



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DOCTORADO EN PSICOLOGIA Y SALUD

**APRECIACIÓN COGNITIVA DEL VIH/SIDA: SU RELACIÓN CON EL ESTADO AFECTIVO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**MARÍA JOSÉ NOGUEDA OROZCO**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:**

TUTORA PRINCIPAL: DRA. REBECA ROBLES GARCÍA- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

TUTOR ADJUNTO: DR. JUAN GERARDO SIERRA MADERO- INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN

TUTOR EXTERNO: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA- FACULTAD DE PSICOLOGÍA

JURADO A: DR. ARIEL VITE SIERRA- FACULTAD DE PSICOLOGÍA

JURADO B: DRA. ANA FRESÁN ORELLANA- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

**MÉXICO, D.F. ENERO 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	1
Dedicatoria.....	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT .....	4
Introducción .....	5
Capítulo 1. La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	7
1.1 Definición y clasificación.....	7
1.2 Epidemiología mundial y en México .....	11
1.3 Diagnóstico y Tratamiento Antirretroviral .....	12
1.4 Adherencia al tratamiento antirretroviral .....	14
1.4.1 Definición y factores involucrados en la adherencia terapéutica .....	14
1.4.2 Evaluación de la adherencia terapéutica.....	24
Capítulo 2. Factores psicológicos involucrados en el VIH/SIDA.....	33
2.1 Estrés y VIH/SIDA .....	35
2.1.1 Modelo Transaccional del Estrés .....	37
2.1.2 Apreciación Cognitiva: la evaluación primaria y secundaria del estresor.....	41
2.1.3 Evaluación de la Apreciación Cognitiva en Salud .....	46
2.1.4 Apreciación cognitiva y VIH .....	49
2.1 Estado afectivo: definición y evaluación .....	55
2.2.1 Definición de Estado Afectivo .....	58
2.2.2 Evaluación del Estado Afectivo .....	60
2.2.3 Depresión y Ansiedad.....	61
Capítulo 3. Tratamiento cognitivo conductual para personas que viven con VIH/SIDA .....	67
3.1 Terapia Psicológica Adyuvante .....	68
3.1.1 Antecedentes y Objetivos.....	68
3.1.2 Características de la Terapia Psicológica Adyuvante.....	69
3.1.2 Estructura de la Terapia Psicológica Adyuvante .....	71
3.1.4 Efectividad de la Terapia Psicológica Adyuvante.....	75
3.2 Adaptación de la Terapia Psicológica Adyuvante para VIH/SIDA .....	78

Planteamiento del problema .....	80
Justificación .....	81
Preguntas de investigación .....	83
Hipótesis de trabajo: .....	83
Fase I. Modelo de apreciación cognitiva en VIH .....	85
Objetivos .....	85
Objetivos generales .....	85
Objetivos específicos .....	85
Diseño y tipo de estudio .....	85
Método .....	86
Participantes.....	86
Variables del estudio.....	86
Instrumentos.....	87
Tamaño y tipo de muestra .....	88
Procedimiento .....	89
Análisis estadístico.....	89
Resultados.....	90
Fase II. Prueba experimental de las relaciones teóricas de apreciación cognitiva en VIH .....	102
Objetivos .....	102
Objetivo general.....	102
Objetivos específicos .....	102
Diseño y tipo de estudio .....	102
Tamaño y tipo de muestra .....	102
Método .....	103
Participantes.....	103
Instrumentos.....	104
Variables del estudio.....	105
Procedimiento .....	105
Análisis estadístico.....	107
Resultados.....	107
Discusión .....	117

Conclusiones generales .....	129
Limitaciones y sugerencias.....	130
Referencias .....	132
Anexos .....	170
Anexo 1 Ficha de Identificación y variables clínicas.....	170
Anexo 2 Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS).....	171
Anexo 3 Escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA para población mexicana (EAC-VIH).....	172
Anexo 4 Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT-VIH) © Eduardo Remor .....	173
Anexo 5 Carta de Consentimiento Informado.....	176
Anexo 6 ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA APRECIACIÓN COGNITIVA, EL ESTADO AFECTIVO Y LA ADHERENCIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.....	183
Anexo 7 Ejemplo de registro semanal de adherencia .....	186

