

# ¿Influye el Tiempo de Infección en Meses sobre los Predictores Psicológicos de Comportamientos de Adhesión en una Muestra de Pacientes VIH+?

## Is there an Influence of Length of Infection (in Months) on the Psychological Predictors of Adherence Behavior in a Sample of VIH+ Patients?

Julio Alfonso Piña López<sup>1</sup>

Blanca Margarita Rivera Icedo

Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hermosillo, México

Andrés Ernesto Corrales Rascón

Centro de Información para la Salud  
Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, México

Katherine Mungaray Padilla

Manuel Alejandro Valencia Vidrio

Escuela de Psicología  
Universidad de Sonora, México

(Rec: 12 junio 2006 - Acep: 10 noviembre 2006)

### Resumen

Se realizó un estudio transversal en el que participaron 66 pacientes VIH+ bajo tratamiento antirretroviral. Como variable dependiente se utilizó a los comportamientos de adhesión; como variables independientes a las competencias pasadas y presentes, motivos, estrés, comportamientos asociados a la enfermedad y apoyo social; como variable control al tiempo de infección en meses ( $\leq$  y  $>$  51 meses). Un análisis de regresión múltiple (método hacia atrás) para el tiempo de infección  $\leq$  51 meses arrojó como predictores de los comportamientos de adhesión a las competencias pasadas y presentes, estrés y toma de decisiones, estrés y tolerancia a la frustración, así como a comportamientos asociados a la enfermedad al momento del diagnóstico y en el último mes. Para el tiempo de infección  $>$  51 meses aparecen como predictores los motivos, competencias presentes, estrés y tolerancia a la ambigüedad y comportamientos asociados a la enfermedad al inicio del tratamiento. Entre una y otras medidas se observan cambios importantes en los predictores psicológicos de los comportamientos de adhesión, a tener en cuenta al momento de diseñar e instrumentar programas de intervención interdisciplinaria orientados a promover y mantener tales comportamientos.

*Palabras Clave:* Comportamientos de adhesión, competencias, motivos, estrés, comportamientos asociados a la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Correspondencia a Julio A. Piña: Blvd. Abelardo L. Rodríguez 118 altos. Col. Centro. Hermosillo, Sonora, C.P. 83000 (México).  
E-mail: [jpina@salud.gob.mx](mailto:jpina@salud.gob.mx).

### Abstract

A cross-sectional study involving 66 HIV+ patients was undertaken. The dependent variable was adherence behaviors; the independent variables were past and present competencies, motives, stress, behaviors related to illness, and perceived social support; time of infection in months operated as a control variable ( $\leq y > 51$  meses). A multiple regression analysis (backward method) on time of infection  $\leq 51$  meses show that predictors of adherence behaviors were: past and present competencies, stress and decision, stress and frustration tolerance, as well behaviors related to illness at the diagnosis moment and the last month. On the time of infection  $> 51$  meses the predictors were: motives, present competencies, stress and ambiguity tolerance and behaviors related to illness at the beginning of treatment. Between the two measures changes in the role of psychological predictors of adherence behaviors were observed, which it is important in the design and application of interdisciplinary intervention programs to promote or maintain such behaviors.

*Key Word:* Adherence Behaviors, Competencies, Motives, Stress, Behaviors related to Illness.

### Introducción

Entre los especialistas existe el consenso de que, para mantener una supresión óptima del Virus de la Inmunodeficiencia Humana —VIH—, es necesario que los pacientes que viven con la enfermedad practiquen los comportamientos de adhesión al tratamiento antirretroviral en porcentajes superiores a 90% (Bartlett, 2002; Hinkin *et al.*, 2004; Wrigth, 2000). Empero, en diferentes estudios se ha encontrado que los pacientes VIH+ suelen practicar tales comportamientos en porcentajes que oscilan entre el 50 y el 89%, con todas las implicaciones que ello conlleva: incremento en los niveles de carga viral, reducción en las cuentas de los linfocitos T CD4+ y desarrollo de infecciones oportunistas, principalmente (Aloisi *et al.*, 2002; Heath, Singer, O'Shaughnessy, Montaner & Hogg, 2002; Levine *et al.*, 2005; Nieuwkerk *et al.*, 2001).

Dentro de los principales predictores de esos comportamientos se incluyen a la complejidad del régimen de tratamiento y los efectos secundarios producidos por los medicamentos (Grabar *et al.*, 2005; Murphy, Marelich, Hoffamn & Steers, 2004), el consumo abusivo de sustancias como alcohol o drogas (Howard *et al.*, 2002; Tucker *et al.*, 2003; Tucker *et al.*, 2004), la presencia de estados emocionales más o menos duraderos, i.e., depresión, ansiedad y estrés (Bottonari, Roberts, Ciesla & Hewitt, 2005; Cook *et al.*, 2006; Hosek, Harper & Romanico, 2005; Weaver *et al.*, 2005), determinadas características de la personalidad (Penedo *et al.*, 2003), así como no contar con redes de apoyo social, i.e., familiares y amigos (Ammassari *et al.*, 2002; Gonzalez *et al.*, 2004), fundamentalmente.

