

VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON VIH: UN ANÁLISIS CON BASE EN LA EDAD

JULIO ALFONSO PIÑA LÓPEZ

Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA e ITS
Sonora, México

Resumen

Estudio transversal que tiene como objetivo identificar predictores psicológicos de las conductas de adhesión en personas con VIH bajo tratamiento antirretroviral (TAR) en función de la edad. Participaron 67 personas con VIH distribuidas en tres grupos de edad: 20-29, 30-39 y 40-49 años, quienes respondieron a dos instrumentos que miden las variables de un modelo psicológico y las conductas de adhesión, así como las situaciones vinculadas con estrés. Un análisis de regresión múltiple para cada grupo reveló que los predictores de las conductas de adhesión fueron los motivos y las competencias conductuales presentes, con varianzas explicadas que oscilaron entre 26.8% y 45.8%. Se concluye que una buena motivación y un óptimo desempeño competencial influyen de manera diferenciada en la práctica de las conductas de adhesión al TAR según la edad de los participantes. Los programas de intervención que se diseñan en el CAPASITS deben tener en cuenta que para promover la práctica de las conductas de adhesión es importante considerar la influencia de determinadas variables psicológicas en relación con la edad.

Palabras clave: conductas de adhesión, tratamiento antirretroviral, motivos, competencias conductuales, intervención psicológica.

Psychological variables and their relation with adherence to treatment among persons with HIV: An age-based analysis

Abstract

This cross-sectional study had as objective to identify psychological predictors of adherence behaviors in function of the age of persons with HIV under antiretroviral treatment. Participants were 67 persons with HIV distributed in three groups of age (20-29, 30-39, and 40-49 years old); participants answered two self-administered questionnaires to measure psychological variables, adherence behaviors, and stress-related situations. Multiple regression analysis showed that predictors of such behaviors were as follows: motives and present behavioral performance, with explained variance between 26.8% and 45.8%. Adequate motivation and an optimal competential performance showed their influence on adherence behaviors, affecting in different ways depending of each group of age. The design of intervention programs at the CAPASITS must take into account that to promote adherence behaviors it's important to consider the influence of psychological variables in relation to age.

Key words: Adherence behaviors, antiretroviral treatment, motivation, behavioral competences, psychological intervention.

Agradecimientos: al M en C. Luis Enrique Fierros Dávila, del Programa Docente en Psicología de la Universidad de Sonora, por su asistencia en el análisis e interpretación de los datos.

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo al autor a: Guillermo Prieto No. 18. Col. Constitución. Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (México).

Correo electrónico: ja.pina@yahoo.com.mx.

RMIP 2013, vol. 5. núm. 1. pp. 82-94.

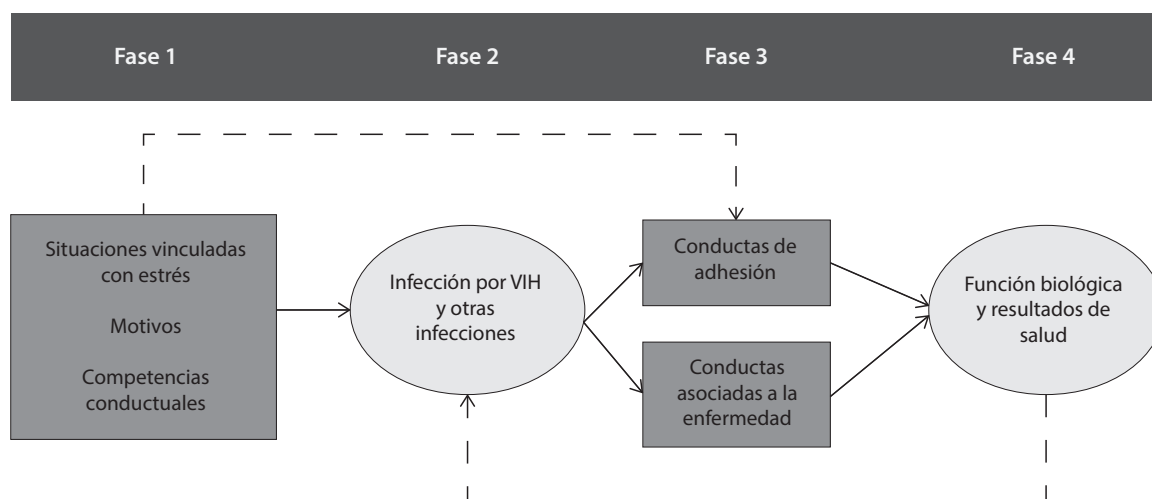
ISSN-impresa: 2007-0926.

www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

Derechos reservados ©RMIP.

INTRODUCCIÓN

En las dos décadas recientes, la adhesión a los tratamientos antirretrovirales ha pasado a ocupar un lugar privilegiado en la agenda de inves-

Figura 1. Modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007)

tigación en el ámbito que relaciona la psicología con la salud (Piña, 2012); se trata de un problema que ha adquirido proporciones preocupantes en buena parte de los países de América Latina y del Caribe. En efecto, sirva mencionar que en un estudio conducido en el Perú, con una muestra de 465 personas con VIH, se encontró que 35.9% reportó no ser adherente a los mencionados tratamientos, debido a la influencia de variables tales como una baja calidad de vida relacionada con la salud, un pobre apoyo social, la presencia de morbilidad psiquiátrica y un mayor tiempo de exposición a los propios tratamientos (Alvis et al., 2009). En Brasil, por su parte, con una muestra de 81 personas con VIH, el 48% señaló que no se había adherido a los tratamientos debido a dos tipos de razones: al olvido y por encontrarse fuera de casa (Casotti et al., 2011). Finalmente, en la República Dominicana, en un estudio que incluyó una muestra de 300 personas con VIH, los autores refirieron que 24% de los participantes no se adhirió correctamente a los tratamientos, merced al consumo de alcohol, al hecho de tener hijos y a no contar con redes de apoyo social (Harris et al., 2011).

