enfermedad y del tratamiento asociados como obstáculos de la adherencia al tratamiento, en menor medida, son el *coste del tratamiento* (Kumarasamy, 2005); *la interrupción o modificación del régimen terapéutico* debido a la resistencia a los Antirretrovirales, baja tolerancia a estos, problemas en la provisión de los medicamentos, entre otras, las *características del medicamento* y el *tiempo de tratamiento* (Mocroft, 2001). Por otra parte, la *vía de*

*transmisión perinatal* aparece asociada como facilitador de la adherencia, al igual que la *eficacia terapéutica* (Lewis, 2006).

#### **1.3.4 Factores sociales/interpersonales**

Los factores sociales/interpersonales hacen referencia a aquellos aspectos particulares de las relaciones que establece el paciente con su familia, amigos, profesionales de la salud y con el entorno en general, que afectan la adherencia al tratamiento, la percepción de apoyo social y la relación entre el médico tratante y el paciente son los aspectos sociales/interpersonales más estudiados y con mayor evidencia en el área de la adherencia.

La *percepción de apoyo social*, en términos de existencia de sistemas de apoyo, tipo de apoyo y eficacia percibida, ha sido relacionada ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento (Berg, 2004), mientras que un bajo nivel de apoyo percibido se relaciona con un obstáculo (Simoni, 2002).

La *relación entre el médico tratante y el paciente* ha sido también ampliamente explorada. La evidencia indica que cuando ésta se caracteriza por satisfacción con la relación, confianza para expresar dudas, una percepción positiva del paciente sobre la competencia del profesional, sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, retroalimentación al paciente y confidencialidad, entre otros, favorece la adherencia al tratamiento (Abel y Painter, 2004), y que por el contrario, cuando existe una percepción negativa de la relación con el médico, ésta interferiría con la adherencia del paciente (Spire, 2002).

#### **1.3.5 Factores del sistema de salud**

Los factores del sistema de salud son aquéllos relacionados con el acceso a los servicios de salud y las características de la(s) institución(es) en las que el paciente es atendido, estos factores han sido poco explorados, en la mayoría de los casos se trata de la percepción que el paciente tiene sobre ellos. No obstante, en términos generales, se ha informado que las *barreras en el sistema de salud* (medicamentos que cubre el sistema de salud, costos, tramitología excesiva para obtener los Antirretroviral, etc.), el *acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas*

*pronósticos*, las *barreras geográficas* para acceder al servicio de salud (transporte, ubicación del centro de salud) (Catz, 2000) y la *afiliación a la seguridad social* (Ingaramo, 2005) son obstáculos para lograr la adherencia al tratamiento.

De manera general, resulta sumamente importante desarrollar estrategias para fomentar la adhesión en personas con SIDA, las estrategias deben estar dirigidas al crecimiento individual sin desvirtuar el papel activo del enfermo en la relación que se establece con el profesional de la salud, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de personas que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo.

De esta forma, resulta ineludible fomentar estrategias de intervención individualizadas, basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas, que han demostrado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta persona que vive con SIDA.

# Capítulo II



## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA**

### **2.1 Diseño de la Investigación**

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se realizó un estudio exploratorio descriptivo, donde se asume un paradigma integrador. En el mismo se combinan el análisis cuantitativo de los resultados de las técnicas aplicadas con la interpretación cualitativa de las respuestas emitidas, concediendo un umbral más profundo para nuevas interpretaciones.

#### **2.1.1 Selección de la Muestra**

Según datos epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública, hasta abril del 2010 existían un total de 12805 personas diagnosticadas en el país con VIH/SIDA, de los cuales la prevalencia de HsH es de 2.64.

Por su parte, el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad en la provincia de Villa Clara al cierre del mes del mayo del presente año, evidencia que existen un total 887 de seropositivos al VIH/SIDA, de los cuales 587 son personas que viven con VIH/SIDA y 385 tienen indicado tratamiento antirretroviral.

En el área de salud del Policlínico XX Aniversario, contexto en el que se llevó a cabo la presente investigación; la incidencia total de la epidemia es de 178 casos diagnosticados con una prevalencia de 119. De ellos, 53 son del sexo femenino, y 125 del masculino. Se precisa que 75 son HsH. En relación con la etapa de evolución de la enfermedad 84 pasaron de ser portadores del VIH a ser enfermos con SIDA. Precisamente este grupo es el que constituye la población hacia la cual se proyecta esta investigación.

#### **2.1.2 Criterios para la selección muestral**

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo incidental-casual, en tanto se incorporaron las personas que fueron acudiendo a la consulta de seguimiento a las personas que viven con VIH/SIDA, que reciben terapia antirretroviral en el Policlínico XX Aniversario, de la ciudad Santa Clara, en el período

comprendido entre febrero de 2010 y mayo de 2010. Los criterios para la selección muestra fueron los siguientes:

*Criterios de inclusión:*

- Personas que se encuentren en la Fase de caso SIDA.
- Ausencia de alteraciones psicológicas a nivel psicótico, neurótico y en el funcionamiento intelectual.
- Ausencia de tratamiento psicofarmacológico.
- Personas que reciben terapia antirretroviral.
- Consentimiento informado: Documento mediante el cual se le comunica a los sujetos el objetivo de la investigación y se le pide su aprobación por escrito a participar en la misma (Anexo. 2)

*Criterios de exclusión:*

- Personas que expresen el deseo o la necesidad de salir del estudio.
- Personas portadores de VIH que aun no hayan desarrollado la enfermedad.
- Personas que no reciben terapia antirretroviral.

### **2.1.3 Descripción de la muestra**

La muestra de la investigación quedó conformada por un total de 15 personas, las cuales se encuentran en la Fase de caso SIDA, todos pertenecientes a la ciudad de Santa Clara.

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de la muestra según sexo.

GRUPO	SEXO	
	FEMENINO	MASCULINO
<b>Cantidad</b>	4	11
<b>%</b>	26.66	73.33

*Fuente: Historias Clínicas ambulatorias.*

Tabla 2: Caracterización sociodemográfica de la muestra según la edad.

25-30	31-40	Más de 41
2	8	5
13,33%	53,33%	33,33%

*Fuente: Historias Clínicas ambulatorias.*

Tabla 3: Caracterización sociodemográfica de la muestra según la escolaridad.

6to	9no	12mo	Técnico Medio
4	6	5	-
26,66%	40%	33,33%	-

*Fuente: Historias Clínicas ambulatorias.*

## 2.2 Definición conceptual y operacional de variables

Con el objetivo de identificar algunos determinantes de la adherencia terapéutica en la muestra estudiada se precisaron una serie de variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas.

Tabla 4. Variables sociodemográficas investigadas.

Variables sociodemográficas	Indicadores
Sexo	- Femenino.
	- Masculino.
Edad	- 25-30 años.
	- 31-40 años.
	- Más de 41 años.
Nivel de Escolaridad	- 6no grado.
	- 9no grado
	- 12grado o Técnico Medio.
	- Casado o en Unión Consensual.

Estado Civil	- Soltero.
	- Divorciado
Ocupación	- Ama de casa o sin ocupación específica
	- Con ocupación específica o asistenciados

Tabla 5. Variables clínicas investigadas.

<b>Variables clínicas</b>	<b>Indicadores</b>
CD4	- Bajo (<200mm <sup>3</sup> en sangre )
	- Mediano (200-499mm <sup>3</sup> en sangre)
	- Alto (>500mm <sup>3</sup> en sangre)
Años de evolución desde el diagnóstico del VIH.	- De 1 a 5 años
	- De 5 a 10 años
	- De 10 a 15 años
Nivel de adherencia terapéutica	- Adecuada adherencia terapéutica
	- Adherencia parcial (al tratamiento farmacológico)
	- Inadecuada adherencia terapéutica

Tabla 6. Variables psicológicas evaluadas.

<b>Variables psicológicas</b>	<b>Indicadores</b>
Orientación Sexual	- Heterosexual
	- Homosexual
	- Bisexual
Estrategias de afrontamiento a la enfermedad	- Reacción emocional
	- Somatización
	- Negación optimista
	- Afecto/distracción
	- Información relevante

Áreas de conflictos	- Área familiar
	- Área escolar
	- Área social
	- Área personal
	- Área sexual
	- Área de los conflictos
	- Área motivacional
Funcionamiento emocional	- Inquietud
	- Desconfianza
	- Irritabilidad
	- Tristeza
	- Apatía
	- Miedo
	- Inseguridad
	- Sufrimiento
	- Angustia
	- Ira
	- Rechazo
	- Ansiedad
- Desprecio	

### **2.3 Técnicas e instrumentos empleados**

Se empleó un sistema de técnicas e instrumentos con el objetivo de obtener la información relevante necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados, integrado por:

- Consentimiento informado
- Revisión de la Historia Clínica.
- Entrevista a la persona que vive con SIDA.
- Cuestionario sobre adherencia terapéutica.

- Cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas que viven con SIDA.
- Completamiento de frases (Rotter)
- Autorreporte vivencial.
- Cuestionario de Estilos de afrontamiento a la enfermedad.

### **2.3.1 Descripción de las técnicas**

- Revisión de la Historia Clínica:

Se realiza con la intención de obtener los datos generales y clínicos de interés para la investigación, así como la historia evolutiva de la enfermedad y el nivel de control de la misma. (Anexo.1)

- Consentimiento informado.

Constituye un modelo oficial donde se exponen al paciente los principales objetivos de la investigación, y se invita a formar parte de la muestra de investigación, asumiendo todos los principios éticos establecidos así como el respeto a su individualidad y la garantía de poder salir de la investigación si se siente inconforme. (Anexo. 2)

- Entrevista psicológica a la persona que vive con SIDA:

La entrevista es un método de investigación empírica de suma importancia, desde su origen persigue como objetivo fundamental la obtención o recogida de valiosas informaciones aportadas por el propio sujeto de la investigación.

En este caso particular su realización persigue como objetivo inicial motivar a la persona que vive con SIDA con la investigación, además de obtener el consentimiento informado de la misma y sus datos generales. Se empleó una entrevista semi-estructurada cuyo análisis se realiza de forma cualitativa, aunque se tienen en cuenta la frecuencia de las respuestas que coinciden en una cantidad significativa de sujetos. (Anexo. 3)

- Cuestionario sobre adherencia terapéutica.

Se parte de un cuestionario elaborado por Molerio (2004) al cual se le realizan modificaciones de acuerdo a las particularidades de esta enfermedad (Anexo. 4). Este cuestionario consta de tres partes:

*Encuesta sobre factores de riesgo (SIDA):* Dirigida a evaluar los factores de riesgo, consta de 22 ítems en formato de encuesta, orientados a identificar la presencia de factores de riesgo no modificables y los factores de riesgo modificables. En este último caso se explora además su frecuencia y magnitud. La evaluación de los datos se realiza cualitativamente.

*Encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad (SIDA):* Está dirigida a evaluar el nivel de conocimiento que tiene la persona que vive con SIDA sobre la enfermedad, mediante 11 ítems de diversa estructuración que el sujeto deberá contestar de acuerdo a las opciones de cada una de las preguntas. Su interpretación es cualitativa.

*Encuesta sobre la adherencia terapéutica (SIDA):* Ha sido elaborada con el objetivo de evaluar la adherencia terapéutica de la persona que vive con SIDA al tratamiento indicado por su especialista. La encuesta consta de 17 ítems en los cuales se le dan opciones al sujeto para que seleccione la respuesta que considere pertinente. Su interpretación es cualitativa.

- Cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas que viven con SIDA.

Se parte de un cuestionario elaborado por Valderrama, Ortiz, Alfaro, Jiménez y Faus en el año 2008, al cual se le realizó una modificación para ajustarlo a los objetivos investigativos. Quedó conformado por 20 ítems que evalúan el cumplimiento del tratamiento en la última semana, la adherencia general desde el inicio del tratamiento, la adherencia al horario en la toma de la medicación, la valoración del

paciente de su grado de adherencia, y el recuerdo del nombre de los fármacos incluidos en su tratamiento. (Anexo. 5)

El cuestionario también evalúa los factores moduladores de la adherencia al tratamiento, como los antecedentes de la falta de adherencia, la relación médico-paciente, creencias del paciente y el uso de estrategias para recordar la toma de fármacos. La puntuación total obtenida de la suma de los ítems da 89 como valor máximo, y 17 como mínimo.

- Completamiento de Frases. (Rotter).

Esta técnica fue diseñada por J. Rotter en 1950, consiste en presentar al sujeto una serie de frases incompletas (51 Frases), que deben ser prontamente completadas para formar frases integra (Anexo. 6). Las respuestas son un reflejo de las satisfacciones, rechazos, temores, aversiones, gustos, intereses, afectos positivos o negativos del sujeto, así como otras esferas de la dinámica relacional del sujeto.