***“Una mente negativa nunca podrá darte una vida positiva”***

***Anónimo***

## **Agradecimientos**

*Quisiera expresar un especial agradecimiento a mi tutora principal de tesis, la Dra. Rebeca Robles García que fue más que una tutora, que con su gran calidez humana, palabras de motivación y conocimiento hicieron que este recorrido fuera una experiencia de mucho aprendizaje, tanto académico como personal.*

*Mi tutor, el Dr. Juan Sierra Madero, que sin él este proyecto no hubiera sido posible. Gracias por la confianza depositada en mí, y por permitirme ser parte de la Clínica de VIH y permitir que Medicina Conductual tuviera un lugar más, sin duda una de las experiencias más enriquecedoras para mí como profesionalista.*

*Mi tutor externo, Juan José Sánchez Sosa, por haber aceptado guiarme a través de su sabiduría en esta aventura de la investigación.*

*La Dra. Ana Fresán por todos los conocimientos compartidos y por ese “feeling” que logra siempre transmitir.*

*Al Dr. Ariel Vite, que estuvo presente en todo momento, se convirtió en un importante guía para este estudio.*

*Mi gratitud a mis “hermanas de doctorado” Vania y Suhail, amigas gracias, porque juntas formamos un gran equipo, juntas lloramos pero también juntas nos levantamos y reímos.*

*Y por supuesto, a cada uno de mis pacientes por brindarme su confianza, quiero decirles que este trabajo también se debe a ustedes.*

## **Dedicatoria**

*A mi familia y a mi esposo Hugo, por su apoyo y amor incondicional. Gracias por ser mi motor de motivación constante.*



# APRECIACIÓN COGNITIVA DEL VIH/SIDA: SU RELACIÓN CON EL ESTADO AFECTIVO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

## RESUMEN

En congruencia con el modelo transaccional del estrés, la apreciación cognitiva del VIH/SIDA puede tener un papel mediador entre el estado afectivo y la adherencia terapéutica. En esta dirección, el presente estudio estuvo constituido por dos fases. Ambas se llevaron a cabo con pacientes de la clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, que aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado correspondiente. El diseño de la primera fase fue transversal, correlacional, con una muestra de 180 pacientes, para validar la Escala de Apreciación Cognitiva del VIH en población mexicana y examinar las interrelaciones entre las variables por medio de un modelo de trayectorias que comprobó el peso de la apreciación cognitiva de amenaza sobre el afecto negativo y una menor adherencia terapéutica. La segunda fase consistió en diseñar y probar una intervención cognitivo-conductual dirigida a la modificación de la apreciación cognitiva. El diseño fue A-B, N=1 con 5 réplicas. Los resultados analizados mediante prueba de rangos de Friedman muestran un cambio clínico significativo posterior a la intervención en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión y afecto negativo y aumento en los niveles de adherencia terapéutica. La apreciación cognitiva de amenaza tuvo un decremento y se incrementó la apreciación de desafío. Para todos los casos, el seguimiento a los tres meses mostró estabilidad en los datos. Se puede concluir que la intervención en apreciación cognitiva resulta útil en la promoción de la adaptación a la infección por VIH.