Por lo que toca a México, los estudios son reveladores de porcentajes de adhesión que, en general, tienden a ser de bajos a moderados. Por ejemplo, Peñarrieta y colaboradores (2009) tra-

bajaron con 117 personas con VIH del estado de Tamaulipas, y mencionaron que los porcentajes de no adhesión fueron del 50 y 60%, respectivamente, según sendas mediciones llevadas a cabo cuatro días y cuatro semanas previas al estudio. Así mismo, Bautista-Samperio y García-Torres (2011), con una muestra de 42 personas con VIH de la Ciudad de México, reportaron que el 43% presentó problemas de adhesión, considerando en esta la asistencia a citas con el médico, la toma de medicamentos, el reporte de carga viral y las cuentas de linfocitos CD4. Por su parte, García-Cedillo, Alfaro-Castro, Rodríguez-Delgado y Sánchez-Armáas (2011), quienes incluyeron a 76 personas con VIH del estado de San Luis Potosí, concluyeron que el 60% registró una adhesión de regular a mala, siendo todavía peor entre quienes fueron diagnosticados con algún trastorno "mental".

Con base en un modelo psicológico para las conductas de adhesión (Piña & Sánchez-Sosa, 2007), se ha venido trabajando un programa de investigación que pretende probar qué variables del modelo (Figura 1) se constituyen en los mejores predictores de dichas conductas, incluyendo muestras de personas con VIH de los estados de Sonora (en Hermosillo y Ciudad Obregón), Michoacán (Morelia) y Tamaulipas (en Ciudad Victoria, Matamoros y Tampico).

Destacan estudios en los que se han utilizado análisis de regresión lineal múltiple (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa, & Cázares, 2008; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña & Dávila, 2009), en ocasiones empleando como variables modificadoras la edad (Sánchez-Sosa, Piña & Corrales, 2008), el género (Piña & Rascón, 2012), el tiempo de infección en meses (Piña et al., 2011) o el estadio clínico de infección (Cázares, Piña, & Sánchez-Sosa, 2010). En otros, se ha hecho uso del modelamiento con ecuaciones estructurales (González & Piña, 2011; Piña & González, 2010; Rosas & González, 2012), y en un par se ha considerado a personas con VIH 100% adherentes, en estudios de corte transversal (Piña et al., 2012) y longitudinal (Sánchez-Sosa, Fierros, Cázares, & Piña, 2011).

Se ha procedido así, pues si bien en el mencionado modelo teórico se parte del supuesto de que las variables de proceso dentro de la fase 1 pueden afectar directa o indirectamente la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión, estas también pueden verse afectadas por la aparición de las conocidas como conductas asociadas a la enfermedad (i.e., ansiedad, ira, impulsividad, depresión, etcétera) o por el peso específico que jueguen aquellas variables modificadoras.

En atención a este supuesto general, y considerando una de estas variables, la edad, surge la pregunta acerca de si después de cinco años de realizado un primer estudio (Sánchez-Sosa et al., 2008), sería posible confirmar o refutar el hallazgo de que la edad se constituye en una variable que modifica diferencialmente la operación de las variables de proceso del modelo en su predicción de las conductas de adhesión.

Con base en tales consideraciones y el antecedente referido, el presente estudio tiene como objetivo identificar predictores psicológicos de las conductas de adhesión en personas con VIH bajo tratamiento antirretroviral en función de la edad. Específicamente, se pretende identificar si la edad (por grupos) modifica el peso de las variables situacionales vinculadas con estrés,

motivos y competencias, en relación con la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión a los tratamientos antirretrovirales en una muestra de personas con VIH del estado de Sonora. Las conductas de adhesión se definieron aquí como la manifestación práctica y específica del nivel de competencia de una persona, en tanto *factor psicológico resultante* (Ribes, 1990), que incluyen respuestas instrumentales tales como a) tomar los medicamentos tal y como fueron prescritos según la frecuencia y/o las dosis especificadas; b) asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud; c) evitar el consumo de sustancias o alimentos contraindicados, y d) realizarse los estudios clínicos o de laboratorio recomendados. La operacionalización de las conductas consignadas en el inciso a) se llevó a cabo teniendo como su indicador la frecuencia con que las personas con VIH tomaban sus medicamentos a lo largo de la semana.

MÉTODO

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal.

Participantes

La selección de los participantes tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: a) tener entre 20 y 49 años, b) encontrarse bajo algún régimen de tratamiento con medicamentos antirretrovirales y c) contar con los resultados de los últimos estudios de laboratorio en los que se detallaran las cuentas de linfocitos T-CD4 y los niveles de carga viral. De la muestra original de 78 participantes, 11 no cumplieron con uno o más de esos criterios, razón por la cual la muestra definitiva quedó conformada por 67 personas con VIH. La edad promedio de los participantes fue de 34.5 años ($DE = 8.9$), 43 (64.2%) eran hombres y 24 (35.8%) mujeres. Por último, el promedio de tiempo viviendo con la enfermedad fue de 51.3 meses contados a partir del diagnóstico de seropositividad, equivalentes a poco menos de cuatro y medio años.