Aun cuando ella, como método proyectivo no puede resolver todas las cuestiones que se refieren a la exploración de la personalidad, con su procedimiento se puede adquirir un valioso material, cuando se acompaña de la ayuda de otras técnicas de investigación. (Rumiansev, 1971).

El análisis psicológico de esta prueba es puramente cualitativo y permite sacar a la luz sentimientos y actitudes, sus contenidos y características. Además, se observa la presencia de información referente a otros procesos psíquicos que también se ponen de manifiesto.

*Procedimiento:* Al paciente se le entrega un modelo donde se recogen los ítems establecidos con sus correspondientes instrucciones. El sujeto debe llenar las oraciones mientras el terapeuta observa sus reacciones físicas vinculadas con los comentarios alrededor de la tarea, vacilaciones, etc.

*Procesamiento de los datos:* Se realiza un análisis de forma cualitativa. Luego de un estudio detallado de las respuestas a cada ítem, se ponen en claro las actitudes y sentimientos manifestados por los sujetos

- Autorreporte Vivencial.

Esta prueba fue elaborada por Jorge Grau Abalo y su aplicación se hizo para evaluar con qué grado o nivel de profundidad los sujetos experimentan un conjunto de 15 vivencias negativas que se le presentan en una tabla. El sujeto debe evaluar cada uno de los términos de acuerdo con el grado o nivel de profundidad con que él los experimenta y para lo cual se le presentan tres categorías en distintos niveles, que son: escasamente, moderadamente e intensamente (Anexo. 7). El análisis se realiza de forma cualitativa.

- Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad.

Este cuestionario fue diseñado por M. Alvarez y colaboradores para investigar los estilos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados. El mismo consta de 22 ítems que exponen algunas de las conductas más usadas para enfrentar enfermedades por los pacientes, para lo cual se les pide que indiquen aquellas que más usan en el presente (con una cruz) y cuales empleaban antes de enfermarse (con un círculo). (Anexo. 8)

*Calificación:* La calificación se realiza de forma cualitativa y cuantitativa según la frecuencia con que son marcados los ítems, los mismos se agrupan en diferentes escalas:

- Reacción emocional: 5, 7, 13,21.
- Somatización: 15, 16, 17, 18, 19, 20.
- Negación Optimista: 10, 11, 12.
- Afecto/ distorsión: 2, 6, 22.
- Información Relevante: 1, 3.

## **2.4 Procedimientos**

Inicialmente se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre la temática a investigar. A partir de los hallazgos realizados, se delinearon las temáticas a investigar y se

procedió a la selección de las técnicas a emplear así como la elaboración de los protocolos de recogida de información.

Se realizó un estudio minucioso de los datos contenidos en la Historia Clínica lo que permitió identificar las personas que cumplían los criterios pautados para la selección maestra. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado de las personas que conformarían la muestra.

La evaluación se realizó de forma individual, en el local correspondiente a la consulta de seguimiento a las personas que viven con VIH/SIDA del “Policlínico XX Aniversario” de la ciudad de Santa Clara, los cuales cumplen las exigencias para estos servicios.

#### **2.4.1 Procedimientos para la evaluación de las variables psicológicas**

La exploración se lleva a cabo en 4 sesiones de trabajo, conformadas en horarios vespertinos, donde era de vital importancia la observación minuciosa de conducta de estas personas, así como el establecimiento de una adecuada empatía.

##### *Primera sesión:*

- Revisión de la Historia Clínica.
- Consentimiento informado.
- Entrevista al paciente.

##### *Segunda sesión:*

- Cuestionario sobre adherencia terapéutica.
- Autorreporte vivencial.

##### *Tercera sesión:*

- Cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas que viven con SIDA.
- Cuestionario de Estilos de afrontamiento a la enfermedad.

*Cuarta sesión:*

- Completamiento de frases. (Rotter)

## 2.5 Análisis de los datos

Los resultados obtenidos fueron analizados cualitativa y cuantitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación. Desde el punto de vista cuantitativo el análisis estadístico se realizó mediante un conjunto de estadígrafos contenidos en el paquete SPSS versión 11.5. Inicialmente se realizó el procedimiento para probar la normalidad de los datos, comprobándose que no siguen una distribución normal, por lo que se decidió emplear técnicas no paramétricas. Dentro de ellas destacamos:

Tabla 7. Pruebas estadísticas aplicadas en el análisis de los resultados.

<b>Pruebas estadísticas</b>	<b>Objetivo</b>
Pruebas de estadística descriptiva	
Tablas de frecuencias absolutas y relativas	Análisis porcentual: Para conocer la forma en que se agrupa la muestra en cada variable e indicador
Pruebas de estadística inferencial	
Análisis de pruebas no paramétrica de correlación	Tau-b de Kendal: Se empleó para evaluar las correlaciones entre las diferentes variables estudiadas.

Los resultados derivados de la evaluación de las informaciones y del procesamiento de los datos se muestran en el capítulo siguiente.

# Capítulo III



### **CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

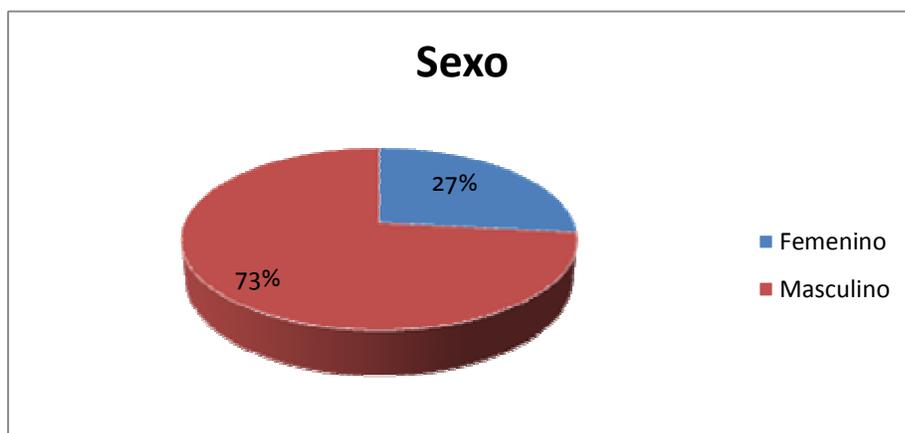
#### **3.1 Análisis de los resultados por técnicas**

##### **3.1.1 Análisis de las variables sociodemográficas**

La caracterización sociodemográfica de la muestra se realizó a partir de la información obtenida de la Historia Clínica y en la entrevista realizada a las personas diagnosticadas SIDA.

Inicialmente se procedió al análisis de la muestra según el sexo, cuya composición se muestra en el siguiente gráfico.

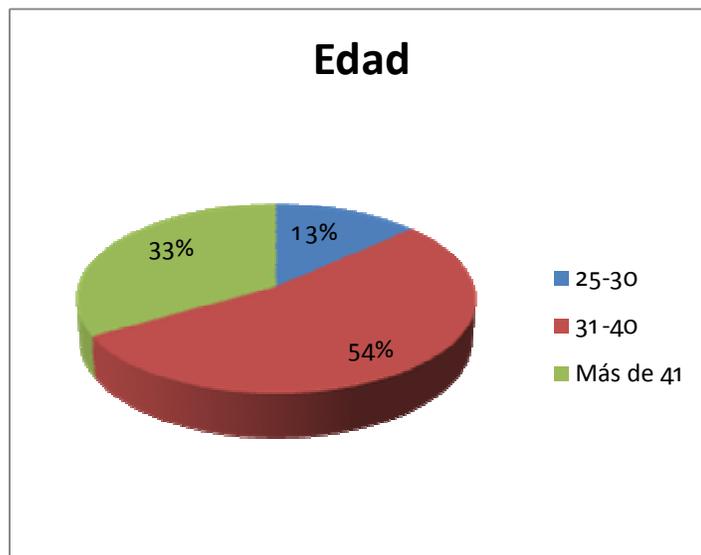
Gráfico 1. Composición de la muestra según el sexo.



Como puede apreciarse hubo un predominio del sexo masculino, 11 personas (73%) y 4 mujeres (27%). Resulta importante destacar que diversos trabajos epidemiológicos concluyen que existe una mayor prevalencia del sexo masculino en las personas que viven con el VIH.

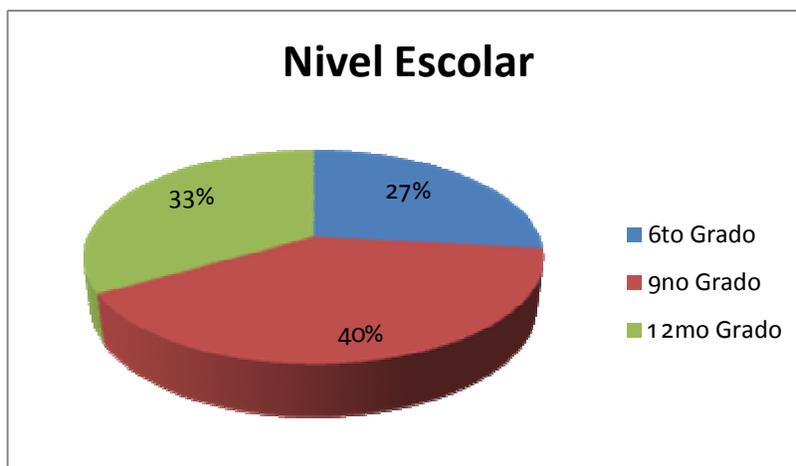
La variable edad oscila entre los 27 y 64 años en la muestra estudiada, siendo la edad promedio de 39 años.

Gráfico 2. Distribución de la muestra según edad.



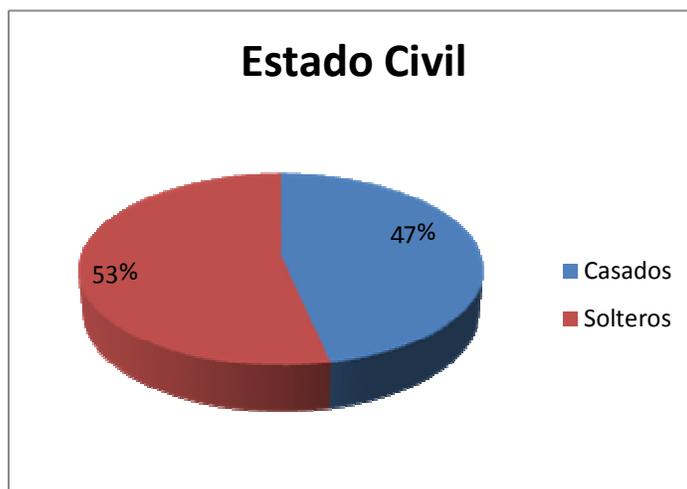
En lo que respecta al nivel intelectual, hubo un predominio en la muestra de un bajo nivel de escolaridad como se muestra en la gráfica siguiente:

Gráfico 3. Distribución muestral según nivel de escolaridad.



En el gráfico que posteriormente se presenta se caracteriza la muestra de acuerdo al estado civil, mostrando un predominio del estado civil soltero con respecto de los casados.

Gráfico 3. Distribución muestral según estado civil.



### 3.1.2 Análisis de las variables clínicas

El conteo de células CD4, demuestra el daño que el virus provoca sobre las células del sistema inmunológico.

Tabla 8. Categorías de Laboratorio de la Infección-Enfermedad por VIH.

Categoría	Cifras de linfocitos mm <sup>3</sup>	CD4 %	Recuentos CD4 de la muestra.
1	≥500	≥29	-
2	200-499	14-28	-
3	<199	<14	100%
Total			15

En la tabla anterior se caracterizan las personas recién diagnósticas a las cuales se les realizó el recuento de CD4. Esta clasificación permite considerar aspectos clínicos de la persona infectada y ubicarla en categorías clínicas que tiene valor pronóstico. En este caso un 100% de las personas infectadas se ubican en la categoría 3 al diagnóstico lo que los hace muy vulnerables.

## **3.2 Análisis de las variables psicológicas**

### **3.2.1 Análisis de la Historia Clínica**

Esta técnica fue empleada con el objetivo de obtener información relevante en relación con los datos generales del paciente así como su estado de salud. Inicialmente se obtuvieron los datos relacionados con las variables sociodemográficas de la investigación que ya fueron reflejados en el capítulo anterior de este informe.