Desde un punto de vista psicológico, identificar qué variables facilitan o impiden que los pacientes VIH+ practiquen los comportamientos de adhesión al tratamiento se ha vuelto un imperativo (Bayés, 1999, 2001; DiMatteo, 2004; Villa & Vinaccia, 2006), que en las actuales circunstancias reclama el desarrollo de estudios sustentados en modelos de corte teórico que permitan, en un primer momento, probar cuáles son y cómo operan esas variables, y en un segundo momento, traducir los hallazgos en programas de intervención con el objeto de promover y/o mantener

la práctica de los comportamientos de adhesión a lo largo del tiempo (i.e, Amico, Toro-Alfonso & Fisher, 2005; Christensen & Johnson, 2002; Sánchez-Sosa, 2002).

Siguiendo esta línea de actuación, se ha elaborado un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH positivas (Piña & Sánchez-Sosa, en preparación), que tiene como antecedente un modelo psicológico de salud biológica (Ribes, 1990). En aquel se plantea el análisis de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos relacionados con la enfermedad por VIH en cuatro fases (ver Figura 1): en la fase 1 se incluyen variables como las *situaciones interactivas vinculadas con estrés* —entendidas como situaciones con las que las personas entran en contacto y que potencialmente pueden generar lo que se conoce como estrés, con impacto sobre los diferentes subsistemas biológicos de respuesta, i.e., inmune, endócrino, nervioso central, etcétera—; también, las *competencias funcionales* —como capacidades o recursos de que disponen las personas para interactuar de manera eficiente en situaciones en las que se prescriben ciertos requerimientos o resultados, i.e., resolver un problema, consumir medicamentos, hacer ejercicio físico, etcétera— y los *motivos* —variable que se define como la elección o preferencia por ciertas situaciones, objetos y eventos que implican la obtención de determinadas consecuencias que son valoradas socialmente—.

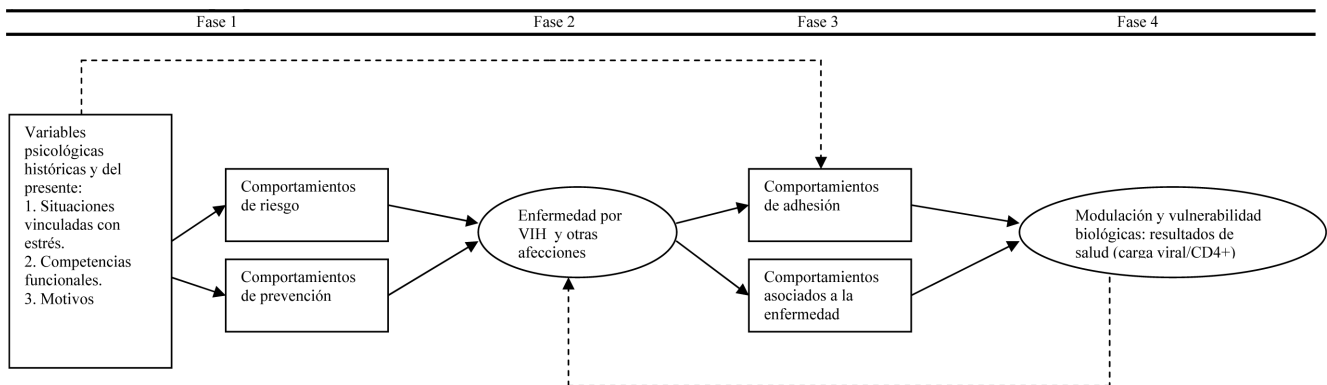
Dependiendo de la operación de dichas variables se hará más o menos probable la práctica de ciertos comportamientos instrumentales de riesgo (i.e., no usar condón) o de prevención (usar condón en cada relación), de los cuales dependerá un aumento o una disminución en la probabilidad de que las personas resulten infectadas por el VIH, tal y como se consigna en la fase 2. Una vez que a una persona se le diagnostica como portador positivo del VIH se espera, como se muestra en la fase 3, que practique comportamientos de adhesión al tratamiento, i.e., consumir los medicamentos, mantener una dieta saludable, evitar el consumo de sustancias como alcohol o drogas, principalmente, y a la par que evite la práctica de diversos comportamientos asociados con la enfermedad, de esos que tradicionalmente se describen en términos de depresión, ansiedad o estrés, ira o coraje, etcétera.