Instrumentos y medidas biológicas

Los participantes respondieron a sendos instrumentos, diseñados y validados en personas con VIH en nuestro país: 1) *Variables psicológicas y conductas de adhesión* (Piña, Corrales, Mungaray, & Valencia, 2006). Este instrumento consta de 24 preguntas agrupadas en cuatro factores, a saber, conductas de adhesión y tratamiento ($\alpha = 0.61$ para esta muestra), motivos ($\alpha = 0.85$), competencias conductuales pasadas ($\alpha = 0.71$) y competencias conductuales presentes ($\alpha = 0.89$). Para los fines del presente estudio, del factor 1 se tomó en cuenta la pregunta específica sobre las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de los medicamentos antirretrovirales, que se encontraba definida en un formato tipo Likert de cinco puntos, que iban de 1 (no los consumí ningún día de la semana) a 5 (los consumí todos los días de la semana); una pobre adhesión correspondería a aquella en la que las personas con VIH puntuaran entre 1 y 3, mientras que una óptima adhesión correspondería a quienes puntuaran entre 4 y 5. Por su parte, las preguntas relativas a motivos y competencias conductuales se encontraban definidas en un formato tipo Likert, e iban del 1 al 4 y del 1 al 5, respectivamente. A menor puntuación menor motivación para practicar las conductas de adhesión, y a menor puntuación menor el desempeño competencial, y viceversa.

2) *Situaciones vinculadas con estrés* (Piña et al., 2006), que incluye 12 preguntas agrupadas en tres factores: toma de decisiones ($\alpha = 0.93$), tolerancia a la ambigüedad ($\alpha = 0.84$) y tolerancia a la frustración ($\alpha = 0.80$), que tienen que ver con los fenómenos de impredecibilidad, ambigüedad e incertidumbre, respectivamente (Ribes, 1990). Todas las preguntas estaban definidas en una escala de 10 puntos, que va del 1 al 10, donde uno representa una menor valoración del estrés y 10 una mayor en cada situación.

Por último, de los expedientes clínicos se extrajo la información relativa al tiempo de infección en meses –esto es, al tiempo que había

transcurrido desde el diagnóstico de la seropositividad al VIH y hasta el momento de realizado el estudio– y las cuentas de linfocitos T-CD4, que es uno de los dos principales marcadores biológicos recomendados para su análisis en las investigaciones sobre la materia (i.e., Bosworth, 2010).

Procedimiento

Previo autorización del protocolo de investigación por el Comité de Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, se analizaron los datos de las personas que al momento de realizar el estudio se encontraban bajo algún régimen de tratamiento en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA e ITS (CAPASITS), que se localiza en la ciudad capital de Hermosillo, México.

Con motivo de las visitas periódicas que las personas con VIH realizan al CAPASITS para la toma de muestras sanguíneas para los consiguientes estudios de laboratorio, se solicitó a los participantes su colaboración de manera voluntaria. Un primer contacto se estableció por medio del personal de la institución –fundamentalmente los médicos tratantes y el responsable del área de psicología–. Posteriormente, se contactó de manera individual y/o grupal a los participantes, se les describió el objetivo del estudio y se les aseguró que sus respuestas serían anónimas y confidenciales; a quienes aceptaron colaborar se les hizo entrega del consentimiento informado, que leyeron y firmaron frente a dos testigos. Finalmente, se les hizo entrega de los instrumentos y se les explicó brevemente cómo tendrían que responderse; asimismo se les indicó que en caso de tener dudas, podrían acercarse al responsable del estudio, para aclararlas.

Análisis de datos

Para el análisis de datos, se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 19.0. En un primer análisis se obtuvieron estadísticas univariadas (frecuencias y porcentajes de respuesta) de

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los participantes ($n = 67$).

	M	DE	Mínimos-máximos	N	%
Edad	34.5	8.9	20-49		
Sexo masculino				43	64.2
Sexo femenino				24	35.8
Tiempo de infección	51.3	41.0	3-176		
Linfocitos CD4	174.3	127.4	16-601		
Conductas de adhesión	4.6	0.9	1-5		
Toma de decisiones	11.8	10.2	3-30		
Tolerancia a la ambigüedad	12.2	8.3	3-30		
Tolerancia a la frustración	17.7	11.9	6-51		
Competencias pasadas	18.1	4.8	5-25		
Motivos	14.1	2.8	4-16		
Competencias presentes	17.6	3.0	7-20		

Tabla 2. Medias y desviaciones de las conductas de adhesión y las variables psicológicas del modelo teórico por grupos de edad.

	Grupos	M	DE
Conductas de adhesión	20-29	4.7	0.9
	30-39	4.6	0.9
	40-49	4.6	1.0
Toma de decisiones	20-29	10.8	9.2
	30-39	12.2	11.2
	40-49	12.3	10.6
Tolerancia a la ambigüedad	20-29	12.8	8.1
	30-39	11.1	8.6
	40-49	12.6	8.4
Tolerancia a la frustración	20-29	17.3	10.0
	30-39	17.5	13.0
	40-49	18.4	3.6
Competencias pasadas	20-29	19.7	3.9
	30-39	17.0	5.2
	40-49	17.6	4.9
Motivos	20-29	14.7	1.6
	30-39	14.1	2.9
	40-49	13.5	3.6
Competencias presentes	20-29	17.1	3.6
	30-39	18.2	2.4
	40-49	17.4	3.0

Nota: 20-29 ($n = 22$), 30-39 ($n = 22$) y 40-49 ($n = 23$).

las variables de interés, incluyendo las sociodemográficas, las propias del modelo y los distintos indicadores biológicos. Así mismo, y para los fines de identificar cuál sería el comportamiento de las variables de proceso del modelo, se consideraron estas en función de tres grupos de edad:

20-29, 30-39 y 40-49 años. También se utilizó un análisis de correlación con el coeficiente de Pearson (r), con el objeto de identificar las posibles asociaciones entre las situaciones vinculadas con estrés, los motivos y el desempeño competencial con las conductas de adhesión.