Palabras clave: *apreciación cognitiva, VIH, afecto, adherencia*

# COGNITIVE APPRAISAL OF HIV/AIDS: THE ASSOCIATION WITH AFFECT AND ADHERENCE

## ABSTRACT

Consistent with the transactional model of stress, cognitive appraisal of HIV/AIDS can have a mediating role between affective state and adherence. In this direction, this study consisted of two phases. Both were conducted with patients of the HIV clinic at the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán, who voluntarily agreed to participate and signed an informed consent. First phase design was a cross-sectional and correlational study. The Cognitive Appraisal Scale was validated for Mexican population with a sample of N = 180 patients. Relationships between variables were examined using a path analysis model. The paths assessed the weight of cognitive appraisal of threat on negative affect and less level of adherence. The second phase was to design and test a cognitive behavioral intervention aimed to modify cognitive appraisal. The design was A-B, N=1 with 5 replicates. The results analyzed by Friedman rank test showed a significant clinical change post-intervention in reducing levels of anxiety and depression, less negative affect and increased levels of adherence. Cognitive assessment of threat had decreased and increased appreciation of challenge. In all cases, follow-up three months before showed maintenance of data. We conclude that this intervention in cognitive appraisal is useful in promoting adaptation to HIV infection.

Keywords: *cognitive appraisal, HIV, affect, adherence*

## Introducción

La apreciación cognitiva del VIH/SIDA puede tener un papel mediador entre el estado afectivo y la adherencia terapéutica. Las apreciaciones no son estáticas van cambiando con el tiempo en función del grado de amenaza percibida por el individuo sobre el estresor. Su rol es motivar las decisiones y conductas de autocuidado.

A partir de esta premisa surge el presente estudio que tiene como objetivo explorar la relación entre la apreciación cognitiva del VIH como evento estresor y el estado emocional o afectivo del paciente y su nivel de adherencia terapéutica.

En el primer capítulo se abordan las generalidades de la infección por VIH y se dedica gran parte de este apartado a la definición y evaluación de la adherencia terapéutica. En el capítulo 2 se hace una revisión de los factores psicosociales asociados con el VIH, como lo son el estrés desde el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman y el estado afectivo. El capítulo 3 aborda la investigación que se ha hecho sobre el beneficio de las intervenciones cognitivo conductuales en la adaptación psicológica a la enfermedad del VIH/SIDA.

Esta investigación consta de dos fases. En la primera de ellas se llevó a cabo la traducción y el estudio de las propiedades psicométricas de la escala de Apreciación Cognitiva, herramienta principal para su evaluación. Al tener una

medida confiable del constructo y a la par de los datos arrojados por otros cuestionarios como el Cuestionario de Adhesión Terapéutica y la Escala de Afecto Positivo y Negativo, se desarrolló el modelo de trayectorias para probar la relación entre variables.

En la segunda fase del estudio se comprueban de forma empírica las relaciones establecidas en el modelo por medio del diseño y aplicación de una intervención cognitivo conductual dirigida a la modificación de la apreciación cognitiva. Esta intervención se caracterizó por ser de tipo individual, breve, y por llevar un esquema de tratamiento que tiene la posibilidad de ser adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

En los últimos apartados se discuten los hallazgos y se arrojan las principales conclusiones. Por último se describen las limitaciones del estudio y se hacen sugerencias para futuras investigaciones relacionadas.

# **Capítulo 1. La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

## **1.1 Definición y clasificación**

En 1981 Gottlieb et al., describieron los primeros casos de lo que pareciera una infección que más tarde se denominaría Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En 1983, se logró aislar e identificar el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el agente causal del SIDA (Jaffee, Bregmna, Selik, 1983; MMWR, 1983).

El VIH tiene una compleja patogenia y una gran diversidad genética, pertenece a la familia de los retrovirus citopáticos o lentivirus. Actúa provocando una afectación del sistema inmunitario (Gatell y Zamora, 1994). Predominantemente, es transmitido a través de contacto sexual, exposición parenteral con productos sanguíneos contaminados, uso de drogas intravenosas y accidentes ocupacionales, como los pinchazos con jeringas; además de la transmisión perinatal, pudiendo ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia materna.

El ciclo vital del VIH comienza como virión infectante (ARN) y termina como provirus (ADN). Estas etapas permiten la integración del virus en el genoma huésped y se pueden tener periodos prolongados donde la persona no presenta síntomas (latencia), a pesar de una viremia persistente. Las células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglía y células

dendríticas residentes en mucosas que son los encargados de la regulación de la respuesta inmune (Markham et al., 1985; Gallo y Montagnier, 1988).