En el supuesto de que las personas VIH+ practiquen los comportamientos de adhesión al tratamiento, se sobreentiende que su ejercicio instrumental podrá verse afectado por las tres variables de proceso de la fase 1: situaciones vinculadas con estrés, competencias y motivos. Dicho en otras palabras, esos comportamientos, si bien dependen de un lado de si los pacientes disponen o no de las competencias, del otro pueden depender de los niveles de estrés que experimenten con relación a la enfermedad y el tratamiento, así como de cuán motivados se encuentren. Lo que sí es un hecho, es que al practicar los comportamientos de adhesión los beneficios se traducirán en un mejor funcionamiento del sistema inmune, pues al controlar los niveles de carga viral y las cuentas de linfocitos T CD4+ se evitará la progresión clínica de la enfermedad. En caso contrario, lo que se tendrá no sería otra cosa que resultados de salud que traerían consigo otras afecciones resultantes por el VIH, entendidas como infecciones oportunistas que forman parte del diagnóstico de sida como tal.

VIH+ que al momento del estudio eran atendidos en una institución del sector salud que se localiza en la ciudad de Hermosillo, Sonora, en el noroeste de México, se trabajó con 66 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de 18 años; b) tener diagnóstico de seropositividad de tres o más meses; c) encontrarse bajo tratamiento con medicamentos antirretrovirales; d) no presentar problemas médicos o psicológicos que limitaran su capacidad de responder a los instrumentos, y e) que leyeran y firmaran una hoja de consentimiento informado.

De éstos, 44 (66.7%) eran hombres y 22 (33.3%) mujeres, con una edad media de 37.7 años (DT = 10.4) y un rango de edad de 20 a 69 años. Poco más de la mitad (57.6%) se mantenían solteras (os), 34.8% tenía estudios de primaria y 37.9% de secundaria; en la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Fig. 1: representación conceptual del modelo psicológico de adhesión al tratamiento en personas que viven con VIH/sida (Piña & Sánchez-Sosa, en preparación).



Con base en el citado modelo psicológico de adhesión al tratamiento se planteó el presente estudio, que tuvo como su objetivo el de evaluar cómo el tiempo promedio de infección en meses afectaba de manera directa el papel de un conjunto de predictores psicológicos sobre la práctica de comportamientos de adhesión al tratamiento en una muestra de pacientes VIH+.

## Método

### Participantes

Previo autorización del protocolo por parte del Comité de Investigación de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, de una muestra original de 85 pacientes

### Instrumentos y variables

*Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH positivas (VPAD-24)* (Piña, Corrales, Mungaray & Valencia, 2006). Es un instrumento que consta de 24 preguntas, agrupadas en cuatro factores ( $\alpha = .85$ ): el factor 1, comportamientos de adhesión presentes y tratamiento, incluye siete preguntas relacionadas con el consumo de medicamentos de acuerdo con las instrucciones del médico especialista, evitar el consumo de sustancias como alcohol o drogas o evitar el consumo de alimentos no indicados. Un ejemplo de pregunta sobre el consumo de medicamentos era el siguiente: “En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted los medicamentos de acuerdo con las instrucciones que le dio su médico?, con opciones de respuesta que iban de 1 = ningún día de la semana a 5 = todos los días de la semana.

Tabla 1: características sociodemográficas y clínicas de los participantes (n = 66).

	X	DT	Rango	N	%
	36.77	10.49	20-69		
Sexo					
Hombres				44	66.7
Mujeres				22	33.7
Estado civil					
Solteras (os)			38		57.6
Casadas (os)			9		13.6
Unión libre			12		18.2
Separadas (os)/ viudas (os)				7	10.6
Escolaridad					
Primaria				23	34.8
Secundaria				25	37.9
Bachillerato			9		13.6
Profesional			9		13.6
Tiempo de infección (meses)	51.44	40.77	3-176		
CD4+					
< 200/ml				42	63.6
201-400/ml			20		30.3
> 401				4	6.1
Carga viral					
< 400 copias/ml				24	36.4
401-30 000 copias/ml				27	40.9
> 30 001 copias/ml				15	22.7

El factor 2, relacionado con motivos para practicar o no comportamientos de adhesión, incluye ocho preguntas. Un ejemplo de pregunta era el siguiente: “Si usted consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿qué tan determinante fue el que usted consumiera los medicamentos porque ha experimentado sus beneficios?, con opciones de respuesta que iban de 1 = no fue un motivo determinante a 4 = fue un motivo bastante determinante. Por su parte, el factor 3 incluye cuatro preguntas relacionadas con competencias psicológicas y sociales presentes. Un ejemplo de pregunta era el siguiente: “¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones cotidianas que le provoquen tristeza o que lo depriman?, con opciones de respuesta que iban de 1 = bastante difícil a 5 = nada difícil. Finalmente, el factor 4, que incluye cinco preguntas, tiene que ver con competencias pasadas. Un ejemplo de pregunta era el siguiente: Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, cuando usted enfermaba y acudía con el médico, ¿seguía con el tratamiento tal y como se lo indicaba éste?, con opciones de respuesta que iban de 1 = nunca a 5 = siempre.