Tabla 3. Análisis de correlación de Pearson entre las conductas de adhesión y las variables de proceso del modelo, en función de los grupos de edad.

	2	3	4	5	6	7
20-29 años						
1. Adhesión	-0.304	0.133	-0.103	0.059	0.550**	0.016
2. Toma de decisiones		0.620**	0.551**	0.355	-0.069	0.176
3. Tol. Ambigüedad			0.599**	0.139	0.154	0.157
4. Tol. Frustración				-0.119	0.037	0.197
5. Comp. Pasadas					0.321	-0.106
6. Motivos						0.258
7. Comp. Presentes						
30-39 años						
1. Adhesión	-0.157 -	0.320	-0.201	0.253	0.483*	0.431*
2. Toma de decisiones		0.731**	0.798**	-0.133	-0.297	-0.441*
3. Tol. Ambigüedad			0.786**	-0.283	-0.418	-0.307
4. Tol. Frustración				-0.140	-0.449*	-0.472*
5. Comp. Pasadas					0.276	0.191
6. Motivos						0.089
7. Comp. Presentes						
40-49 años						
1. Adhesión	0.258	0.239	0.020	0.024	0.528**	0.646**
2. Toma de decisiones		0.410	0.472*	-0.190	-0.103	-0.051
3. Tol. Ambigüedad			0.587**	-0.249	-0.106	0.062
4. Tol. Frustración				-0.255	0.099	0.058
5. Comp. Pasadas					0.188	0.177
6. Motivos						0.391
7. Comp. Presentes						

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

Por último, y siguiendo las recomendaciones de Gardner (2003), el análisis de regresión múltiple se empleó para identificar los predictores psicológicos de las conductas de adhesión en cada uno de los mencionados grupos de edad, utilizándose esta como variable modificadora.

RESULTADOS

Según se desprende de los datos que se resumen en la Tabla 1, en términos generales se puede afirmar que los participantes en este estudio a) reportaron practicar de manera eficiente y consistente las conductas de adhesión, cuya media ascendió a 4.6, razón por la cual se diría que se trata de una muestra con una óptima adhesión; b) evidenciaron de bajos a moderados niveles de estrés, de acuerdo con los resultados obtenidos en conjunto para las variables toma de decisiones ($M = 11.8$), tolerancia a la ambigüedad ($M =$

12.2) y tolerancia a la frustración ($M = 17.7$), y c) evidenciaron también altos niveles de motivación ($M = 14.1$) y un inmejorable desempeño competencial tanto en el pasado ($M = 18.1$) como en el presente ($M = 17.6$).

Por su parte, en la Tabla 2 se puede observar que el comportamiento de las variables de proceso del modelo teórico fue más o menos similar para los tres grupos de edad, sugiriendo que los grupos son homogéneos en el comportamiento de las variables del modelo y en la adhesión a los tratamientos antirretrovirales.

Respecto de los análisis de correlación para cada grupo de edad, los resultados principales, por su interés en este trabajo, fueron los siguientes (Tabla 3). En el primer grupo (20-29 años) se encontró una sola correlación entre las conductas de adhesión y la variable motivos ($r = 0.55$; $p < 0.01$). En el grupo de los 30-39 años,

Tabla 4. Análisis de regresión múltiple para los predictores psicológicos de las conductas de adhesión.

Grupos y variables	β	EEa	Beta	t	p
<i>20-29 años</i>					
Constante	0.443	0.500		0.884	0.387
Motivos	0.099	0.034	0.550	2.947	0.01
<i>30-39 años</i>					
Constante	-0.427	0.672		-0.636	0.533
Motivos	0.066	0.027	0.448	2.497	0.05
Competencias presentes	0.069	0.032	0.391	2.162	0.05
<i>40-49 años</i>					
Constante	-0.122	0.421		-0.291	0.774
Motivos	0.040	0.021	0.326	1.909	0.071
Competencias presentes	0.076	0.025	0.519	3.044	0.01

^aEE: error estándar.

las conductas se correlacionaron tanto con una elevada motivación ($r = 0.48$; $p < 0.05$) como con un óptimo desempeño competencial en el presente ($r = 0.43$; $p < 0.05$). Finalmente, en el grupo de los 40-49 años, las conductas de estudio se correlacionaron de nueva cuenta con estas dos mismas variables: motivos ($r = 0.52$; $p < 0.01$) y competencias conductuales presentes ($r = 0.64$; $p < 0.01$). Estos resultados sugieren que para los tres grupos, la probabilidad de que se practiquen las conductas de adhesión dependerá en buena medida de una elevada motivación para practicarlas y de la disponibilidad de los recursos competenciales presentes.

Finalmente, los análisis de regresión lineal múltiple (método “introducción”) se condujeron para los efectos de confirmar el peso de las variables de proceso del modelo sobre las conductas de adhesión, en particular las de motivos y competencias conductuales presentes, que en el análisis previo se habían correlacionado con las mencionadas conductas.

Tal y como se resume en la Tabla 4, en el grupo de los 20 a los 29 años, el único predictor fue el de los motivos que subyacen a las conductas de adhesión ($F(1,20) = 8.685$; $p < 0.01$), con un valor de la R^2 corregida = 0.268. Así mismo, el estadístico de Durbin-Watson ascendió a 2.074, dentro del rango esperado de 1.500 y 2.500, lo que indica que hay independencia entre los resi-

duos, cuyos valores de la media fueron de 0.000 (valores mínimos = -0.932; valores máximos = 0.267; $DE = 0.246$).