Se han logrado identificar dos serotipos del virus: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más extendido en el mundo. El VIH-2 se identificó en 1986 en África Occidental. En el continente americano se han descrito casos aislados en Canadá, Estados Unidos y Brasil (Camacho, 2000). Ambos serotipos atacan al sistema inmunológico pero difieren en su configuración genética e historia natural. Ya que en México predomina el VIH-1. En este trabajo se referirá simplemente con la connotación VIH.

En la infección aguda por VIH la persona puede presentar fatiga crónica, debilidad muscular, fiebre y diarrea crónica. La duración de estos síntomas puede manifestarse en seguida de la adquisición de la infección y persistir por varias semanas, durante ese tiempo el sistema inmune tiene una respuesta inicial. Esto lo suele experimentar el 70% de las personas infectadas por VIH. Otra parte no presenta síntomas durante los primeros 5 años o más, lo cual no descarta que durante ese tiempo se pueda transmitir el virus a otras personas (National Institute of Health, 2009).

En la progresión de la enfermedad, el sistema inmune se ve comprometido y las células de defensa CD4+ disminuyen y el paciente es propenso a padecer alguna infección oportunista como tuberculosis, neumonía, herpes, retinitis por citomegalovirus, candida, entre otras. Incluso pueden desarrollar algún tipo de cáncer o linfoma (National Institute of Health, 2009).

Un buen sistema de clasificación clínica permite diferenciar las etapas de la infección por VIH y facilitará el cuidado de los pacientes con guías de seguimiento y tratamiento apropiados. Se han propuesto diferentes sistemas de clasificación, como el del CDC/OMS de 1986, la de 1990 (CDC, 1986, 1990) y basado en las manifestaciones clínicas de la infección por VIH; la clasificación del Instituto *Walter Reed* de Estados Unidos (Redfield, Wright y Tramont, 1986) y las clasificaciones del Center of Disease Control (CDC por sus siglas en inglés) en 1993, que tienen en cuenta elementos clínicos y marcadores de progresión, fundamentalmente el conteo total de linfocitos CD4+.

La clasificación vigente de la infección por el VIH es la formulada por la CDC en 2008. Se trata de un sistema clínico-inmunológico por el que la infección se clasifica en función de su eventual sintomatología y del recuento de linfocitos CD4+ (tabla 1).

**Tabla 1. Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición del SIDA para adultos y adolescentes mayores de 13 años (CDC, 2008).**

<b>Estadio</b>	<b>Evidencia por laboratorio</b>	<b>Evidencia clínica</b>
Estadio 1	Prueba confirmatoria de VIH y CD4 >500 cels/mm <sup>3</sup> (≥29 %)	Sin evento definitorio de SIDA
Estadio 2	Prueba confirmatoria de VIH y CD4 200- 499 cels/mm <sup>3</sup> (14-28%)	Sin evento definitorio de SIDA
Estadio 3	Prueba confirmatoria de CD4 <200 cels/mm <sup>3</sup> (<14%)	Evento definitorio de SIDA
Estadio desconocido	Prueba confirmatoria de VIH y no información de CD4	Sin información de la presencia de evento definitorio de SIDA

El estadio clínico 1 incluye a individuos con primoinfección y asintomáticos. El estadio 2 engloba a pacientes que presenten o hayan presentado síntomas debidos a enfermedades no pertenecientes al estadio 3, pero relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo y tratamiento suelen verse complicados debido a la presencia de esta última. En la categoría clínica 3 se integran aquellos pacientes que presentan o han presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA de 1987 más otras tres nuevas que se añadieron con posterioridad y que fueron aceptadas también por la OMS (tabla 2).