*Situaciones vinculadas con estrés (SVE-12)* (Piña, Va-

lencia & Mungaray, en prensa). Es una escala que cuenta con 12 preguntas, agrupadas en tres factores ( $\alpha = .90$ ): estrés relacionado con toma de decisiones, estrés relacionado con tolerancia a la ambigüedad y estrés relacionado con tolerancia a la frustración e impulsividad. Un ejemplo de pregunta sobre toma de decisiones era el siguiente: “En este momento usted se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral para controlar la enfermedad por VIH, pero a la vez usted decide seguir un tratamiento alternativo —remedios case-ros, por ejemplo—, entonces ello le resulta...,” con opciones de respuesta que iban de 1 = nada amenazante a 10 = bastante amenazante. Un ejemplo de pregunta sobre tolerancia a la ambigüedad era el siguiente: “En este momento usted se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral, pero desconoce la efectividad del tratamiento para controlar la enfermedad”, entonces ello le resulta...; mientras que uno sobre tolerancia a la frustración era el siguiente: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral pero no observa mejoras en su salud en el corto plazo”, entonces ello le resulta...

*Comportamientos asociados a la enfermedad (CAE-18)* (Piña, Valencia & Mungaray, en revisión). Es una escala de 18 preguntas, agrupadas en tres factores ( $\alpha = .93$ ). Cada factor cuenta con seis preguntas relacionadas con estados psicológicos más o menos duraderos que eventualmente pudieron experimentar los pacientes VIH positivos como consecuencia del diagnóstico de seropositividad, al inicio del tratamiento y en el último mes. Dichos estados incluían preguntas sobre tristeza y depresión, ira o coraje, ansiedad o estrés, desesperación, problemas para dormir y problemas para alimentarse, que se medían en una escala de 10 puntos que iban de 1 = no me afectó para nada a 10 = me afectó mucho.

*Apoyo social percibido (Duke-UNC-11)*, validado en México por Piña (aceptado). Es un cuestionario conformado por 11 preguntas en las que se mide el apoyo social percibido (evaluativo e informativo) ( $\alpha = .89$ ). Las preguntas se evalúan en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 = mucho menos de lo que quiero a 5 = tanto como quiero. Un ejemplo de pregunta era el siguiente: “recibo visitas de mis amigos y familiares”.

*Cuestionario de historia clínica (ad hoc)*. Se elaboró a partir de la revisión de los expedientes médicos e incluía tres variables: tiempo de infección en meses, cuentas de los linfocitos T CD4+ y niveles de carga viral. Asimismo, el médico tratante definió, de acuerdo con la clasificación de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el estadio clínico de infección.

### Procedimiento

Una vez que los pacientes leyeron y firmaron la hoja de consentimiento informado, se les describieron los objetivos que se perseguían con el estudio y la importancia de

contar con su colaboración, añadiendo que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y que los resultados serían utilizados con fines de investigación. Posteriormente se les hizo entrega de la batería de instrumentos y de las hojas de respuesta, y se les ofrecieron las instrucciones de cómo responder; finalmente se les aclaró que en caso de tener alguna duda podían preguntar a los responsables. La administración de la batería de instrumentos osciló entre 40 y 70 minutos.

*Análisis estadístico*

Un primer análisis incluyó a la frecuencia y porcentajes de respuesta. Enseguida se realizó un análisis de correlación con el estadístico *r* de Pearson, considerando a cada uno de los factores del instrumento de adhesión y a los factores globales de los instrumentos de situaciones vinculadas con estrés y comportamientos asociados con la enfermedad, así como las tres medidas biológicas. Por último, con el propósito de identificar qué variables psicológicas se constituían en predictores de los comportamientos de adhesión al tratamiento, se efectuaron dos análisis de regresión lineal múltiple (método hacia atrás), utilizando a la media del tiempo de infección en meses (51 meses) como variable control.

**Resultados**

El análisis de correlación con el estadístico *r* de Pearson (ver Tabla 2) dio lugar a asociaciones entre los factores competencias presentes y comportamientos asociados a la enfermedad en general ( $r = -.579$ ;  $p < 0.01$ ), en el sentido de que a mayor desempeño competencial menor es la frecuencia con la que se practican comportamientos asociados a la enfermedad; asimismo, se encontró asociación con

apoyo social ( $r = .323$ ;  $p < 0.01$ ). Por otro lado, el factor competencias pasadas lo hizo con apoyo social ( $r = .242$ ;  $p < 0.05$ ), en el mismo sentido que la anterior, es decir, un buen desempeño competencial antes de la enfermedad supone una evaluación positiva del apoyo social percibido. Por último, el factor comportamientos asociados a la enfermedad correlacionó con apoyo social ( $r = -.276$ ;  $p < 0.01$ ), donde una baja frecuencia de comportamientos asociados a la enfermedad sugiere un mejor apoyo social percibido.