En el grupo de los 30 a los 39 años, hubo dos predictores: las variables motivos y desempeño competencial en el presente ($F(2,19) = 5.935$; $p < 0.01$), con un valor de la R^2 corregida = 0.320. Por su parte, el estadístico de Durbin-Watson fue de 1.196, por debajo del rango esperado entre 1.500 y 2.500, aun cuando se encontró independencia entre los residuos, que para esta muestra alcanzaron una media de 0.000 (valores mínimos = -0.679; valores máximos = 0.800; $DE = 0.337$).

Por su parte, para el grupo de los 40 a los 49 años, el único predictor fue el desempeño competencial en el presente, aunque en la ecuación de regresión figuró también la variable motivos, que no fue significativa ($F(2,20) = 10.298$; $p < 0.01$), con un valor de la R^2 corregida = 0.458. El estadístico de Durbin-Watson ascendió a 1.572 dentro del rango esperado de 1.500 y 2.500, sugiriendo que hay independencia entre los residuos, que como el anterior grupo también alcanzaron una media de 0.000 (valores mínimos = -0.993; valores máximos = 0.598; $DE = 0.315$).

Finalmente, es importante destacar que en los tres análisis, los valores de los coeficientes no estandarizados de beta y su correspondiente error estándar (EE) de la estimación fueron los

adecuados, pues en el caso de estos últimos, se ubicaron muy por debajo de 1.000, sugiriendo, por tanto, que son confiables.

DISCUSIÓN

Diversos estudios han demostrado que a mayor edad es más probable que las personas con VIH bajo tratamiento con antirretrovirales (TAR) practiquen las conductas de adhesión de manera tanto consistente como eficiente (De Fátima, Jorge, Comini, Braga, & Crosland, 2008; Gordillo, del Amo, Soriano, & González-Lozano, 1999; Herrmann et al., 2008; Kleeberger et al., 2004), aun cuando en otros tantos se reporta que son los adolescentes y adultos jóvenes quienes mejor se adhieren al TAR (Afolabi, Ijadunola, Fatusi, Olasode, 2009) o en los que simple y sencillamente no se observan diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan ambos grupos, independientemente de si se consume un único medicamento o varios (Herrmann et al., 2008; Nakimuli-Mpunge et al., 2011; Shumba, Atuhaire, Imakit, Atukunda, & Memiah, 2013; Sterrantino, Santoro, Bartolozzi, Trotta, Zaccarelli, 2012).

En última instancia, desde nuestro punto de vista, y con base en la experiencia acumulada a lo largo de los últimos ocho años en el CAPASITS, lo que parece debiera interesar no es tanto si la edad en sí misma se constituye en una variable que predice la práctica consistente y eficiente de las mencionadas conductas, sino, en su defecto, cómo se relaciona con determinadas variables psicológicas de proceso y estado, como por ejemplo, las incluidas en el modelo psicológico que sirvió de sustento al presente estudio u otras que incluyen a la depresión, el aislamiento social, la ira, la impulsividad, etcétera.

El razonamiento que subyace a ese interés radica en que la edad por sí sola no garantiza más que la identificación de relaciones de correspondencia entre una diversidad de conductas que se ajustan a los criterios convencionales, en tanto conducta social. No permite ni reconocer

ni identificar de manera sistemática si los procesos de evolución psicológica han facilitado o no las competencias para la vida (Ribes, 2008), en qué sentido se ha configurado un perfil funcional de conducta que podría tipificarse como personalidad (Piña, 2011a; Ribes, 2005) y, por consiguiente, cómo se relacionan ambas con otras variables tales como los motivos y las conductas instrumentales que tienen que ver con el cuidado, el mantenimiento, la pérdida, el control y/o la recuperación de la salud (Piña, 2011b).

Tal y como se describió en el apartado de resultados, en este estudio se encontró que, en general, el comportamiento de las variables de proceso del modelo y de las conductas de adhesión fue similar entre los tres grupos de estudio. Así mismo, en lo tocante a los análisis de correlación para cada grupo de edad, los resultados, interesantes para los fines del siguiente análisis, se presentaron entre las conductas de adhesión, los motivos y las competencias conductuales presentes, fundamentalmente. Empero, es menester mencionar que, contrario a lo esperado y partiendo del hecho de que se trabajó con tres grupos de personas que reportaron óptimos niveles de adhesión, llama la atención que no se observaran correlaciones entre aquellas variables, es decir, entre las variables de la historia más inmediata, cambiante y continuamente modificables: motivos y desempeño competencial pasado y presente. De ahí que, como consecuencia, llame también la atención el que únicamente las variables motivos y/o competencias conductuales presentes hayan figurado en la predicción de las conductas de adhesión en cada uno de los grupos de edad: los motivos en el primero, los motivos y las competencias presentes en el segundo y las competencias en el tercero.

Ciertamente, a la luz de nuestro modelo teórico esto es entendible, si de nueva cuenta se considera que se trabajó con una muestra de personas con VIH con una adhesión óptima –recuérdese que obtuvieron en conjunto una puntuación media de 4.6 puntos en un rango

de 1 a 5 puntos—, la cual también se mantuvo constante entre los diferentes grupos de edad. Esto es, en personas que presentan conductas de adhesión de manera consistente y eficiente, la probabilidad de que ello ocurra así se debe a la influencia directa, bien de una elevada motivación, bien por el saber hacer las cosas con relación al consumo de los medicamentos anti-retrovirales, bien por la interacción entre ambas variables (véanse Piña et al., 2012; Sánchez-Sosa, Ybarra, & Piña, 2012). Entonces, de acuerdo con los planteamientos de Ribes (2005), los motivos para hacer algo o comportarse de cierta manera y en determinada circunstancia, lo que finalmente hacen es *regular* la operación de las competencias, o sea, lo que se sabe decir o hacer en determinadas circunstancias sociales y según sean los requerimientos o demandas específicas, en este caso adherirse a los tratamientos.