En relación con los antecedentes patológicos personales, se obtuvo que el 60% de la muestra, no ha padecido de otras enfermedades, mientras que el 14,4%, padece de Hipertensión arterial y Asma bronquial. La mayoría de los sujetos después del diagnóstico ha recibido atención por enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA. El 26,6% ha presentado otras ITS como Gonorrea, Sífilis y. Por otra parte, según los datos reflejados en este documento, ningún paciente había recibido atención psicológica.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares el 86,7% no tiene familiares que infectados por el VIH. Solo el 13,3% presenta o ha presentado algún familiar que padece VIH o SIDA. En relación con otros padecimientos, el 73,3% tiene familiares que padecen de Hipertensión arterial, Asma, Diabetes y /o Cáncer.

La revisión de la Historia Clínica permitió identificar las fechas de diagnóstico de las personas lo que permitió precisar los años de evolución de la enfermedad. En este sentido, se obtuvo que un 53% de los investigados tienen entre 10 y 15 años de evolución de la enfermedad, un 20% entre de 5 y 10 años y alrededor del 27% tiene una evolución inferior a los 5 años.

En lo referido al tratamiento que actualmente reciben estas personas, se pudo apreciar que el 100% de ellos, tiene indicado la terapia antirretroviral, debido a que se encuentran en un período avanzado de la enfermedad. En la literatura especializada se describe que al llegar a esta fase se hace imprescindible este tratamiento para evitar la aparición de enfermedades oportunistas y con ello la progresión de la enfermedad.

Según los datos reflejados en la historia clínica en relación con el grado de control de la enfermedad se obtuvo, que en el 100% de estas personas el conteo de células CD4 se encuentra por debajo de 200 células por mm<sup>3</sup>, cifras que definen al paciente como enfermo de SIDA, con independencia de que presente síntomas o no, y que indican que su sistema inmunológico se encuentra debilitado.

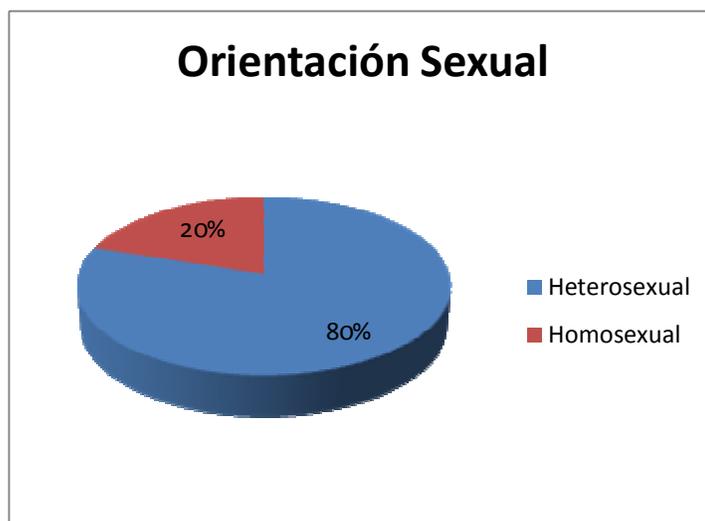
### **3.2.2 Entrevista Psicológica**

La entrevista psicológica fue realizada de manera individual en la primera sesión. Mediante la misma se corroboraron los datos obtenidos en relación con las variables sociodemográficas.

La totalidad de los sujetos entrevistados se manifestaron motivados y dispuestos a formar parte de la investigación, lo cual quedó reflejado en la firma del documento de consentimiento informado. Esta técnica permitió obtener informaciones y datos significativos de los sujetos relacionados con su vida y con su enfermedad.

Por su significación a los efectos de la investigación, otra de las variables exploradas es la orientación sexual, constatándose en este sentido una mayor incidencia de la orientación heterosexual (80%) y en menor medida la homosexual (20%).

Gráfico 4. Comportamiento de la muestra según su orientación sexual.



Estos resultados no se corresponden con la prevalencia que se reporta en nuestro país. Actualmente prevalecen los homosexuales masculinos infectados por el VIH, y en este momento la mayor parte de los casos que surgen es de hombres que tienen sexo con hombres (Pérez, 2007). Sin embargo se debe tener presente, que la muestra de investigación fue pequeña, y asumiendo los criterios del tipo de muestreo (incidental casual), se da el caso que las personas investigadas no presentan este tipo de orientación sexual y por tanto exista una prevalencia heterosexual.

El 100% de los sujetos evaluados tienen conocimiento de su diagnóstico y del pronóstico de su enfermedad. Mayoritariamente refieren que el momento de la comunicación del diagnóstico fue vivenciado como un evento traumático. Sin embargo, describen que con el tiempo ya se han ido resignando y aceptando su nueva situación.

Esta resignación y aceptación de la enfermedad, se relaciona con un predominio de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como es la regulación emocional. En este sentido, podemos citar a VTR quien manifiesta *“a veces me siento muy mal, pero pienso que aún estoy vivo y eso es lo más importante, trato de ser optimista”*.

Otra estrategia constatada en la mayoría de los casos es la aceptación de la responsabilidad, la cual se refleja cuando OMM expresa: *“esto que me ha sucedido es muy difícil, pero comprendo que fue por mi irresponsabilidad. Ahora lo que puedo hacer es tratar de seguir con mi vida, y no actuar como antes”*. De manera general, son estas las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los entrevistados.

En el área motivacional, el control de la enfermedad centrado en la evitación de las complicaciones asociadas a la misma constituye el núcleo temático fundamental. Se aprecia un bajo nivel de estructuración de sus proyectos de vida a mediano y largo plazo; situándose fundamentalmente en el presente. En un 73,3% se aprecia una tendencia existencial.

Al respecto, en varios sujetos la estrategia de afrontamiento de autocontrol emocional se asocia con una filosofía existencialista de la vida como se refleja en las expresiones de RSJ: *“mi vida cambió desde el momento que me dieron la noticia. Ese mismo día yo comencé a morir. Por eso ahora que todavía estoy vivo, tengo que fiestear y pachanguear, disfrutar lo que me queda de una manera que me sienta bien porque yo no sé cómo me voy a levantar mañana”*.

Desde el punto de vista emocional, se apreció la existencia de vivencias negativas en algunos personas. Tres de los sujetos valorados (20%) manifestaron un estado depresivo matizado por ideas depresivas y ganas de llorar. Paradójicamente, existe un 53,3% que asume su realidad desde otra perspectiva, aceptando su situación de una manera asertiva, buscando mecanismos de compensación, utilizando las estrategias explicadas anteriormente y volviéndose personas resilientes.

Se pudo conocer que en el momento de la investigación ningún paciente estaba recibiendo atención psicológica. Sin embargo, aun cuando no aparecía reflejado en la HC, se identificó que el 60% de ellos en algún momento de su enfermedad buscaron ayuda psicológica especializada.

En este sentido, a partir de los datos obtenidos se considera que, al menos el 50% de las personas entrevistados eran tributarios de recibir atención psicológica. De hecho, algunos así lo manifestaron explícitamente como se refleja en las frases de EMT: *“yo creo que me haría muy bien conversar con un psicólogo, de hecho lo necesito”* y en las expresiones de MPG al decir: *“aquí hace tremenda falta un psicólogo que venga y nos atienda, porque nosotros tenemos problemas y a veces necesitamos hablar y que nos aconsejen”*.

De manera general, en este primer intercambio con las personas que conformaron la muestra, se sentaron las bases para el desarrollo de la investigación y la implicación activa de los mismos.

### **3.2.3 Análisis del Cuestionario de Adherencia Terapéutica**

El primer acápite de este Cuestionario estuvo dirigido a evaluar los factores de riesgo. En relación con la presencia de familiares con SIDA, se constata que 10 personas (66,7%) no presentan familiares con esta enfermedad, uno de ellos tiene una abuela paterna con esta enfermedad; mientras que el 26,7% (4 personas) tiene su pareja con SIDA. En cuanto al padecimiento de otras enfermedades, solo 4 personas (26,7%), presentan otras enfermedades como HTA y Asma.

Al indagar sobre las variables relacionadas con el estilo de vida un 33,3 % reconocen que no practican ejercicios físicos y un 66,7 % refieren practicarlos. De ellos, un 53,3% (8 personas) lo hacen diariamente, un 6,7% los realiza semanalmente y el resto lo hace con menor frecuencia.

Los tipos de ejercicios que realizan son muy variados, 3 personas (20%), corren, el 13,3%, realiza ejercicios aerobios. De igual manera, 2 personas (13,3%) practican ejercicios con pesas y 8 personas (53,3%) refieren montar bicicleta.

En cuanto a los hábitos tóxicos, específicamente, la adicción al tabaco, el 40%, (6 personas) no fuman pero los 9 sujetos restantes (60%) si reconocen tener hábito de fumar. En la mayoría de los casos fuman cigarros sin filtro mientras que 2 de ellos (13,3%) fuman tabaco. Al profundizar en la frecuencia con que fuman el 20% describe que lo hace poco (3 personas) y el 6,7% (1 persona) de forma regular. Resulta altamente preocupante el hecho de que el 33,3% (5 personas) de las personas investigadas se reconocen como “dependientes del cigarro”

Al referirnos a la ingestión de bebidas alcohólicas, se obtuvo que el 33,3% (5 personas) son abstemios; 3 personas (20%) casi nunca toman bebidas alcohólicas. Por su parte, 2 personas, (13,3%) ingieren alcohol ocasionalmente y un 20% (3 personas) solo lo hace en fiestas. Se identifican 2 personas que se ubican con mayor riesgo al reconocer que beben todas las semanas (6,7%) y casi todos los días (6,7%).

En este sentido, 5 personas (33,3%) prefiere el ron y en igual medida otro grupo (33,3%) la cerveza. Al profundizar en la cantidad de bebida que ingieren se obtuvo

que el 33,3% (5 personas) ingieren poco; el 13,3%, (2 personas) toman regular y 3 personas que resulta un 20% ingiere mucho. Estos datos resultan preocupantes si se toma en consideración que por la connotación social que hay del alcoholismo la mayoría de las personas cuando se encuentran tienden a referir cifras por debajo de las cifras reales.

Otra variable explorada fue el cuidado a la dieta alimenticia. Al respecto, se apreció que el 93,3% (14 personas) se preocupan por el cuidado de su dieta y solo 1 persona (6,7%) refiere que solo se preocupa a veces. Resulta mayoritario el uso del aceite para la cocción de los alimentos (93,3%).

Se constató que el 46,7% (7 personas), acostumbra a comer con poca sal. Igual número de sujetos gusta de ingerir los alimentos con una cantidad normal mientras 1 persona (6,3%), prefiere la comida salada. De igual manera, el 6,3% refiere que nunca le echa sal a las ensaladas; 7 personas (46,7%) gustan de echarle sal a veces. Sin embargo, el 20%, (3 personas) lo hace casi siempre y 4 personas (26,7%) lo hacen siempre.

El 6,7% de los investigados, reconoce que casi nunca consume vegetales y 2 personas (13,3%) lo hacen a veces. Las restantes personas refieren hacerlo casi siempre (40%) y siempre (40%).

De igual manera, se investigó sobre el consumo de café. Al respecto, un 26,7% expresan que no lo consumen. El 73,3% restante si tiene costumbre de hacerlo. En relación con a la frecuencia de consumo, se obtuvo que el 40%, (4 personas) consumen poco; el 13,3% (2 sujetos) lo hacen de manera regular y el 15% reconocen consumirlo mucho.

Finalmente en este acápite, se evaluaron factores de riesgo psicosociales relacionados con el apoyo social. En relación a los familiares con quienes estas personas conviven se corroboró que un 26,7% de ellos viven solos; igual por ciento vive con la familia y con la pareja, un 13% (2 personas) viven con su pareja; mientras que un 33,3% vive con otros familiares.

En cuanto al apoyo recibido por la familia, un 20% se sienten poco apoyados; 4 personas (26,7%) se sienten poco apoyado y 7 personas que representan un 46,7% se sienten muy apoyados por la familia.

Con respecto al tipo de apoyo recibido por estas personas, un 50% expresa que reciben todo tipo de apoyo un 6,7% refiere el apoyo psicológico mientras que el 33,3% (5 personas) expresa no haber recibido ninguno tipo de ayuda.

#### Conocimiento de la enfermedad.

Al explorar el nivel de conocimiento que tienen las personas sobre la enfermedad se constató que el 100% de ellos considera que el SIDA es una enfermedad frecuente. De ellos el 86,7% conocen su fecha de diagnóstico y solo dos personas (13,3%) no la recuerdan con exactitud.