**Tabla 2. Situaciones clínicas diagnósticas de SIDA en el adulto (CDC 1993)**

---

1.	Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2.	Candidiasis esofágica.
3.	Carcinoma invasor de cérvix.
4.	Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
5.	Criptococosis extrapulmonar.
6.	Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes.
7.	Infección por citomegalovirus, de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de edad superior a 1 mes.
8.	Retinitis por citomegalovirus.
9.	Encefalopatía por VIH.
10.	Infección por virus del herpes simple que curse una úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución
11.	Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
12.	Isosporidiasis crónica (>1 mes).
13.	Sarcoma de Kaposi.
14.	Linfoma de Burkitt o equivalente.
15.	Linfoma inmunoblástico o equivalente.
16.	Linfoma cerebral primario.
17.	Infección por <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> diseminada o extrapulmonar.
18.	Tuberculosis pulmonar.
19.	Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
20.	Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.
21.	Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> .
22.	Neumonía bacteriana recurrente.
23.	Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24.	Sepsis recurrente por especies de <i>Salmonella</i> diferentes de <i>Salmonella typhi</i> .
25.	Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de 1 mes de edad.
26.	Síndrome de desgaste

---



Este sistema de clasificación es citado en numerosos trabajos y posee una indiscutible importancia histórica. Sin embargo, ha recibido críticas basadas en que determinados grupos étnicos poseen habitualmente un número menor de linfocitos CD4+ para un mismo nivel de inmunocompetencia (Ramalingam et al, 2001) y en que proporciona una visión con frecuencia muy alejada de la situación real de los pacientes, ya que una vez incluidos en una categoría determinada permanecen en la misma aunque, por efecto del tratamiento antirretroviral mejoren inmunológica y clínicamente. Este carácter "irreversible" del sistema de clasificación resultaba lógico en el momento en el que fue diseñado, cuando no existían posibilidades terapéuticas eficaces.

## **1.2 Epidemiología mundial y en México**

Se calcula que existen 34.2 millones de adultos y niños que viven con VIH en el mundo (ONUSIDA, 2010); aproximadamente dos tercios de estos casos se encuentran en África Subsahariana (OMS, 2009). Desde los inicios de la epidemia, más de 18 millones de personas han muerto por enfermedades relacionadas a SIDA. Ocho millones de personas reciben terapia antirretroviral en países de bajos y medianos recursos (ONUSIDA, 2010).

Con respecto a México el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA calculó que 220 mil personas vivían con VIH en territorio mexicano (Censida, 2010). Dos años antes, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2010) informó que alrededor de 200 mil personas

[150 mil-310 mil] seropositivos vivían en México. De esta población únicamente el 34% reciben tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2010).

El grupo con más infecciones nuevas cada año es el de hombres que tienen sexo con hombres (ONUSIDA, 2010). Actualmente, el VIH-SIDA es considerado un serio problema de salud pública para gran parte de los países del mundo y en México. Este país, en el 2008, se ubicó en lugar número siete como causa de mortalidad en personas en edad productiva, es decir en personas cuyas edades oscilan entre los 15 y 64 años de edad (SINAIS, 2010).

### **1.3 Diagnóstico y Tratamiento Antirretroviral**

El VIH/SIDA se diagnostica mediante una muestra de sangre la cual es analizada para detectar la presencia de anticuerpos del VIH. Los anticuerpos son proteínas producidas por las células del sistema inmunitario encargadas de combatir virus, bacterias y parásitos. En el caso del VIH se producen antígenos específicos.

Una prueba de detección es la técnica ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*), cuenta con una sensibilidad y fiabilidad alta, aunque no del cien por ciento. En caso que el resultado sea positivo, el diagnóstico debe confirmarse mediante una segunda prueba con la técnica “Western Blot”. Esta prueba observa la reacción de los anticuerpos frente a proteínas estructurales independientes del VIH (Sargadharan, DeVico, Brunch, Schüpbach y Gallo, 1984). Cuando el resultado de la segunda prueba es positivo, el diagnóstico de VIH se confirma.