Respecto del análisis de regresión lineal múltiple (método hacia atrás) para el grupo de  $\leq 51$  meses, se identificaron seis predictores de los comportamientos de adhesión ( $F = 11.500$ ; gl. 6, 10;  $p = .001$ ): competencias presentes, competencias pasadas, estrés vinculado con toma de decisiones, estrés vinculado con tolerancia a la frustración e impulsividad, comportamientos asociados a la enfermedad en el momento del diagnóstico y al inicio del tratamiento, con una  $R^2$  aj. = .797, es decir, que los seis predictores explican una elevada varianza equivalente a 79.7% (ver Tabla 3).

En cuanto al segundo de los grupos,  $> 51$  meses, figuraron como predictores de los comportamientos de adhesión cuatro variables psicológicas ( $F = 4.199$ , gl. 4; 26;  $p = .007$ ): motivos que subyacen a la práctica de los comportamientos de adhesión, competencias presentes, estrés vinculado con tolerancia a la ambigüedad y comportamientos asociados a la enfermedad al inicio del tratamiento, con una  $R^2$  aj. = .348, o sea, que las cuatro variables explican 34.8% de la varianza (ver Tabla 4).

Tabla 2 : análisis de correlación entre los factores psicológicos y los comportamientos de adhesión al tratamiento.

Factores	2	3	4	5	6	7
1. Comportamientos de adhesión	.211	.188	.162	.046	.135	.063
2. Motivos		-.029	.077	.209	.151	.143
3. Competencias presentes			-.030	-.177	-.579**	.323**
4. Competencias pasadas				-.067	-.052	.242*
5. Situaciones vinculadas con estrés					.722**	-.122
6. Comportamientos asociados a la enfermedad						-.276**
7. Apoyo social						

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .

Tabla 3: análisis de regresión con tiempo de infección  $\leq 51$  meses.

	$\beta$	$t$	P
Constante		.608	.556
Adhesión 3: competencias presentes	1.721	6.762	.000
Adhesión 4: competencias pasadas	.386	3.174	.010
Estrés 1: toma de decisiones	-.887	-2.126	.059
Estrés 3: tolerancia a la frustración	-1.400	-3.629	.005
C's asociados: en diagnóstico	2.122	7.152	.000
C's asociados: inicio del tratamiento	1.558	2.495	.032

Tabla 4: análisis de regresión con tiempo de infección  $> 51$  meses.

	$\beta$	$t$	P
Constante		5.694	.000
Adhesión 2: motivos	.458	3.017	.006
Adhesión 3: competencias presentes	.473	2.328	.028
Estrés 2: tolerancia a la ambigüedad	.880	3.438	.002
C's asociados: inicio del tratamiento	-.661	-2.614	.015

### Discusión

En primer lugar, destaca de los resultados reseñados en el análisis de correlación el que los comportamientos de adhesión no se hayan asociado con ninguno de los factores, como tampoco los motivos. Pareciera, entonces, que para la muestra con la que se trabajó en esta ocasión el peso más importante recae en la forma en que relacionan su desempeño competencial presente y pasado con el nivel de estrés percibido, con una baja frecuencia de comportamientos asociados a la enfermedad y con el apoyo social percibido, lo cual es parcialmente consistente con los resultados reportados por otros autores (véase Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; Griffin & Rabkin, 1997; Olley, Zeier, Seedat & Stein, 2005; Remor & Carrobles, 2001; Remor, Carrobles, Arranz, Martínez-Donate & Ulla, 2001; Siegel & Schrimshaw, 2005).

En segundo lugar, llaman nuestra atención, a partir del doble análisis de regresión realizado, los cambios experimentados por los predictores psicológicos en uno y otro tiempos promedios de infección. En efecto, el hecho de que el grupo de pacientes con un tiempo promedio de infección menor o igual que 51 meses practique los comportamientos de adhesión, supone la interacción entre tres variables críticas consignadas en el modelo: estrés en sus modalidades de toma de decisiones y tolerancia a la frustración e impulsividad, competencias pasadas y presentes, así como los comportamientos asociados a la enfermedad al momento del diagnóstico y al inicio del tratamiento. Dicho

en otras palabras, quienes reportan haber experimentado bajos niveles de estrés cuando tomaron la decisión de consumir los medicamentos según les fueron prescritos por el personal de salud o que son más tolerantes a la frustración son los pacientes adherentes; sin embargo, hay que hacer notar que junto con un menor estrés aparece también un mejor desempeño competencial en el presente: se sabe por qué consumir los medicamentos y se actúa en consecuencia, esto es, los pacientes se comportan de manera eficiente en el presente. Adicionalmente está el hecho de que, no obstante los pacientes practicaron con mayor frecuencia comportamientos asociados a la enfermedad en los dos momentos ya mencionados, paradójicamente se adhirieron al tratamiento.