Se pudo precisar que 9 personas (60%) poseen conocimiento que sobre los factores de riesgo que influyen en la enfermedad. Sin embargo, el 40% restante (6 personas) refieren desconocerlos. Al respecto el 53% de la muestra son capaces de reconocer cuales de estos factores han influido en el curso y evolución su enfermedad; mientras que 7 de ellos (46,7%) si los puede reconocer.

Un total de 8 sujetos considera que la enfermedad tiene un carácter grave (53,3%), un 40 % (6 personas) la identifican como crónica y solo 1 persona (6,7%) considera que es transitoria. En otro sentido, el 73,3% (11 personas) consideran que es incurable y el 26,7 % la valoran como controlable.

En relación con el conocimiento que poseen estas personas sobre las repercusiones que tiene la enfermedad para su salud, el 60% las conocen pero el 40% restante no.

Al explorar las fuentes de información que han tenido de su médico sobre la enfermedad, un 40%, (6 personas), refieren que les han explicado algunos aspectos, mientras que un 9 de ellos (60%) valoran que han recibido toda la información necesaria.

En relación con ello, el 86,7% de la muestra refiere haber recibido también informaciones por varias vías, dentro de las que destacan: la televisión y las experiencias de familiares y amigos.

Finalmente, el 100% de ellos consideran necesario la realización de un folleto que ayude a conocer su enfermedad y cómo afrontarla.

### Adherencia Terapéutica.

Del total de las personas investigados, el 86,7% (13 personas), refieren conocer el tratamiento farmacológico indicado por el médico, mientras que el 13,3% no lo conocen. El 86,7 % de ellos expresan que el médico les orientó en relación con la necesidad de llevar un estilo de vida adecuado.

Con respecto a la frecuencia con que estas personas asisten al médico un 33,3% asiste semanalmente y el 40% (6 personas) lo visita una vez al mes. Los casos más críticos son 3 de ellos (20%) que reconocen que van a consulta solo cuando se sienten mal y otro sujeto que asiste exclusivamente cuando lo citan (6,7%).

De las personas investigadas el 53,3% (8 personas) se realizan chequeos médicos una vez al año; 4 de ellos (26,7%) se lo hacen cuando se sienten mal y el resto solo lo hace cada 6 meses.

En el ítem que explora si su médico de familia les realiza visita de terreno, el 53%, (8 personas) respondieron que nunca reciben visita del médico de la familia; un 40% (6 personas) refieren ser visitados una vez al mes y 1 de ellos (6,7%), es visitado cada seis meses.

En cuanto a su valoración sobre la efectividad del tratamiento, el 66,7% (10 personas) consideran que el tratamiento es efectivo. En cambio un 20% (2 personas) lo consideran poco efectivo y un 13,3 % (2 personas) consideran que es inefectivo.

En cuanto al cumplimiento del tratamiento orientado por el médico, el 80% (12 personas) refieren que siempre lo cumplen y el 6,7% (1 persona) reconoce que no lo hacen casi nunca. Al particularizar sobre el cumplimiento del tratamiento con los

fármacos antirretrovirales el 93,3% (14 personas) refieren que siempre los toman y el 6,7% (1 persona) refiere que los toma regularmente.

En relación con lo anterior, un 40% (6 personas) han incorporado algunas de las modificaciones del estilo de vida orientadas por su médico y un 53,3% (8 personas), no han hecho modificaciones a su estilo de vida.

Un total de 11 de ellos (73,7%) lleva un registro personal de los análisis del conteo de los CD4, un 13,3% (2 personas) lo hace en ocasiones e igual número de sujetos niega hacerlo. Por su parte, el 93,3% (14 personas) refiere que su médico lleva un registro del conteo de células CD4 y 1 persona, (6,7%) que no.

En relación a la conducta que siguen las personas cuando tienen las defensas bajas, un 73,3% (11 personas) toman los medicamentos según las indicaciones y siguen su rutina diaria, un 20% (3 personas) no le da importancia y mantienen su rutina. Mientras que solo una persona (6,7%) refieren que procura quedarse en la casa y mantenerse tranquilo.

Finalmente se incorporó un ítem para que autoevaluaran el cumplimiento que hacen del tratamiento. Al respecto, el 53,3% (8 personas) se clasifica como cumplidor; 6 de ellos (40%) se valora como cumplidor y solo uno reconoce ser incumplidor (6,7%).

En sentido general esta técnica mostró limitaciones en el nivel de conocimiento que tienen de la enfermedad, su pronóstico y la importancia de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

#### **3.2.4 Cuestionario de adherencia al tratamiento antirretroviral**

En el ítem que explora el consumo de medicamentos, se constató que el 100% de las personas se ha mantenido tomando los medicamentos. Al indagar sobre posibles factores que pueden influir en el cumplimiento de las indicaciones se constató:

- El 80% niega haberlo dejado de tomar en alguna ocasión cuando se ha sentido mejor. Solo un 13,3% reconoce que lo ha abandonado alguna vez por este motivo.

- El 93% refiere que aunque se hayan sentido peor después de tomar sus medicamentos, no han abandonado el tratamiento. Solo una persona (6,7%) plantea que en alguna ocasión lo ha dejado de hacer por tal causa.
- El 86,7%(13 personas) plantea que no ha abandonado el tratamiento médico cuando se ha sentido triste o deprimido y una persona (6,7%) refiere que la mitad de las veces lo ha hecho por esta razón.

El 60% de los investigados (9 personas) refiere que siempre recuerda que medicamentos está tomando en este momento, un 33,3% (5 personas) lo hace la mitad de las veces y solo una (6,7%) lo recuerda alguna vez.

En cuanto a la opinión que poseen acerca la relación que tienen con su médico, un 60% (9 personas) consideran que es buena, un 13,3% (2 personas) piensan que es mejorable e igual número la valora de regular. Por su parte, un paciente (6,7%) refiere que la relación es algo mala o mala.

En lo referente al esfuerzo que les cuesta seguir el tratamiento, un 46,7% (7 personas) refiere que no le cuesta nada. En cambio un 40% (6 personas) considera que les cuesta mucho esfuerzo y un 13,3% (2 personas) admiten que bastante.

En relación con la información que tienen sobre los antirretrovirales, un 53% (8 personas) considera que posee mucha información, un 26,7% (4 personas) refiere que bastante, el 13,3% (2 personas) plantea que regular y solo una persona (6,7%) no posee ninguna información.

En la evaluación de los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales, un 53% (13 personas) los evalúan como muy buenos y bastante efectivos y solo un paciente (6,7%) evalúa los beneficios con la categoría de regular y poco.

Un 93,4 % (14 personas) considera que su salud ha mejorado bastante desde que comenzó a tomar los antirretrovirales e igual número evalúan que mucho (46,7%). Nuevamente una persona (6,7%) plantea que su mejoría ha sido regular.

El 66,7% (10 personas) se siente muy capaz de seguir con el tratamiento y el 26,7 (4 personas) se considera bastante capaz. Mientras que una persona se ubica en la categoría regular en este ítem.

Del total de las personas evaluadas, el 60% (9 personas) suele tomar siempre los medicamentos a la hora correcta, el 26,4% (4 personas) refieren que la mayoría de las veces lo hace y el 6,7% (1 persona) admite que solo aproximadamente la mitad de las veces cumple con el horario pautado en las indicaciones.

Al explorar si el médico que los atiende utiliza los resultados de sus análisis cuando estos son buenos para darle ánimo y seguir adelante, el 53% (8 personas) refieren que siempre lo hace, el 6,7% lo ubica en la categoría bastante veces y el 13,3% (2 personas) considera que lo hace aproximadamente la mitad de las veces, alguna vez y/o nunca (13,3% respectivamente).

En general, el 33,3% (5 personas) se siente muy satisfecho desde que ha empezado a tomar antirretrovirales, el 53,3% (8 personas) se siente satisfecho y el 6,7% (1 persona) se siente por igual indiferente y muy insatisfecho.

Al evaluar la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales, un paciente (6,7%) plantea que son muy intensos, el 40% (6 personas) los considera como medianamente intensos, un 33,3% (5 personas) como poco intensos, y el 20% (3 personas) los evalúa como nada intensos.

En relación a su creencia acerca del tiempo que pierden al ocuparse de tomar sus medicamentos, el 7,3% (11 personas) considera que no pierde ningún tiempo, el 13,3% (2 personas) plantea que pierde poco tiempo, y un 6,7% (1 persona) evalúan el tiempo perdido como regular y mucho.

En cuanto a la evaluación que hacen de sí mismos respecto a la toma de los antirretrovirales el 73,3% (11 personas) se considera muy cumplidor, el 20% (3 personas) se evalúa como bastante cumplidor y una persona (6,7%) se califica en la categoría de regular.

Un 13,3% de la muestra perciben que existe dificultad y/o bastante dificultad para tomar los medicamentos, mientras que el 20% (3 personas) consideran que existe poca dificultad. Por su parte, el 53,3% (8 personas) no perciben ninguna dificultad.

Un resultado importante que se obtuvo es que en relación a la toma de medicamentos desde que comenzaron el tratamiento, el 60% (9 personas) en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo o más de uno, y el 40% (6 personas) no. al respecto, el 46,7% utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos y el 53,3% plantea que no las utiliza.

### **3.2.5 Análisis de los resultados del Completamiento de frases (Rotter)**

El *área de los conflictos* constituye el de mayor relevancia, el 80% de la muestra (12 personas) mostraron una incidencia alta; mientras que solo 3 personas que constituyen el 20% mostraron una incidencia baja. Se reitera el hecho de que en la mayoría de los casos los conflictos que experimentan están determinados por el hecho de estar enfermos. Lo anterior se evidencia en las frases de RFR, que plantea: *“me molesta que la gente hable mal de mí,”* esto supone que el paciente ha sido víctima del rechazo de otras personas por el padecimiento de su enfermedad, lo que afirma en muchas ocasiones el carácter hostil de los mismos y las resistencias que hacen en el momento de relacionarse con otras personas. Otro ejemplo lo podemos ver en las frases de MRD, que refiere que: *“no puede dejar de pensar que un día bastante cercano morirá”*, esto alude al hecho que es característico en este tipo de paciente, al asumir la muerte como evento cercano, y no como un suceso futuro, esto implica una baja elaboración de sus metas y proyectos de vida, que dan al traste en la mayoría de los casos con la superficialidad y el pesimismo de su sentido de vida. La frase de OAG resulta interesante, expone que: *“estoy mejor cuando tomo”*, esto demuestra la carencia de recursos psicológicos que en muchas ocasiones presentan estas personas para hacer frente a la enfermedad, en muchas ocasiones las estrategias utilizadas conducen a conductas autolíticas, que precisamente van en detrimento de su salud. Otra expresión relevante es la de YRV, que afirma: *“a veces quisiera ser un niño”*, esta frase evidencia el grado de arrepentimiento, que es algo

común en las personas con este padecimiento, el deseo por comenzar nuevamente la vida, de hacer cosas que en un momento determinado hicieron y la realización de otras nuevas. De manera general, el área de los conflictos asume diferentes matices en función de la propia realidad del sujeto, existen personas altamente resilientes, que asumen la enfermedad con una perspectiva más positiva y responsable, pero otros ni siquiera la llegan a asumir.

El 53,3% de los sujetos evaluados (8 personas) presentan una incidencia alta de conflictos en el área personal. En el análisis cualitativo se aprecia que en la mayoría de los casos los conflictos están directa o indirectamente relacionados con la enfermedad y su pronóstico, lo cual se refleja en las siguientes frases: AOB expresa: *“mi nervios me torturan”*, esto es indicador de la excesiva preocupación por la enfermedad, que en la mayoría de las ocasiones se convierte en el centro de su dinámica comportamental y hasta pueden desarrollar tendencias hipocondriacas. Otro ejemplo es la frase de OMM: *“yo secretamente lloro”*, generalmente los niveles de depresión de estas personas son bastante elevados, están matizados por la incertidumbre, la baja autoestima, la segregación, el miedo a desarrollar una enfermedad oportunista y que lo hospitalicen y básicamente a la percepción de una muerte cercana. En mismo sentido se encuentra la frase de LPG: *“sufro porque no quiero morir”*, aquí se reitera el temor excesivo a la muerte, la añoranza por la vida, la motivación por continuar existiendo, demostrando una tendencia existencial que caracteriza a las personas que viven con VIH/SIDA.