Dicho de otra manera, en la medida en que se motiva a las personas con VIH a practicar las conductas de adhesión, y que el personal de salud las refuerza sistemáticamente, existe una probabilidad alta de que dicha motivación se traduzca en una propensión que incida directamente sobre los distintos saberes que demanda una enfermedad como la del VIH y los tratamientos correspondientes. Así, una motivación dirigida puede facilitar, con base en las consecuencias de estímulo que se le asocian, el aprendizaje de las competencias que son pertinentes para la enfermedad y los tratamientos. De ahí que resulte entendible por qué, en el primero de los grupos (20-29 años), la motivación surgió como predictora de las conductas de adhesión y, por consiguiente, llegó a interactuar con el desempeño competencial en el segundo de los grupos (30-39 años), que se mantuvo constante en el tercero y último de los grupos (40-49 años).

Se trata de un hallazgo que en cierto sentido ha sido reportado incluso a la luz del modelo de información-motivación-habilidades conductuales, con el cual en diferentes estudios se ha encontrado una relación parecida, es decir, entre

estas dos últimas variables y las conductas de adhesión (Amico et al., 2009; Peltzer, Friend-du, Ramlagan, & Anderson, 2010; Starace, Massa, Amico, & Fisher, 2006); en una dirección similar se encuentran estudios que se han justificado en modelos conductuales de manejo de contingencias de reforzamiento, principalmente (Haug & Sorenson, 2006; Rigsby et al., 2000).

Ahora bien, otro asunto que llama la atención en el presente estudio, es que con todo y que las variables de la historia más distal y mediata (situaciones vinculadas con estrés) evidenciaron que no facilitaron la aparición de reacciones de estrés en sus modalidades de impredecibilidad, ambigüedad e incertidumbre, ninguna de ellas se presentó como predictora de las conductas de adhesión. Pareciera, entonces, que la adhesión depende de si finalmente las personas con VIH reportan o no problemas, para justo adherirse al TAR, y de qué variables son determinantes.

Así, aun cuando se ha señalado que existe una buena razón para esperar que la relación entre un conjunto de variables sociodemográficas, psicológicas, sociales y clínicas se asocie con una pobre o una óptima adhesión (Nieves-Lugo & Toro-Alfonso, 2012; Tiyou, Belachew, Alenseged, & Biadgilign, 2010), lo que aquí se sostiene es que la edad, el género y la condición socioeconómica, entre otras, no debieran considerarse como variables predictoras directas, sino, en su defecto, como variables *modificadoras* de la operación de las variables psicológicas. Dicho de otra manera, aquellas no *regular* la operación de lo psicológico y de las conductas de adhesión; estas, en tanto resultado, si se atiende a la definición expuesta antes, son influenciadas por la operación de distintas variables de proceso o de estado, ambas definidas en términos psicológicos. Esto es necesario tenerlo en cuenta, pues, por ejemplo, en sendos estudios realizados recientemente (véanse Malow et al., 2013; McMahan et al., 2013), se encontró que la edad por sí sola no afecta la práctica de las conductas de adhesión, sino que lo hace interactuando

con una menor probabilidad de referir actitudes negativas hacia el tratamiento o con una menor carga viral, respectivamente. Luego, ya sea en el plano psicológico o en el biológico, los efectos de la edad no son directos, sino que modifican en una dirección u otra a estas otras variables, lo cual se confirma aquí.

En ese tenor, el CAPASITS debería impulsar estudios, de preferencia longitudinales, a efecto de identificar cómo, por qué y en qué circunstancias operan las diferentes variables psicológicas, con especial énfasis en la forma en que influyen en los procesos de ajuste que demanda una enfermedad crónica en los planos personal y social, así como sobre la práctica de las conductas de adhesión al TAR (Grossman & Gordon, 2010; Siegel & Lekas, 2002). Se mencionan estudios longitudinales, pues si la edad se entiende como una variable continua en el tiempo, habría que evaluar sistemáticamente si el simple paso del tiempo es condición necesaria y suficiente para que se practiquen o no las conductas de adhesión, o si eventualmente la edad va “marcando”, por utilizar una expresión coloquial, un camino diferenciado para el conjunto de variables psicológicas de proceso o estado, sobre todo de las primeras, a saber: las situaciones vinculadas con estrés, los motivos y el desempeño competencial.

Ciertamente, al menos en el contexto del CAPASITS, en tanto no se dispone de muestras representativas de adolescentes con VIH expuestos a tratamiento antirretroviral, se torna difícil conducir estudios que permitan ir “rastreando” la interacción entre la variable edad y la forma como las diferentes variables del modelo van ejerciendo su influencia a lo largo del continuo de interacción. Constituye esta una limitación importante que es necesario tener en cuenta con el objeto de darle mayor certeza y certidumbre a lo aquí expuesto, tanto en lo teórico como en lo empírico.

Siendo México un país donde los costos que derivan del uso de los medicamentos antirretrovirales alcanzan hasta el 90% del total destinado

al problema del VIH/sida (Bautista-Arredondo, Dmytraczenko, Kombe, & Bertozzi, 2008), de lo que sí hay convencimiento al día de hoy es de que se torna necesario contar con propuestas alternativas a las que ofrecen las disciplinas biomédicas. Esto último comporta, claro está, una “lógica” diferente de cómo se ha venido trabajando con relación al VIH en nuestro país. Tal y como se ha sugerido recientemente (Piña, 2012), para ese propósito se requiere definir de manera precisa y puntual las competencias profesionales de los especialistas biomédicos, de la enfermería, del trabajo social y de la psicología, en lo que ha de llamarse la *ruta crítica* en el continuo de enfermedad con relación a la infección por el VIH y al sida como tal: desde el momento (1) del diagnóstico de seropositividad al VIH, pasando por el momento (2) en el que se decide si se requiere iniciar o no con el tratamiento antirretroviral, para proseguir en otro momento (3) con el inicio del tratamiento, el control estricto y riguroso del caso tanto en lo clínico como en los ámbitos de lo psicológico y social, concluyendo con (4) el seguimiento interdisciplinario del caso.