Esto último es especialmente interesante, porque contradice abiertamente los resultados de una importante cantidad de estudios en los que se advierte que problemas relacionados con una mayor depresión, coraje, impulsividad, etcétera, generan efectos directos sobre los comportamientos de adhesión (véase Levine *et al.*, 2005; Murphy, Marelich, Hoffman & Steers, 2004; Rabkin, Ferrando, Lin, Sewell & McElhiney, 2000; Weaver *et al.*, 2005). Es posible que tanto un menor estrés como un buen desempeño competencial se constituyan en factores que modulan o regulan la práctica de dichos comportamientos, disminuyendo sus efectos negativos en el plano psicológico y facilitando así la práctica de los comportamientos de adhesión (Ribes, 1990), tal y como se puede observar en las fases 1 y 3 del modelo.

Todavía más interesantes son los resultados que arrojó el segundo de los análisis de regresión, sobre todo por el tipo de predictores que emergió; por ejemplo, aparecen el estrés vinculado con tolerancia a la ambigüedad y los motivos. Hablar de tolerancia a la ambigüedad es hablar de situaciones en las que los pacientes VIH+ enfrentan una demanda —consumir medicamentos y realizar cambios en sus hábitos y comportamientos— y perciben que entre esa demanda y las consecuencias de su conducta son dependientes; es decir, han asociado que practicar determinados comportamientos traerá consigo beneficios para su salud en el mediano o largo plazo, como serían, entre otros, mantener un estado de salud óptimo y evitar así la aparición de infecciones oportunistas. Aquí, también es importante destacar el papel de la variable motivos, entendida como la elección o preferencia por ciertas situaciones, objetos y eventos que implican la obtención de determinadas consecuencias que son valoradas socialmente.

Al respecto, podemos adelantar que, siguiendo los planteamientos del modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990), hay una interacción entre el estrés vinculado con tolerancia a la ambigüedad y los motivos, en términos de que la primera eventualmente modularía a la segunda, y a su vez ambas influirían sobre las competencias presentes y la posterior práctica de los comportamientos de adhesión; corresponden, pues, a tres tipos de variables

disposicionales que en este caso hicieron más probable estos comportamientos.

Finalmente, hay dos asuntos que valdría la pena comentar. El presente estudio se planteó con el objetivo adicional de probar un modelo psicológico de corte teórico para la investigación de los comportamientos de adhesión en pacientes VIH+. A partir de los resultados obtenidos, encontramos que éstos avalan la pertinencia teórica y empírica del modelo; pero, adicionalmente, refuerzan nuestra convicción de que no es el estrés por el estrés una variable que por sí sola facilitará o inhibirá la práctica de esos comportamientos. En la medida en la que, como aquí, al estrés se le concibió a partir de situaciones interactivas que el paciente enfrenta en la cotidianidad respecto de la enfermedad y el tratamiento, nos parece que ello aporta elementos de análisis específicos para entender por qué, el simple paso del tiempo, por ejemplo, se afirma como una variable que incide sobre el tipo y el nivel de estrés que experimentan los pacientes VIH+.

Por tanto, el tema de qué tan impredecibles, incontrolables, ambiguas o nocivas puedan ser las situaciones y las consecuencias que enfrentan los pacientes VIH+, no debe hacerse a un lado sin entender, se insiste, que una cosa es hacer referencia al estrés en situaciones ajenas a la propia enfermedad y el tratamiento, y otra muy diferente poner énfasis en éstas y sobre la identificación de los parámetros que permitan, cuando así sea posible, su examen en el plano intraindividual (véase Pelechano, 2005).

En conclusión, dependiendo del tiempo promedio de infección en el que se encuentren los pacientes VIH+ será posible observar el papel diferencial de los predictores psicológicos sobre los comportamientos de adhesión al tratamiento. Que en las dos medidas aquí utilizadas aparecieran las competencias funcionales como predictores nos parece razonable, en virtud de que saber sobre algo —la enfermedad y el tratamiento, por ejemplo— corre parejo con un hacer eficiente. Se ha señalado, asimismo, que un asunto interesante de los resultados es el tipo de estrés que predijo la práctica de comportamientos de adhesión en las dos medidas; como habrá de notarse, la evaluación del estrés se realizó en todos los casos teniendo en cuenta situaciones en las que el tratamiento y el consumo de medicamentos constituyen el punto de partida.