Al explorar el *área motivacional* se obtuvo que el 80% de la muestra (12 personas) presentan una incidencia media y alta, mientras que 20% (3 personas), muestran una baja. Las motivaciones fundamentales de estas personas giran en torno a lograr controlar la enfermedad y consecuentemente retardar el proceso de la muerte. Ello se evidencia en las siguientes reflexiones: *“quisiera saber cómo se cura el SIDA”*, esta frase fue expuesta por GLO. Otra frase que demuestra lo anterior es la referida por CRM: *“el mejor regalo sería vivir”*, esta expresión reafirma la tendencia de estas personas a enfocar sus principales motivaciones en torno a la salud y la vida. La frase de LPG, *“la preocupación principal es mi enfermedad”*, se mantiene como moda

que las principales preocupaciones y motivaciones giran en torno a su estado de salud y el mantenimiento de la integridad física como factor de primer orden.

Contrariamente a resultados obtenidos en otras investigaciones, en el *área sexual* el 60% (9 personas) de la muestra tuvo una incidencia baja o nula. No obstante, el 40% (6 personas) restante mostró niveles de conflictividad entre medios y altos. Al respecto, resultan ilustrativas las expresiones de: NGT, *“los hombres me parecen incomprensibles”*, esta respuesta pertenece a un individuo de sexo femenino, puede tener su base en experiencias negativas personales, como que en algún momento le fueron infiel, o puede ser lo socialmente esperado. Por otro lado GHV también de sexo femenino, refiere que: *“el matrimonio es un desastre”*, esta frase puede al igual que la anterior puede tener ser un estigma para la sujeto, al parecer su matrimonio no fue lo suficientemente feliz, que hace que las expectativas con respecto al mismo sean negativas.

En el *área social* el 53,3% (8 personas), presentaron una incidencia media y alta. Al respecto, un número importante de sujetos manifiestan conflictos relacionados con las implicaciones que en el orden social se derivan de la propia enfermedad. Ello puede apreciarse en las siguientes expresiones: MPG en una de sus frases plantea, *“la gente tiene maldad en el corazón”*, esto constituye un estigma que está asociado al componente experiencial de estos individuos, estas personas se vuelven muy vulnerables en sus relaciones sociales, pues pueden caracteres que van desde ser extremadamente huraños por el propio rechazo de la sociedad, hasta desarrollar un gran sentido común. En este sentido afirma RLI en una de sus frases que: *“las otras personas se meten en lo que no les importa”*, en esta expresión se reafirma en la existencia de rencores que en muchas ocasiones presentan estas personas con respecto al trato con los otros, que se deriva de la propia marginación a que son sometidos en muchos casos por la sociedad.

El 60% presenta una baja conflictividad en el *área familiar*, lo que parece estar relacionado con la ayuda que la familia les ha brindado en todo el proceso de la enfermedad como expresa: NTF *“en el hogar me siento muy feliz”*. Sin embargo, el

40% (6 personas) muestra niveles medios y altos incidencia. En este sentido, las mayores preocupaciones y conflictos están asociados a las necesidades de apoyo emocional y material que estas personas experimentan, lo que se hace evidente en las siguientes expresiones: OMM refiere “*en el hogar a veces me siento mal*”. Por otra parte JTS refiere: deseo tener una casa propia, evidenciándose la necesidad ser independiente. AHG afirma en una de sus frases que “*una madre solo sabe comprender a su hijo*”, reafirmando las necesidades de afecto y comprensión que demandan estas personas.

Por su parte, *el área escolar* resultó ser la de menor incidencia pues el 86,7 % de las personas investigadas (13 personas) no refirieron conflictos en la misma. Ello puede estar condicionado por el hecho de que por su edad la mayoría están desvinculados de la actividad escolar. Solo 2 personas (13,3%) presentan una incidencia baja.

Se pudo apreciar, que de manera general las áreas que tienen mayor incidencia en estas personas, son el área motivacional y la de los conflictos, mientras que las que menos inciden son la escolar y la familiar.

### **3.2.6 Cuestionario de estrategias de afrontamiento a la enfermedad**

Los estilos de afrontamiento de una persona modulan la respuesta de estrés, el funcionamiento de los estados emocionales y consecuentemente la respuesta psiconeuroinmunológica del paciente. De ahí, que se decidiera evaluar las estrategias de afrontamiento en el contexto de esta investigación. Los resultados obtenidos se reflejan en la siguiente tabla.

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento a la enfermedad.

<b>Indicadores</b>	<b>En el presente</b>	<b>En el pasado y en el presente</b>	<b>En el pasado</b>	<b>No la utiliza</b>
Lectura de materiales	86,3 %	-	6,7 %	6,7 %
Consulta a especialistas	73,3 %	-	20 %	6,7%
Preguntar a personas con experiencias similares	80 %	6,7 %	6,7 %	6,7%

*Determinantes psicológicos de la adherencia terapéutica en personas que viven con SIDA*

Actuar directamente sobre el problema	73,3 %	13,3 %	13,3 %	-
Tratar de disminuir la repercusión emocional tomando psicofármacos	40 %	6,7 %	46 %	-
Tratar de disminuir la repercusión distrayéndose	80 %	6,7 %	6,7 %	6,7 %
Retraerse y aislarse de los demás	33,3 %	6,7 %	53,3 %	13,3 %
Inhibición de las decisiones para ver lo que le conviene	80 %	6,7 %	6,7 %	6,7 %
Quitar importancia a lo que le pasa	46,7 %	6,3 %	33,3 %	-
Disociarse y pensar en otras cosas	73,3 %	6,7 %	13,3 %	6,7 %
Sentirse pesimista	53,3%	-	33,3 %	33,3 %
Cambio de la forma de ver el problema	80 %	6,7 %	6,7 %;	6,7 %
Hacer parálisis de partes del cuerpo	40 %	6,7 %	46,7 %	6,7 %
Percepción de dolor de cabeza	33,3 %	6,7 %	46,7 %	13,3%
Le cuesta trabajo dormir	53,3 %	6,7 %	33,3 %	6,7 %
Presentar problemas gastrointestinales	60 %	6,7 %	26,7 %	6,7 %
Presentar problemas cardiovasculares	33,3 %	6,7 %	6,7 %	33,3 %
Presentar Asma o alergias	73,3 %	6,7 %	13,3 %	6,7 %
Disminución de los deseos sexuales	66,7 %	13,3 %	20 %	-
Intentar resolver relaciones afectivas con personas que le han sido importantes	86,7 %	6,7 %	-	6,7 %

*Fuente: Cuestionario de afrontamiento a la enfermedad*

En sentido general, se pudo constatar que al inicio de la enfermedad hubo una tendencia a emplear estrategias de afrontamiento muy concretas, dentro de las que predominaban retraerse y aislarse los demás (53,3%), tratar de controlar o disminuir la repercusión emocional tomando psicofármacos (46%) y sentirse pesimista (33,3%). Las estrategias antes mencionadas se corresponden con la fase de

reacción inicial de negación ante la comunicación del diagnóstico. Las mismas resultan poco favorecedoras de la recuperación y consiguientemente inefectivas.

Sin embargo, se aprecia una tendencia favorable en las estrategias de afrontamiento que emplean en el presente, no solo porque se amplía el repertorio de las mismas sino también porque prácticamente desaparecen las estrategias menos efectivas. En resumen las estrategias más empleadas en el presente son: la lectura de materiales sobre la enfermedad, los pensamientos relacionados con que todo saldrá bien y el tratar de resolver relaciones afectivas con personas que han sido importantes para sí. El resto de las estrategias son utilizadas por ellos indistintamente.

### **3.2.7 Autorreporte Vivencial**

La calificación de esta técnica se realizó teniendo en cuenta la evaluación que hacen los sujetos de la intensidad con que presentaron las diferentes vivencias que se le ofrecieron.

La Psiconeuroinmunología sugiere que los estados emocionales, pueden tener un importante papel en la progresión de la infección por VIH e incluso que en personas con un diagnóstico de seropositividad reciente, pueden exacerbar la inmunosupresión inducida por el virus, provocando un rápido deterioro de los parámetros inmunológicos como los CD4. (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006).

Desde el punto de vista grupal, las vivencias negativas que son experimentadas en mayor intensidad son: la irritabilidad, la desconfianza y el sufrimiento. Por su parte. la apatía y la ira son las que experimentan con menor intensidad.

Tabla 10. Grado de intensidad de las vivencias.

<b>Vivencias negativas</b>	<b>Intensamente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Escasamente</b>
Ansiedad	29%	46,7%	33,3%

Sufrimiento	33.3 %	46,7	20%
Irritabilidad	40 %	33.3 %	26,7%
Inquietud	26,7%	66,7%	6,7%
Tristeza	26,7%.	60%	13,3%
Angustia	13,3%	66,7%	20%
Ira	26,7%	33,3%	40%
Abatimiento	13,3%	53,3%	33,3%
Desconfianza	40 %	40 %	20%
Miedo	20%	53,3%	26,7%
Inseguridad	13.3 %	60%	26,7%
Rechazo	20%	46,6%	33,3%
Depresión	20%.	46,7%	33,3%
Apatía	13.3 %	40 %	46.7 %

Del análisis estadístico aplicado a partir de la frecuencia con que los sujetos reportaron experimentar estas vivencias, se concluye que las emociones de inquietud (0,031) y angustia (0,057) resultan los de mayor incidencia en la muestra estudiada, constituyéndose como indicadores psicológicos que se relacionan con la adherencia terapéutica en las personas que viven con SIDA.

### **3.3 Análisis de la correlación de las variables**

Con el objetivo de evaluar la influencia de los factores psicológicos explorados en el nivel de adherencia terapéutica de las personas que viven con SIDA se llevó a cabo el análisis no paramétrico de correlación. Como parte del mismo se estableció lo siguiente:

- + 1. La correlación es directa. Significa que en la medida que aumenta la incidencia de una variable, aumenta la otra.
- -1. La correlación es inversa. Significa que en la medida que aumenta la incidencia de una disminuye la incidencia de la otra y viceversa.
- No correlaciona.

En virtud del análisis anterior se destacan como valores estadísticamente significativos los menores de 0,005 ( $< 0,05$ ); si los valores son mayores o iguales a 0,005 ( $\geq 0,05$ ), no son significativos.

En base a los parámetros anteriormente establecidos se obtuvo que existe correlación directa entre la variable consumo de café y fumar (0.040). Lo cual se pudo corroborar en los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica que reflejó una alta incidencia de estas conductas de riesgo. De la sabiduría popular y de los resultados de investigaciones científicas se conoce que estos comportamientos tienen a asociarse y que incluso psicológicamente el consumo de uno de ellos genera en las personas la necesidad del consumo del otro, lo cual hace muy complicado su prevención.

En el caso de la variable, fumar y consumo de vegetales se da correlación directa altamente significativa (0.032). En este caso pudiera asumirse como una conducta compensatoria, al hacer coincidir el daño que ocasiona el consumo diario de cigarrillos y asumir una conducta saludable con la ingestión de vegetales.

Por su parte, el consumo de vegetales reflejó una correlación directa con la variable visita del médico (0.040). En correspondencia con esto, se asume que las visitas del médico de la familia en tanto posibilitan brindar información, orientaciones y asesorando al paciente y a la familia, tienden a estimular

cambios de las conductas alimenticias de los mismos y específicamente del consumo de vegetales.

Se obtuvo que la variable consumo de alcohol, presenta correlación inversa (0.032) con la variable consideraciones acerca de la enfermedad. Lo que se traduce en el sentido que en la medida que el paciente posee un mayor nivel de conocimiento de la enfermedad y las complicaciones para su salud asociadas a la misma, tiene tendencia a disminuir el comportamiento de consumo de alcohol. Las pruebas cualitativas arrojan que un pobre conocimiento de la enfermedad se relaciona con alta incidencia al consumo de alcohol.

El conocimiento de los factores influyentes de la enfermedad correlaciona de manera inversa con la realización de ejercicios físicos (0,043). Diversos estudios han descrito una tendencia del paciente con SIDA de experimentar rechazo a la práctica de ejercicio físico por el temor a los accidentes o como expresión de la tendencia al asilamiento social.

El resto de las variables si bien reflejan valores que indican una interinfluencia no mostraron la existencia de una correlación significativa. Estos resultados coinciden con numerosos estudios de adherencia terapéutica que reflejan resultados muy contradictorios y variables. Al respecto, Tortajada (2000) plantea que las variables *relacionadas con el paciente* son las que menor valor han mostrado como predictores asociados a la adhesión. Ni las variables sociodemográficas, ni las características de la personalidad parecen ser determinantes. Una variable que si se ha relacionado con la adhesión y con la mejora terapéutica son las expectativas del paciente sobre la enfermedad, es decir; sus creencias sobre las causas, el curso, las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento.

### **3.4 Análisis integrativo de los resultados**

La valoración cualitativa de las técnicas psicológicas y los resultados de las pruebas estadístico- matemáticas aplicadas, permitió profundizar en las variables investigadas y su influencia en el comportamiento de la adherencia al tratamiento de las personas que viven con SIDA.