No obstante lo antes expuesto, el presente estudio presenta tres limitaciones. Primera, que tratándose de una muestra de 67 personas con VIH que se encontraban recibiendo atención especializada en una institución de salud en la ciudad de Hermosillo, es imposible generalizar los resultados. Segunda, que llama la atención el nulo papel que jugaron las tres situaciones vinculadas con estrés sobre las conductas de adhesión, que pudiera deberse al hecho de que, en términos generales, se trabajó con un grupo de personas con una óptima adhesión. Tercera, que a diferencia de otros estudios en los que se ha trabajado con personas VIH+ con una óptima adhesión, o que son 100% adherentes, inequívocamente la interacción se ha presentado entre las variables motivos y ambos tipos de desempeño competencial; es decir, con excepción del segundo grupo (30-39 años), se encontró una

interacción entre los motivos y las competencias conductuales presentes. Es posible que ello se haya debido en parte a que, de acuerdo con el objetivo trazado en este estudio, la edad, en tanto variable modificadora, lo que hace es modular de manera diferencial a las variables psicológicas de proceso del modelo teórico; por consiguiente, se tendría que confirmar o refutar en posteriores estudios la hipótesis de si la edad opera de manera independiente de las variables psicológicas, o si en algún sentido facilita o interfiere con su potencial influencia sobre la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, será necesario emprender nuevos estudios en los que se considere una muestra más amplia de personas con VIH que también sean atendidas en otras instituciones, que se localizan tanto en Hermosillo como en Ciudad Obregón y Nogales, y en los que se analicen, junto con las situaciones vinculadas con estrés, motivos y competencias, las conocidas como conductas asociadas a la enfermedad—caso de la depresión— y a una variable exógena al modeló teórico: la del apoyo social.

REFERENCIAS

- Afolabi, M. O., Ijadunola, K. T., Fatusi, A. O., & Olasode, O. A. (2009). Determinants of adherence to antiretroviral drugs use among people living with HIV/AIDS in the Ife-Ijesa zone of Osun State, Nigeria. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 1(6), 6 pages. Recuperado el 12 de abril de 2013, de <http://www.phcfm.org>
- Alvis, O., de Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-Sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70, 266-272.
- Amico, K. R., Barta, W., Konkle-Parker, D. J., Fisher, J. D., Cornman, D. H., Shuper, P. A., et al. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of ART adherence in a deep south HIV+ clinic sample. *AIDS and Behavior*, 13, 66-75.
- Bautista-Arredondo, S., Dmytraczenko, T., Kombe, G., & Bertozzi, S. M. (2008). Costing of scaling up HIV/AIDS treatment in Mexico. *Salud Pública de México*, 50 (Suppl. 4), S437-S444.
- Bautista-Samperio, L. & García-Torres, M. I. (2011). Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Atención Familiar*, 18, 4-8.
- Bosworth, H. B. (2010). Medication adherence. En H. B. Bosworth (Ed.), *Improving patient treatment adherence* (pp. 69-95). Nueva York: Springer.
- Casotti, J. A., Mendes, A. A., Endlich, B. N., Queiroz, M. M., Tartaglia, R. S., & Motta, T. (2011). Factors associated with adherence to HAART in patient with HIV/AIDS. *Journal Brasileira de Doenças Sexuais Transmisíveis*, 23, 215-221.
- Cázares, O., Piña, J. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28, 85-98.
- De Fátima, P., Jorge, C., Comini, C., Braga, M. G., & Crosland, M. D. (2008). Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2603-2613.
- García-Cedillo, I., Alfaro-Castro, F., Rodríguez-Delgado, M. Sánchez-Armáas, O. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en Psicología*, 25, 37-55.
- Gardner, R. C. (2003). *Estadística para psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación.
- González, M. T. & Piña, J. A. (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10, 597-607.
- Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., & González-Lahoz, J. (1999). Socio-demographic and psychosocial variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Grossman, C. I. & Gordon, C. M. (2010). Mental health considerations in secondary HIV prevention. *AIDS and Behavior*, 14, 263-271.
- Harris, J., Pillinger, M., Fromstein, D., Gomez, B., Garris, I., Kanestky, P. A., et al. (2011). Risk factors for medication non-adherence in an HIV infected population in the Dominican Republic. *AIDS and Behavior*, 15, 1410-1415.
- Haug, N. A. & Sorensen, J. L. (2006). Contingency management interventions for HIV-related behaviors. *Current HIV/AIDS Reports*, 3, 144-149.
- Herrmann, S., McKinnon, E., John, M., Hyland, N., Martinez, O. P., Cain, A., et al. (2008). Evidence-based, multifactorial approach to addressing non-adherence to antiretroviral therapy and improving standards of care. *Internal Medicine Journal*, 38, 1-15.
- Kleeberger, C. A., Buechner, J., Palella, F., Detels, R., Riddler, S., Godfrey, R., et al. (2004). Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS*, 18, 683-688.
- Malow, R., Dévieux, J. G., Stein, J. A., Rosenberg, R., Jean-Gilles, M., Attonito, J., et al. (2013). Depression, substance use and other contextual predictors of adherence to antiretroviral therapy (ART) among Haitians. *AIDS and Behavior*, 17, 1221-1230.
- McMahon, J. H., Manoharan, A., Wanke, C. A., Mammen, S.,