De tal suerte que no nos resulta extraño que entre una y otra mediciones hayan cambiado los predictores relacionados con el estrés. En un primer momento pareciera que es necesario que los equipos de salud involucren de manera abierta a los pacientes en la toma de decisiones, es decir, hacerlos partícipes activos de todo lo que implica el proceso de intervención y el tratamiento (Christensen & Johnson, 2002; Marelich, Roberts, Murphy & Callari, 2002), y posteriormente y de manera graduada educarlo formalmente en lo tocante al tratamiento, los beneficios que se obtendrán en el mediano y largo plazos, con el objeto de

reducir o eliminar hasta donde sea posible la ambigüedad (Bayés & Ribes, 1992).

Asimismo, es necesario que en el nivel psicológico el profesional de la psicología trabaje con programas de intervención orientados a modificar los comportamientos asociados a la enfermedad por comportamientos ajustivos que les permitan a los pacientes VIH+ el ejercicio de las competencias funcionales claves para mantener el mayor tiempo posible un estado de salud óptimo y mejorar su calidad de vida, apoyándose para dicho propósito en estrategias motivacionales (i.e., Amico, Toro-Alfonso & Fisher, 2005; Bayés, 2001; Codina, Tuset, Martínez, Del Cacho, Miró & Ribas, 2001; Gallant, 2000; McDonald, Garg & Haynes, 2002; Sánchez-Sosa & González-Puente, 2002).

No obstante los resultados aquí descritos y la pertinencia del modelo psicológico de adhesión reseñado, es necesario reconocer algunas limitaciones. Primera, el tamaño de la muestra, si bien es cierto que se trata de aproximadamente el 80% del total de pacientes VIH+ que actualmente son atendidos en la institución en la que se realizó el presente estudio. Segunda, que al tratarse de pacientes que en todos los casos practicaron comportamientos de adhesión, es indispensable que al trabajarse con una muestra más amplia que contemple pacientes adherentes y no adherentes, se compare cómo es que los predictores psicológicos inciden de manera directa y/o indirecta sobre unos u otros comportamientos. Tercera, conducir otros estudios en los que se compare si variables biológicas como el estadio clínico de infección influyen también sobre los predictores psicológicos.

## Referencias

- Aloisi, M.S., Arici, C., Balzano, R., Noto, P., Piscopo, R., Filice, G., Menichetti, F., Monforle, A., d'Arminio, P., Ippolito, G. & Girardi, E. (2002). Behavioral correlates of adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31 (Suppl 3), S145-S148.
- Amico, K.R., Toro-Alfonso, J. & Fisher, J.D. (2005). An empirical test of the information, motivation and behavioral skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 17, 661-673.
- Ammassari, A., Trotta, M.P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., Vecchiet, J., Monforte, A., Wu, A.W. & Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: Overview of published literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31 (Suppl 3), S123-S127.
- Bartlett, J.A. (2002). Addressing the challenges of adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 29 (Suppl 1), S2-S10.
- Bayés, R. (1999). Aspectos psicosociales en la adhesión al tratamiento antirretrovírico en la infección por VIH. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 10, 165-166.
- Bayés, R. (2001). Infección por VIH: aspectos psicológicos. En: F. Bueno y R. Nájera (Eds.), *Salud pública y SIDA* (pp. 479-486). Madrid: Ediciones Doyma.
- Bayés, R. & Ribes, E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J.A. Piña (Comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta* (pp. 1-21). Hermosillo, México: Editorial UNISON.
- Bottonari, K.A., Roberts, J.E., Ciesla, J.A. & Hewitt, R.G. (2005). Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: A preliminary investigation. *AIDS Patient and STDs*, 19, 719-727.