Es conocido que la adhesión al tratamiento médico, se valora como una condición indispensable para evitar la progresión de la enfermedad y lograr el mantenimiento de la salud en este tipo de paciente. La adhesión, en sí misma como categoría subjetiva está determinada por la interrelación de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas.

Desde el punto de vista sociodemográfico, la muestra estudiada mostró un comportamiento similar a los datos epidemiológicos de la infección que se manejan en nuestro entorno con respecto al VIH/SIDA. Existió un predominio de los individuos de sexo masculino, con un promedio de edad de 39 años. Son personas de bajo nivel cultural que van desde 6to grado o 9no grado y solo 5 casos poseen 12mo grado. La generalidad de la muestra reconoce tener un bajo nivel de poder adquisitivo en tanto son desempleados o asistenciados.

Resulta interesante destacar que existió una mayor incidencia de personas con orientación heterosexual y en menor número, con orientación sexual homosexual; no correspondiéndose con la prevalencia que se reporta nuestro país. En su gran mayoría, permanecen solteros.

Desde el punto de vista clínico, un requisito fundamental para ser parte de la muestra constituyó el hecho de tener la enfermedad instaurada, lo cual condicionó que en el 100% de los casos su conteo de CD4 se ubique por debajo de 200mm<sup>3</sup>. El promedio de años de evolución de la enfermedad fue de 11 años. El 100% de los mismos recibe terapia antirretroviral.

Se hace necesario precisar que el impacto de ser enfermo SIDA, por ser la última fase de la enfermedad, es vivido como un evento vital de gran carga negativa, donde

afloran disímiles preocupaciones, que conllevan a un desajuste emocional. Prevalece la percepción de una muerte como un evento cercano, que restringe sus aspiraciones y proyectos de vida. Lo anterior, también atenta desfavorablemente contra la adhesión al tratamiento, al asumir su futuro como algo incierto, carente de sentido que se afianza fundamentalmente en el vivir, pero un vivir con pocas expectativas y percibir que tienen poco control de su vida porque consideran que *“su destino está marcado por su enfermedad”*.

Desde el punto de vista psicológico, sus principales conflictos están determinados por el hecho de estar enfermos y el pronóstico de la enfermedad. Sus principales motivaciones se centran en torno al control de su padecimiento y el retardo del proceso de muerte. Estas personas emocionalmente manifiestan ideas depresivas, matizadas por estados depresivos, irritabilidad, desconfianza, sufrimiento, además de inquietud y angustia. Precisamente fueron estas dos últimas vivencias (la inquietud y la angustia) las que correlacionaron significativamente desde el punto de vista estadístico con el nivel de adherencia terapéutica; cuestión que debe tomarse en consideración al concebir cualquier programa de autocontrol emocional dirigido a estas personas.

Durante todo el proceso de la enfermedad, las personas buscan mecanismos compensatorios y desarrollan estrategias de afrontamiento en dependencia de sus características de personalidad y de la aceptación de su realidad, entre otras variables. Al respecto, se constató que al inicio de la enfermedad manifestaron una tendencia a emplear estrategias de afrontamiento muy concretas y de contenido pesimista, dentro de las que predominaban retraerse o aislarse de los demás y tratar de controlar o disminuir la repercusión emocional tomando psicofármacos.

No obstante, con el paso del tiempo y aparejado a un proceso de aceptación de la enfermedad, reconocen que su disposición en cuanto a la forma de afrontar la realidad se ha ido modificando, lo que se refleja en el empleo de un repertorio de estrategias de afrontamiento más amplio y favorecedoras que van desde la aceptación de la responsabilidad hasta las de autocontrol emocional. De igual

manera, describen estrategias más concretas que se refieren a la lectura de materiales sobre la enfermedad, los pensamientos relacionados con que todo saldrá bien y el tratar de resolver relaciones afectivas con personas que han sido importantes para sí.

La representación que poseen estas personas con respecto a la adherencia terapéutica se enfoca básicamente, en el cumplimiento de las orientaciones hechas por el médico en cuanto a la toma de los medicamentos que se incluyen en la terapia antirretroviral, puesto que consideran la misma, como la única alternativa que existe para el mantenimiento de cierta estabilidad en su salud y evitar cualquier tipo de enfermedad oportunista que pueda atentar contra su vida.

La generalidad de las personas valoradas, poseen un nivel parcial de información sobre la enfermedad que padecen, específicamente de algunos factores de riesgo, del carácter de la enfermedad y cuestiones básicas de la evolución, sin reparar argumentos un poco más profundos y/o científicos. Esta situación también depende del nivel cultural de cada cual. Lo anterior, influye en gran medida en la adopción de estilos de vidas inadecuados en la mayoría de los casos, que se expresa en el mantenimiento de hábitos tóxicos, básicamente la adicción al tabaco en correspondencia con el café, la ingestión de bebidas alcohólicas y una pobre alimentación. No obstante, de manera contradictoria manifiestan preocupación por el cuidado de la dieta alimenticia.

Al evaluar la existencia de relaciones de interdependencia de las variables investigadas con el objetivo de precisar su influencia en la conformación de una configuración que de manera integrada determine el nivel de adherencia terapéutica que presentan estas personas, se apreciaron relaciones muy concretas y en ocasiones contradictorias. En este sentido mostraron una correlación estadísticamente significativa positiva las variables consumo de café y el de cigarro, las variables hábito de fumar y consumo de vegetales así como esta última y las visitas del médico de familia. Mientras que el consumo de alcohol mostró una correlación inversa con el nivel de conocimiento de la enfermedad y las

complicaciones para su salud asociadas a la misma y esta última variable con la práctica de ejercicios físicos. De manera general, la amplitud y magnitud de las relaciones de correlación identificadas no permiten configurar un perfil característico en la determinación del nivel de adherencia que presentan estas personas. Estos resultados expresan la complejidad del fenómeno estudiado.

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian un bajo nivel de adherencia terapéutica de las personas que viven con SIDA que conformaron la muestra y demuestran la necesidad de llevar a cabo acciones psicoeducativas para fomentar la auto responsabilidad del paciente con relación al control de la enfermedad.

*Conclusiones*



## **CONCLUSIONES**

- Los resultados obtenidos evidencian la existencia de un bajo nivel de adherencia terapéutica en las personas que viven con SIDA investigadas, lo cual se expresa en algunos casos en la ausencia a las consultas médicas, falta de sistematicidad en la realización de las pruebas clínicas de seguimiento, en el incumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por los especialistas y en la adopción de comportamientos de riesgos asociados a estilos de vida inadecuados.
- Desde el punto de vista psicológico, la percepción de la muerte como un evento cercano restringe las aspiraciones y proyectos de vida de estas personas y hace que sus principales motivaciones se centren en torno al control de su enfermedad y el retardo del proceso de la muerte. Sus principales conflictos están determinados por el hecho de estar enfermos y el pronóstico reservado de la enfermedad. Todo ello desencadena una respuesta emocional con predominio de ideas depresivas, siendo la inquietud y la angustia las vivencias de mayor incidencia en el nivel de adherencia terapéutica.
- Si bien desde el punto de vista estadístico, se apreció una tendencia a manifestar correlaciones de baja significación entre las variables estudiadas; desde el punto de vista cualitativo se constató que la configuración psicológica relacionada con el nivel de adherencia terapéutica de estas personas está influenciada en gran medida, por el limitado nivel de conocimiento que tienen acerca de la enfermedad y la consideración o creencia sobredimensionada del tratamiento antirretroviral como único factor de éxito en el control de la enfermedad, otorgando poca o ninguna importancia a las modificaciones del estilo de vida y subvalorando su autorresponsabilidad en el control de la enfermedad.
- Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de llevar a cabo acciones psicoeducativas dirigidas a fomentar la adherencia terapéutica en estas personas a partir del trabajo en equipos multidisciplinarios en las unidades de salud encargadas de la atención de estas personas.

*Recomendaciones*



## **RECOMENDACIONES**

- Continuar desarrollando la presente línea de investigación con muestras más amplias con el objetivo de profundizar en el estudio de los determinantes de la adherencia terapéutica en las personas que viven con SIDA.
- Recomendar el desarrollo de un programa psicoeducativo para fomentar la adherencia terapéutica de estas personas y el potencial salutogénico de los mismos, en el cual se incluyan acciones dirigidas a propiciar un mejor nivel de conocimiento de los cofactores de la enfermedad, estimular el autocontrol emocional y propiciar cambios favorables del estilo de vida en los mismos.
- Tomar en consideración los principales resultados y hallazgos de la presente investigación en la elaboración de una Guía psicoeducativa para personas que viven con SIDA, como un recurso didáctico para el trabajo educativo con los mismos y con su familia.
- Divulgar los resultados de esta investigación entre los decisores del sistema de salud, con el objetivo de enfatizar en la necesidad de una atención integral de estas personas que incluya la labor del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario encargado de su atención en las unidades de salud.

*Referencias*



## REFERENCIAS

1. Albarran, A., & Macias, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del hospital civil Fray Antonio Alcalde, en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud.*, 9(2), 118-124. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mex>
2. Albear de la Torre, O. y Lugo, I. (2004). *Conviviendo con VIH: Manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba* (2. ed.). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
3. Albear, O., & Lugo. (2004). *Conviviendo con VIH: Manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH/SIDA*. (4 ed.). Ciudad de la Habana.: Centro Nacional de ITS/VIH/SIDA.
4. Álvarez, A., Villalón, M., Amargós, G. M. y otros. (2004). *Viviendo con VIH: Manual para las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba* (2. ed.). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
5. Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral* (Vol. II). La Habana: Ciencias Médicas.
6. Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). SIDA. En I. Amigo, C, Fernández y M. Pérez., *Psicología de la Salud* (197-211). Madrid: Ediciones Pirámide.
7. Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. *Manual de Psicología de la Salud*. (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
8. Arce, Y., Astuvilca, J., & Sotelo, R. (2007). Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en pacientes con VIH. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública.*, 24(3), 218-224. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mex>
9. Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M. T., Holguín, L., & Tobar, J. (2006). Variables Psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un

- estudio correlacional. *Universita Psychological*, 5(003), 659-667. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx>
10. Autores., C. d. (2005). *Guía para los Comunicadores Sociales VIH/ SIDA*. Ciudad de la Habana: Centro Nacional de Prevención ITS/ VIH/ SIDA.
  11. Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartimental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección con VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(004), 517-523. Retrieved from [Psicothema@cop.es](mailto:Psicothema@cop.es)
  12. Barreto, P. (1994). Cuidados Palitativos al enfermo de SIDA en situación terminal: Enfoque multidisciplinar. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47(2), 201-208. Retrieved from <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihpags.htm#p3>
  13. Bayes, R. (1994). SIDA y Psicología: Realidades y Perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 97(2), 125-127. Retrieved from <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2805/sm280540.pdf>
  14. Bayes, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. *SIDA: Una visión multidisciplinar*. (pp. 95-103). La Mancha: Universidad de Castilla.
  15. Brannon, L. Y Feist, J. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. El manejo del VIH y el SIDA. En L. Brannon y J. Feist, *Psicología de la Salud* (pp. 374-384). Madrid: Paraninfo.
  16. Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. Thomson, Learning.
  17. Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. Thomson, Learning.
  18. Brene, J. (2009). *Implicaciones psiconeuroendocrinoimmunológicas del estrés al diagnóstico confirmatorio de infección por VIH*. Unpublished Tesis de Diploma., Universidad Central de las Villas., Santa Clara.

19. Calatroni, M. I. (2004). Nuevos avances en el tratamiento del VIH: 20 años después. *Archivos Venezolanos de farmacología y terapia.*, 23(1). Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mex>
20. Calvo, F (1995). Evaluación psicológica en el SIDA. En A. Roa (comp.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 733-754). Madrid: CEPE.
21. Cancio, I., Sánchez, J., Reymon, V., & López, V. (2006). *Información Básica sobre personas la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA*. Ciudad de la Habana.: Centro Nacional de Prevención de la ITS/VIH/SIDA.
22. Carnwath, T. Y Miller, D. (1989). Conducta en la enfermedad y adhesión al tratamiento. En T. Carnwath y D. Miller, *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual Práctico* (pp. 263-275). Barcelona: Editorial Martínez-Roca.
23. Carvalho, J.A. (1999). Intervención psicológica en el área de la infección por el VIH / SIDA. En M.A. Simón, *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 625-644). Madrid: Biblioteca Nueva.
24. Castellanos, B., & Falconier, M. (2003). *La educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe*. (2 ed.). Quito: Oficina UNFPA. Ecuador.
25. Cazanave, A., Ferrer, X., & Castro, B. (2005). La familia del cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Rev Chil Infect*, 22(1),51-57. Retrieved from [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1307](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1307)
26. Conner, G. (2008). *La estrategia cubana de respuestas al VIH/SIDA: Un enfoque integral con base en los derechos*. (1 ed.). Ciudad de la Habana. : Oxfam International.
27. Crespo, B., Pérez, R., & Gaité, L. (2008). *Guía de Psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis*. (Primera Edición 1 ed.). Cantabria: Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria.