- Jose, H., Malini, T., et al. (2013). Pharmacy and self-report adherence measures to predict virological outcomes for patients on free antiretroviral therapy in Tamil Nadu, India. *AIDS and Behavior, 17*(6), 2253-2259.
- Nakimuli-Mpunge, E., Nakasujja, N., Dickens, H., Mpungu, S., Katabira, E., Okello, E., et al. (2011). Effects of older age at initiation of antiretroviral therapy on patient retention in an urban ART program in Uganda. *Neurobehavioral HIV Medicine, 3*, 1-8.
- Nieves-Lugo, K. & Toro-Alfonso, J. (2012). Challenges to antiretroviral adherence: Health beliefs, social support and gender roles in non-adherent men living with HIV in Puerto Rico. En C.H. García, R. Ballester, & J.A. Piña (Eds.) *Chronic diseases and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries* (pp. 153-173). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Peltzer, K., Friend-du Preez, N., Ramlagan, S., & Anderson, J. (2010). Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health, 10*, 111.
- Peñarrieta, M. I., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A. M., Gonzales, N., Flores, F., et al. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH de Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26*, 333-337.
- Piña, J.A. (2011a). Desarrollo y personalidad: ¿teorías formales o categorías tipo interfase? *Psicología desde el Caribe, 28*, 216-230.
- Piña, J.A. (2011b). *Psicología y salud. Obstáculos y posibilidades de desarrollo en el siglo XXI*. Bogotá: PSICOM Editores.
- Piña, J.A. (2012). *Adhesión en personas con VIH: una visión crítica desde la psicología*. Madrid: Editorial Académica Española.
- 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 al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública, 19*, 217-228.
- Piña, J. A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J., Togawa, C., & Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23*, 377-383.
- Piña, J. A., García, C. H., Ybarra, J. L., & Fierros, L. E. (2012). Psychological and biological variables among HIV 100% adherent patients: A path analysis. En C. H. García, R. Ballester, & J. A. Piña (Eds.) *Chronic diseases and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries* (pp. 203-219). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Piña, J. A. & González, M. T. (2010). Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 1*, 185-206.
- Piña, J. A. & Rascón, R. A. (2012). Psychological variables and adherence behaviors among HIV+ patients: A gender-based analysis. *International Journal of Hispanic Psychology, 5*, 167-180.
- Piña, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas que viven con VIH/sida. *Universitas Psychologica, 6*, 399-407.
- Piña, J. A., Sánchez-Sosa, J. J., Fierros, L. E., Ybarra, J. L., & Cázares, O. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia Psicológica, 29*, 149-157.
- Piña, J. A., Valencia, M. A., Mungaray, K., & Corrales, A. E. (2006). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas VIH positivas. *Terapia Psicológica, 24*, 15-21.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamental, 13*, 37-52.
- Ribes, E. (2008). Educación básica, desarrollo psicológico y planeación de competencias. *Revista Mexicana de Psicología, 25*, 193-207.
- Ribes, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología, 26*, 145-161.
- Rosas, M. A. & González, M. T. (2012). Social support and motives: Their influence on treatment adherence and biomarkers among HIV patients from Michoacán, México. *International Journal of Hispanic Psychology, 5*, 151-165.
- Rigsby, M. O., Rosen, M. I., Beauvais, J. E., Cramer, J. A., Rainey, P. M., O'Malley, S. S., et al. (2000). Cue-dose training with monetary reinforcement. *Journal of General Internal Medicine, 15*, 841-847.
- Sánchez-Sosa, J. J., Cázares, O., Piña, J. A., & Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental, 32*, 389-397.
- Sánchez-Sosa, J. J., Fierros, L. E., Cázares, O., & Piña, J. A. (2011). Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral. En J. L. Ybarra, J. J. Sánchez-Sosa, & J. A. Piña (Eds.) *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica* (pp. 137-154). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno.
- Sánchez-Sosa, J. J., Piña, J. A., & Corrales, A. E. (2008). Interacción entre la edad y variables psicológicas: su influencia sobre los comportamientos de adhesión en personas seropositivas al VIH. En J. A. Piña & J. J. Sánchez-Sosa (Coords.) *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH* (pp. 125-140). México: Universidad de Sonora/Plaza y Valdés.
- Sánchez-Sosa, J. J., Ybarra, J. A., & Piña, J. A. (2012). A psychological model for adherence behaviors among HIV-positive persons: Research and perspectives. *International Journal of Hispanic Psychology, 5*, 135-149.
- Shumba, C., Atuhaire, L., Imakit, R., Atukunda, R., & Memiah, P. (2013). Missed doses and missed appointments adherence to ART among adults patients in Uganda. ISRN AIDS: article ID 270914, 7 pages. Recuperado el 13 de abril de 2013, de: <http://www.dx.doi.org/10.1155/2013/270914>
- Siegel, K. & Lekas, H-M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS, 16* (Suppl. 4), S69-S76.

- Starace, F., Massa, A., Amico, K. R., & Fisher, J. D. (2006). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information-motivation-behavioral skills model. *Health Psychology, 25*, 153-162.
- Sterrantino, G., Santoro, L., Bartolozzi, D., Trotta, M., & Zaccarelli, M. (2012). Self-reported adherence supports patients preference for the single tablet regimen (STR) in the current cART era. *Patient Preference and Adherence, 6*, 427-433.
- Tiyou, A., Belachew, T., Alenseged, F., & Biadgilign, S. (2010). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting of Southwest Ethiopia. *AIDS Research and Therapy, 7*, 39.

Recibido el 26 de noviembre de 2012

Revisión final 9 de mayo de 2013

Aceptado el 13 de mayo de 2013