- Carrobes, J.A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Christensen, A.J. & Johnson, J.A. (2002). Patient adherence with medical treatment regimens: An interactive approach. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 94-97.
- Codina, C., Tuset, M., Martínez, M., del Cacho, E., Miró, J.M. & Ribas, J. (2001). Cómo mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral. *Medicina Integral*, 37, 482-486.
- Cook, J.A., Grey, D., Burke-Miller, J., Cohen, M.H., Anastos, K., Ghandi, M., Richardson, J., Wilson, T. & Young, M. (2006). Effects of treated and untreated depressive symptoms on highly active antiretroviral therapy use in a US multi-site cohort of HIV-positive women. *AIDS Care*, 18, 93-100.
- DiMatteo, R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations. A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42, 200-209.
- Gallant, J.E. (2000). Strategies for long-term success in the treatment of HIV infection. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1329-1334.
- González, J.S., Penedo, F.J., Antoni, M.H., Durán, R.E., Fernández, M.I., McPherson-Baker, S., Ironson, G., Klimas, N.G., Fletcher, M.A. & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23, 413-418.
- Grabar, S., Moing, V.L., Goujard, C., Egger, M., Lepout, C., Kazatchkine, M.D., Weiss, L. & Costagliola, D. (2005). Response to highly active antiretroviral therapy at 6 months and long-term disease progression in HIV-1 infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39, 284-292.
- Griffin, K.W. & Rabkin, J.G. (1997). Psychological distress in people with HIV/AIDS: Prevalence rates and methodological issues. *AIDS and Behavior*, 1, 29-42.
- Heath, K.V., Singer, J., O'Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S. & Hogg, R.S. (2002). Intentional nonadherence due to adverse symptoms associated with antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31, 211-217.
- Hinkin, C.H., Hardy, D.J., Mason, K.I., Castellón, S.A., Durvasula, R.S., Lam, M.N. & Stefaniak, M. (2004). Medication adherence in HIV-infected adults: Effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*, 18 (Suppl 1), S19-S25.
- Hosek, S.G., Harper, G.W. & Domanico, R. (2005). Predictors of medication adherence among HIV-infected youth. *Psychology, Health & Medicine*, 10, 166-179.
- Howard, A.A., Armsten, J.H., Lo, Y., Vlahov, D., Rich, J.D., Shuman, P., Stone, V.E., Smith, D.K. & Schoenbaum, E.E. (2002). A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women. *AIDS*, 16, 2175-2182.
- Levine, A.J., Hinkin, C.H., Castellón, S.A., Mason, K.I., Lam, M.N., Perkins, A., Robinet, M., Longshore, D., Newton, T., Myers, H., Durvasula, R.S. & Hardy, D.J. (2005). Variations in patterns of highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence. *AIDS and Behavior*, 9, 355-362.
- Marelich, W.D., Roberts, J.J., Murphy, D.A. & Callari, T. (2002). HIV/AIDS patient involvement in antiretroviral treatment decisions. *AIDS Care*, 14, 17-26.
- McDonald, H.P., Garg, A.X. & Haynes, B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2868-2879.
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Hoffman, D. & Steers, W.N. (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 16, 471-484.
- Nieuwkerk, P.T., Sprangers, M., Burger, D.M., Hoetelmans, R., Hugen, P., Danner, S.A., van der Ende, M.E., Schneider, M.M.E., Schrey, G., Meenhorst, P.L., Sprenger, H.G., Kauffman, R.H., Jambroes, M., Chesney, M.A., de Wolf, F. & Lange, J.M.A. (2001). Limited patient adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection in an observational cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1962-1968.
- Olley, B.O., Zeier, M.D., Seedat, S. & Stein, D.J. (2005). Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*, 17, 550-557.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de «afrentamiento» y «enfermedad crónica»: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 3-14.
- Penedo, F.J., González, J.S., Dahn, J.R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P. & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278.
- Piña, J.A. (aceptado). Validación del cuestionario de apoyo social funcional (DUKE-UNC-11) en personas VIH+: resultados preliminares en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K. & Valencia, M.A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Piña, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (en preparación). Un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión al tratamiento en personas que viven con VIH/sida.
- Piña, J.A., Valencia, M.A. & Mungaray, K. (en revisión). Propiedades psicométricas de una escala que mide comportamientos asociados a la enfermedad. *Universitas Psychologica*.
- Piña, J.A., Valencia, M.A., Mungaray, K. & Corrales, A.E. (en prensa). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas VIH+. *Terapia Psicológica*, 24, 15-21.
- Rabkin, J.G., Ferrando, S.J., Lin, S.H., Sewell, M. & McElhiney, M. (2000). Psychological effects of HAART: A 2-year study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 413-422.
- Remor, E. y Carrobes, J.A. (2001). Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Remor, E., Carrobes, J.A., Arranz, P., Martínez-Donate, A. & Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez-Sosa, J.A. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Suenda, J.A. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. México: Sociedad Mexicana de Psicología-UNAM-CONACYT.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E.W. (2005). Stress, appraisal, and coping: A comparison of HIV-infected women in the pre-HAART and HAART eras. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 225-233.
- Tucker, J.S., Burman, M.A., Sherbourne, C.D., Kung, F.Y. & Gifford, A.L. (2003). Substance abuse and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with Human Immunodeficiency Virus infection. *The American Journal of Medicine*, 114, 573-580.
- Tucker, J.S., Orlando, M., Burman, A., Sherbourne, C.D., Kung, F.Y. & Gifford, A.L. (2004). Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. *Health Psychology*, 23, 363-370.
- Villa, I.C. & Vinnacia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Weaver, K.E., Llabre, M.M., Durán, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J. & Schneiderman, N. (2005). A stress and coping modelo of medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology*, 24, 385-392.
- Wright, M.T. (2000). The old problem of adherence: Research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 12, 703-710.