28. Curioso, W., Blas, M., Kurth, A., & Klausner, J. (2007). Tecnologías de información y comunicación para la prevención y control de la infección por VIH y otras ITS. *Revista Peruana de medicina experimental y salud publica.*, 24(003), 262-271. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx>
29. Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con Cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana.*, 25(1), 17-
30. Estévez, C., & Climent, E. (2001). Adhesión Terapéutica en pacientes VIH +: Un planteamiento interdisciplinar. *Salud y Drogas*, 1(001), 11-13. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx>
31. Fernández- Ríos, L. Y García- Fdez., M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En M.A. Simón, *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 133-144). Madrid: Biblioteca Nueva.
32. Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud.*, 7(1), 35-61.
33. Ferrer, V.A. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 1, 35-61.
34. Ficke, D. L., & Farris, K. B. (2005). Use of the transtheoretical model in the medication use process. *The annals of Pharmacotherapy.*, 39(7), 1325-1330.
35. Fonseca, N., Valdes, J., & Mederos, L. (2009). *Parejas sero discordantes al VIH/ SIDA, deberes y derechos*. Ciudad de la Habana.: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA.
36. Galbán, E., Quesada, E. Y Cádiz, A. (1989). *Programa de entrenamiento sobre el SIDA*. (Tomos: I-II-III-IV-V-VI). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

37. García, R., Pondé, M., Lima, M., De Souza, A.R., De Stolze, M.O. y Badaró, R. (2005). Lack of motivation on the adherence of HIV-positive/AIDS patients to antiretroviral therapy. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9, 494–9. Retrieved april 18, 2010, from SciELO database.
38. Giron, M., Segura, E., & Salazar, V. (2007). Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y tratamiento antirretroviral de gran actividad: Un estudio transversal en cinco ciudades de Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública.*, 24(3), 211-217. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mex>
39. Gordillo, M., & de la Cruz, J. J. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH +: Algunas hipótesis desde la psicología. *Psicthema*, 15(2), 227-233. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.m>
40. Gutiérrez, L. (2007). *Relación entre la información especializada sobre la enfermedad y adherencia en pacientes hipertensos*. Unpublished Tesis de Maestría., Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
41. Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4 ed.). México.: Mc Graw Hill.
42. Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4 ed.). México.: Mc Graw Hill.
43. Josanne, M. (2008). *Características del conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos atendidos en la comunidad*. Unpublished Tesis de Maestría., Universidad Central de la Villas., Santa Clara.
44. Labrador, F.J. y Castro, L. (1987). La Adhesión al tratamiento médico: Análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 2, 157-164.
45. Lombard, E., & Martínez, Y. (2007). *Programa Psicoeducativo para estimular la preparación de niños autistas como agentes potenciadores de la*

- educación de sus hijos*. Unpublished tesis de licenciatura., Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
46. López, I., & Almendral, P. (1997). Efectos del ejercicio físico en sujetos infectados por el VIH-1. *Archivos de Medicina del Deporte.*, 14(58), 135-140. Retrieved from <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2805/sm280540.pdf>
47. Margulies, S., Barber, N., & Recoder, M. (2006). VIH-SIDA y adherencia al tratamiento: Enfoques y perspectivas. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología.*, Julio-Diciembre(3), 281-300. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.m>
48. Martín, L. (2004). Acerca del Concepto de Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 30(4). Retrieved from <http://bvs.slld.cu/revistas/spu/vol30-4-04/spu08404.htm>
49. Martín, L. (2004). Acerca del Concepto de Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 30(4). Retrieved 15 de abril del 2010 from <http://bvs.slld.cu/revistas/spu/vol30-4-04/spu08404.htm>
50. Martín, L., & Grau, J. (2005). La adherencia Terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud: Fundamentos y Aplicaciones*. (pp. 567-590). Guadalajara.: Universidad de Guadalajara.
51. Martín, L., & Grau, J. (2005). La adherencia Terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud: Fundamentos y Aplicaciones*. (pp. 567-590). Guadalajara.: Universidad de Guadalajara.
52. Martínez-Ortiz, J. (2008). Síndrome metabólico: Percepción de Enfermedad y falta de adherencia a la prescripción médica. *Acta Medica Costarricense.*, 50(4), 248-250. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=43411461011>
53. Martínez-Ortiz, J. (2008). Síndrome metabólico: Percepción de enfermedad y falta de adherencia en la prescripción médica. *Acta Medica Costarricense.*, 50(4), 248-250. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=43411461011>

54. Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. Unpublished Tesis Doctoral, Universidad Central de las Villas., Santa Clara.
55. Molerio, O. (2007). *Estrategia para fomentar la adherencia terapeutica de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. Unpublished Tesis de Maestría, Instituto Superior de Ciencias Medicas "Dr Serafín Ruiz de Zarate Ruiz", Villa Clara, Santa Clara.
56. Nieves, Z., Molerio, O., Herrera, L. F., & Otero, I. (2007). *Violencia, Drogas, Sexualidad e ITS/ VIH/ SIDA* (1 ed.). Santa Clara: Centro Nacional Universitario para la Prevención VIH/ SIDA.
57. Núñez de Villavicencio, F. (2001). *Psicología y Salud*. (1 ed.). Ciudad de la Habana.
58. Ochoa, R., Pérez, F., & Regueiro, R. (2006.). *Manual práctico metodológico para el trabajo multisectorial en VIH/SIDA* (1 ed.). Ciudad de la Habana.: Ministerio de Salud Publica.
59. Pérez, F., Álvarez, A., Chacón, L. y otros. (2004). *Conociendo sobre VIH: Manual para médicos de la familia y el personal de salud de Cuba* (2. ed.). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
60. Pérez, J. (2006). *SIDA: Confesiones a un medico*. (1 ed.). Ciudad de la Habana.: Ediciones Abril.
61. Pérez, S., & Pérez, A. (2009). *Validación de la Guía Psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes con enfermedad oncológica con tratamiento quimioterapéutico*. Unpublished Tesis de licenciatura., Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
62. Piña, J.A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J., Togawa, C. y 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 Publica*, 23, 6,377-83. Retrieved Janu 16, 2009, from SciELO data base..

63. Reymon, V., Cancio, I., & Joanes, J. (2007). *Manual para la prevención de la transmisión materna infantil de VIH*. (1 ed.). Ciudad de la Habana.: Ministerio de Salud Pública.
64. Roca, R. (2005). *Temas de Medicina Interna* (4. ed., Vol. III). La Habana: Ciencias Médicas.
65. Sandi, J., & Arias, L. (2003). Impacto a la inducción farmacéutica sobre la adherencia de pacientes VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral en el Hospital San Juan de Dios: Costa Rica. *Pharmacy Practice.*, 1(2), 43-48. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mex>
66. Simon, M. A. (1999.). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. (2 ed.). Madrid.: Biblioteca Nueva.
67. Simon, M. A. (1999.). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid.: Biblioteca Nueva.
68. Soria, R., Vega, C., & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con infecciones crónicas basadas en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología.*, 14(2009). Retrieved from [info@amapsi.org](mailto:info@amapsi.org)
69. Sun, H.M., Zhag JJ y Fu XP. (2007). Psychological status, coping, and social support of people living with HIV/AIDS in central China. *Public Health Neuropsychology*, 24,132–40.
70. Tafur-Valderrama, E., & Ortiz, C. (2008). Adaptación del Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral: CEAT-VIH: para su uso en Perú. *Ars Pharm.*, 49(3), 183-198. Retrieved from [www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1307](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1307) -
71. Thiébaud, R, Jacqmin-Gadda, H, Walker, S, Sabin, C., Prins, M, del Amo, J, et al.(2006).Determinants of response to first HAART regimen in antiretroviral-naïve patients with an estimated time since HIV seroconversion. *HIV Medical*, 7.
72. Tobón, S. y Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. Extraído el 13 de enero de 2007, desde [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-972076\\_ITM](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-972076_ITM)

73. Valencia, C., Canaval, G., Rizo, V., & Correa, D. (2007). Signos y síntomas en personas que viven con el virus del SIDA: en Cali Colombia. *Colombia Medica.*, 38(004), 365-374. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx>
74. Varela, M. T., Salazar, I. C., & Correa, D. (2006). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH-SIDA: Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología.*, 11(2), 101-113. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79811210>
75. Vera, N. Y Toro-Alfonso, J. (2003). Políticas públicas relacionadas con el VIH/SIDA: tensión entre las necesidades individuales y colectivas. Una agenda de trabajo para la Psicología en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 195-208.
76. Vera-Villaruel, P., Pérez, V., Moreno, E. y Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (001), 55-67.
77. Villa, C., & Vinaccia, S. (2006). La adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16(001), 51-62.
78. Zavalaga, F., Cotrina, A., & Campana, P. (2001). Factores asociados a la adherencia al tratamiento de la malaria en Piura y Tumbes: Perú. 18(3-4), 63-70. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.m>
79. Zayas, G., Alvarez, A., Mujica, E., & Villalon, M. (2004). *Nutrición y SIDA*. (1 ed.). La Habana.: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

*Anexos*



## **Anexo. 1**

### **Revisión de la Historia Clínica**

Indicadores a explorar:

- Datos generales (edad, sexo, nivel de escolaridad).
- Fecha de diagnóstico.
- Evolución de la enfermedad.
- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Tipo de tratamiento.
- Grado de control actual de la enfermedad.
- Otros datos de interés.

## **Anexo. 2**

### **Modelo de Consentimiento Informado.**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad y en dominio de mis facultades mentales, con número de identidad \_\_\_\_\_ después de haber sido atendido en la consulta de seguimiento a personas que viven con SIDA del Policlínico "XX Aniversario", he sido invitado a formar parte de una experiencia investigativa dirigida a evaluar la adherencia terapéutica de personas que viven con VIH/SIDA y a elaborar una Guía Psicoeducativa que contribuya a fomentar la misma. Ello debe revertirse no solo en incrementar la esperanza de vida sino también en mayor calidad de las personas que como yo padecen esta enfermedad.

He sido informado que como parte de esta investigación me serán aplicadas encuestas, entrevistas y técnicas de diagnóstico psicológico. El equipo de investigadores asume como responsabilidad el respeto a mi integridad física y psicológica así como la confidencialidad de las respuestas aquí emitidas.

Conociendo todos estos elementos, expreso mi consentimiento de que se me incluya en el protocolo de esta investigación.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Firma del paciente:

Firma del psicólogo:

Muchas gracias

### **Anexo. 3**

#### **Entrevista a la persona que vive con SIDA.**

##### Indicadores

- Datos generales.
  - Nivel socioeconómico.
  - Ocupación
  - Estado civil.
- Sexualidad.
  - Orientación sexual.
  - Relaciones de pareja.
  - Disfrute de la sexualidad.
- Personalidad.
  - Necesidades.
  - Motivaciones.
  - Proyectos de vida
  - Conflictos.
- Afrontamiento a la enfermedad
- Funcionamiento emocional
- Apoyo social.
  - Con quienes convive.
  - Apoyo familiar.
  - Satisfacción con el apoyo recibido.
- Adherencia terapéutica.
  - Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.
  - Cumplimiento de las indicaciones.
  - Percepción de su responsabilidad individual
- Atención psicológica recibida
  - Antecedentes de tratamiento psicológico anterior
  - Percepción de necesidad de atención psicológica.

#### Anexo. 4

### Cuestionario sobre Adherencia terapéutica

Nombre:

---

Policlínico: \_\_\_\_\_ Consultorio:

---

#### Parte I. Factores de riesgo.

- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- Actualmente vives en: Zona rural \_\_\_\_\_ Zona Urbana \_\_\_\_\_
- Color de la piel: Blanca \_\_\_\_\_ Negra \_\_\_\_\_ Mestizo \_\_\_\_\_
- ¿Tiene familiares *con VIH/SIDA*?  
\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_ Pareja  
\_\_\_\_ Abuela materna \_\_\_\_\_ Abuelo paterno \_\_\_\_\_ Tíos maternos  
\_\_\_\_ Abuela paterna \_\_\_\_\_ Abuelo materna \_\_\_\_\_ Tíos paternos
- ¿Padece Ud. de otras enfermedades?

---

---

---

- ¿Cuál es su peso actual? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto mides? \_\_\_\_\_
- ¿Practica ejercicios físicos? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia?  
Diariamente \_\_\_\_\_ Semanalmente \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de ejercicios realizas?  
Correr \_\_\_\_\_ Ejercicios aerobios \_\_\_\_\_ Pesas \_\_\_\_\_ Montar bicicleta \_\_\_\_\_
- ¿Fuma? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente? \_\_\_\_\_
- ¿Qué acostumbra a fumar?  
Cigarros \_\_\_\_\_ Cigarros con filtro \_\_\_\_\_ Tabaco \_\_\_\_\_

- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

Nunca \_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_ Solo en fiestas \_\_\_\_  
Casi todas las semanas \_\_\_\_ Casi todos los días \_\_\_\_ Todos los días \_\_\_\_

- ¿Qué tipo de bebidas acostumbra a beber?

Ron \_\_\_\_ Vino \_\_\_\_ Cerveza \_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_

- ¿Qué cantidad de bebidas ingiere semanalmente?

---

---

- ¿Cuidas tu dieta alimenticia? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_

- ¿Con qué tipo de aceite preparas los alimentos?

Aceite animal \_\_\_\_ Aceite vegetal \_\_\_\_ Manteca de cerdo \_\_\_\_

- ¿Acostumbras a comer?

Sin sal \_\_\_\_ Con poca sal \_\_\_\_ Normal \_\_\_\_ Más bien salados \_\_\_\_

- ¿Acostumbras a echar sal a las ensaladas u otras comidas después de preparadas?

Nunca \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_

- ¿Consumes vegetales?

Casi nunca \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_ Con frecuencia \_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_

- ¿Tomas café? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ ¿Cuántas tazas en el día? \_\_\_\_

- ¿Con quienes convive?

---

- ¿En qué medida se siente apoyado por sus familiares?

No apoyado \_\_\_\_ Poco apoyado \_\_\_\_ Apoyado \_\_\_\_ Muy apoyado \_\_\_\_

- ¿Qué tipo de ayuda le ha brindado su familia?

---

---

---

**Parte II. Conocimiento de la enfermedad.**

- ¿Consideras que el SIDA es una enfermedad?

Frecuente \_\_\_\_\_ Poco frecuente \_\_\_\_\_

- ¿Desde cuándo le diagnosticaron como paciente con SIDA?

\_\_\_\_\_

- ¿En qué nivel se encuentra su conteo de células CD4?

Más de 500 /mm \_\_\_\_\_ De 200 a 499 \_\_\_\_\_ Menos de 200 \_\_\_\_\_

- ¿Conoce usted cuáles son los factores de riesgo que influyen en la aparición del SIDA?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- En su caso cuáles de ellos considera que han influido en su enfermedad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Considera que el SIDA es una enfermedad de carácter:

Grave \_\_\_\_ Transitoria \_\_\_\_ Crónica \_\_\_\_ Pasajera \_\_\_\_ No importante \_\_\_\_

- Considera que la enfermedad es:

Incurable \_\_\_\_\_ Curable \_\_\_\_\_ Controlable \_\_\_\_\_ Incontrolable \_\_\_\_\_

- ¿Conoce Ud. qué repercusiones puede tener el SIDA en su salud?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Cuando le comunicaron que era seropositivo su médico le explicó sobre:

\_\_\_\_ Causas de la enfermedad.

\_\_\_\_ Factores de riesgo que la provocan.

- \_\_\_ Síntomas Clínicos.
  - \_\_\_ Tratamiento farmacológico.
  - \_\_\_ Cambios en el estilo de vida.
  - \_\_\_ Posibles consecuencias y riesgos asociados a la enfermedad.
  - \_\_\_ Importancia de medirse sistemáticamente el conteo de células CD4.
  - \_\_\_ Importancia de cumplir estrictamente con el tratamiento indicado.
  - La información que posee sobre el SIDA proviene de:
    - \_\_\_ La comunicación con su médico.
    - \_\_\_ La experiencia de familiares.
    - \_\_\_ Comunicación y experiencias de amigos.
    - \_\_\_ La televisión.
    - \_\_\_ La prensa.
    - \_\_\_ Libros de medicina.
    - \_\_\_ Otros.
- ¿Cuáles?

---

• ¿Consideraría necesario que se escribiera un folleto para que los pacientes que viven con SIDA conozcan mejor su enfermedad y cómo afrontarla?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

• ¿Cómo debería ser ese folleto?

---

### **Parte III. Adherencia Terapéutica.**

- ¿Con qué frecuencia acudes al médico para examinar tu estado de salud?  
Semanalmente \_\_\_\_\_ Cuando me siento mal \_\_\_\_\_  
Quincenalmente \_\_\_\_\_ Cuando me citan \_\_\_\_\_  
Cada un mes \_\_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_\_  
Cada tres meses \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
- ¿Cada qué tiempo te realizas un chequeo médico de rutina?

Una vez cada año \_\_\_\_\_ Cada 5 años \_\_\_\_\_

Una vez cada 3 años \_\_\_\_\_ Cuando me siento mal \_\_\_\_\_

- ¿Con qué frecuencia tu médico de familia te visita para verificar tu estado de salud?

Cada un mes \_\_\_\_\_ Cada 6 meses \_\_\_\_\_ Una vez al año \_\_\_\_\_

- ¿Qué tratamiento te ha indicado tu médico?

---

---

---

---

- ¿Cuán efectivo te resulta?

\_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ Poco efectivo \_\_\_\_\_ Inefectivo.

- El médico le explicó sobre la importancia de incorporar modificaciones en su estilo de vida?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No recuerdo \_\_\_\_\_

- ¿Cuáles le menciona?

---

---

---

- ¿Has incorporado alguna de estas modificaciones? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- ¿Cuáles?

---

---

---

- ¿En qué medida cumples el tratamiento indicado por tu médico?

Nunca \_\_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ A menudo \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_

Fundamente su respuesta anterior.

---

- ¿Cuándo tomas los medicamentos?

\_\_\_\_\_ Siempre los tomo cuando me corresponde según las indicaciones médicas.

\_\_\_\_\_ Regularmente me los tomo según el plan.

\_\_\_ Cuando me lo recuerdan.

\_\_\_ Cuando me siento mal.

- ¿Llevas un registro de los resultados de tus análisis de conteo de CD4?

\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ A veces.

- ¿Tu médico lleva un registro de tu conteo de células CD4?

\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ A veces.

- Cuando el médico te dice que tienes las defensas bajas. ¿Qué conducta asumes?

\_\_\_ No le doy ninguna importancia y sigo mi rutina diaria.

\_\_\_ Me tomo los medicamentos y sigo mi rutina diaria.

\_\_\_ Procuro quedarme en la casa y mantenerme tranquilo.

\_\_\_ Me tomo un sedante.

\_\_\_ Otras

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

- Atendiendo al rigor con que Ud. cumple las orientaciones dadas por su médico se clasificaría en:

No cumplidor \_\_\_ Poco cumplidor \_\_\_ Medianamente cumplidor \_\_\_

Cumplidor \_\_\_ Muy cumplidor \_\_\_

- ¿En qué aspecto se basa para clasificarse en la pregunta anterior?

En relación a:

Asistencia a consultas médicas.

No Asisto \_\_\_ Asisto a veces \_\_\_ Asisto siempre \_\_\_

Debido a que:

Se me olvida \_\_\_ No estoy bien informado \_\_\_ No lo creo necesario \_\_\_

Cumplimiento al tratamiento farmacológico.

No tomo los medicamentos \_\_\_ A veces tomo los medicamentos \_\_\_

Siempre tomo los medicamentos \_\_\_

Debido a que:

Se me olvida \_\_\_ No estoy bien informado \_\_\_ No lo creo necesario \_\_\_

Modificaciones necesarias en el estilo de vida.

No he adoptado ningún cambio \_\_\_ He adoptado algunos cambios \_\_\_

He adoptado todos los cambios necesarios\_\_\_\_

Debido a que:

Se me olvida\_\_\_\_ No estoy bien informado\_\_\_\_ No lo creo necesario\_\_\_\_

- ¿En su caso que factores inciden en el nivel de cumplimiento al tratamiento médico?

**Anexo. 5**

**Cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas que viven con SIDA**

Código	Año de diagnóstico				Tiempo de tratamiento			
Edad				Genero			Fecha	
Durante la última semana				Siempre	Más de la mitad de las veces	Aprox. la mitad las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?							
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?							
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor ¿Ha dejado de tomarlos?							
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿Ha dejado de tomar los medicamentos?							
5	¿Recuerda que medicamentos está tomando en este momento?							
6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?			Mala	Algo Mala	Regular	Mejorable	Buena
				Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir el tratamiento?							
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?							
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?							
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que comenzó a tomar los antirretrovirales?							
11	¿Hasta que punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?							

		Nunca	Alguna vez	Aprox. la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimo y seguir adelante?					

14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	<b>Muy Insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	<b>Muy intensos</b>	<b>Intensos</b>	<b>Medianamente intensos</b>	<b>Poco intensos</b>	<b>Nada intensos</b>
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	<b>Mucho tiempo</b>	<b>Bastante tiempo</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco tiempo</b>	<b>Nada de tiempo</b>
17	¿Qué evaluación hace de si mismo respecto a la toma de los antirretrovirales?	<b>Nada cumplidor</b>	<b>Poco cumplidor</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muy cumplidor</b>
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	<b>Mucha dificultad</b>	<b>Bastante dificultad</b>	<b>Regular</b>	<b>Poca dificultad</b>	<b>Nada de dificultad</b>

	Sí	No
Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo / más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?.....)		
¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?.....)		



22. La lectura
23. Mi mente
24. El impulso sexual
25. Mi futuro
26. Yo necesito
27. El matrimonio
28. Estoy mejor cuando
29. Algunas veces
30. Me duele
31. Odio
32. Este lugar
33. Estoy muy
34. La preocupación principal
35. Deseo
36. Mi padre
37. Yo secretamente
38. Yo
39. Las divisiones
40. Mi mayor problema
41. La mayoría de las, mujeres
42. El trabado
43. Amo
44. Me pone nervioso
45. Mi principal ambición
46. Yo prefiero
47. Mi problema principal en la elección de carrera, profesión o trabajo
48. Quisiera ser
49. Creo que mis mejores aptitudes son
50. Mi personalidad
51. La felicidad

## **Anexo. 7**

### **Autorreporte Vivencial.**

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

Instrucciones: A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos y usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado.

Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje el grado en que usted ha experimentado estas emociones durante estos últimos años.

Vivencia/ Intensidad	Escasamente	Moderadamente	Intensamente
Inquietud			
Desconfianza			
Irritabilidad			
Tristeza			
Apatía			
Miedo			
Inseguridad			
Sufrimiento			
Abatimiento			
Angustia			
Ira			
Rechazo			
Ansiedad			
Desprecio			

## **Anexo. 8**

### **Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad.**

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

A continuación presentamos algunas de las conductas más utilizadas por las personal al enfrentar situaciones estresantes. Marque con una X aquellas que usted está utilizando en el presente y con un círculo aquellas que utilizaba antes de enfermar. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, pero nos es imprescindible su sinceridad.

- 1- Leo materiales especializados sobre mi padecimiento.
- 2- Consulto a varios especialistas en la materia.
- 3- Pregunto a personas que hayan tenido experiencias similares.
- 4- Actúo rápida y directamente sobre el problema.
- 5- Trato de disminuir la repercusión emocional tomando psicofármacos.
- 6- Trato de disminuir la repercusión distrayéndome.
- 7- Me retraigo y aísló de los demás.
- 8- Inhibo mis decisiones y me paralizó.
- 9- Inhibo mis decisiones para estudiar qué me conviene más.
- 10-Le quito importancia a lo que me pasa.
- 11-Me disocio y pienso en otras cosas.
- 12-Pienso en que todo saldrá bien.
- 13-Me siento pesimista.
- 14-Cambio mi forma de pensar o de ver el problema.
- 15-Hago parálisis de partes del cuerpo.
- 16-Me duele la cabeza.
- 17-Me cuesta trabajo dormir.
- 18-Presento problemas gastrointestinales, como diarreas, dolores de estómago, etc.
- 19-Presento problemas cardiovasculares, como arritmias, taquicardias, hipertensión.
- 20-Presento asma, alergias, erupciones en la piel, etc.

21-Disminuyo los deseos sexuales.

22-Trato de resolver relaciones afectivas con personas que han sido importantes para mí.