Un componente fundamental del manejo de la infección por VIH es el tratamiento antirretroviral de alta actividad (TARAA) cuya meta es lograr la supresión de la carga viral a niveles indetectables – por debajo de las 50 copias/ml de plasma – y la recuperación inmunológica – que se traduce en el aumento en los niveles de células T CD4+ (Hogg et al, 1997; Moore y Chaisson, 1999). El TARAA, consistente en un esquema de por los menos tres medicamentos ARV, comenzó a generalizarse como el tratamiento de elección para las personas con infección por VIH a partir de la segunda mitad de la década de los años noventa. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su reporte del 2010 sobre la pandemia del SIDA, calculó que de las 15 millones de personas que requieren tratamiento ARV, sólo 5.2 millones tienen acceso al mismo. A pesar de ello, el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral creció 19 veces del 2004 al 2009 y, en parte como consecuencia de ello, en el mismo periodo hubo un descenso en la mortalidad del 19% en personas con infección por VIH.

Las guías actuales de tratamiento antirretroviral (Thompson et al., 2012) recomiendan la utilización de un esquema que incluya dos medicamentos de la familia de los Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de los Nucleósidos (ITRAN), tales como tenofovir y emtricitabina, más un medicamento de la familia de los Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Análogos de los Nucleósidos (ITRNN) como efavirenz o un medicamento de la familia de los Inhibidores de la Proteasa reforzado, atazanavir más ritonavir. Sin embargo, este esquema debe individualizarse de acuerdo con las características de cada paciente por ejemplo, ciertos medicamentos de primera elección pueden estar

contraindicados en algunos pacientes, como el caso del efavirenz en mujeres embarazadas y en pacientes con riesgo de comorbilidades psiquiátricas ya que influye directamente en el sistema nervioso. Las guías de tratamiento son sólo lineamientos generales que no eximen de la tarea de analizar cada caso particular con el fin de lograr la meta que define al TARAA.

## **1.4 Adherencia al tratamiento antirretroviral**

### **1.4.1 Definición y factores involucrados en la adherencia terapéutica**

La importancia de alcanzar una carga viral indetectable e incremento de los linfocitos CD4 como meta terapéutica ha sido extensamente enfatizada en diversas publicaciones (Hunt y Deeks, 2006; Bae, Guyer, Grimm y Altice, 2011).

La supresión virológica máxima es un factor fundamental para lograr la recuperación inmune y la reducción en la incidencia de infecciones oportunistas y progresión de la enfermedad hacia la muerte (Lima et al., 2009). Al limitar la replicación viral con el TARAA se reducen las posibilidades del surgimiento de mutaciones de resistencia. Las cepas virales con mutaciones de resistencia a los medicamentos antirretrovirales no solamente pueden comprometer la eficacia del tratamiento sino que también pueden ser transmitidas a otras personas.

El riesgo de transmisión horizontal de cepas resistentes queda reducido cuando el paciente recibe un esquema antirretroviral adecuado. Además de estas ventajas del TARAA, se ha propuesto la supresión virológica completa como una estrategia de prevención para la transmisión del VIH ya que individuos que están indetectables tienen menor capacidad de transmitir el VIH (Smit, Hallet, Lange,

Garnett y De Wolf, 2008; Cates, 2011). Sin embargo, este impacto se ve comprometido por diversos factores, el principal es la falta de adherencia al tratamiento (Soto Blanco, Pérez y March, 2005).

La mayor parte de las definiciones en adherencia se han centrado en el apego a la medicación, en cambio la adherencia terapéutica es más amplia. Abarca comportamientos relacionados con la salud como conductas o cambios que debe realizar el paciente para poder tener un tratamiento exitoso, tales como conseguir el medicamento prescrito, tomarlo adecuadamente, cumplir con un esquema de vacunación, asistir a consultas de seguimiento, modificar comportamientos como dejar de fumar, evitar comportamientos sexuales de riesgo y establecer un estilo de vida saludable como realizar actividad física y llevar una alimentación balanceada.

En la literatura existen varias definiciones de adherencia, las cuales se muestran en la tabla 3.

En ocasiones se utiliza el término cumplimiento o *compliance*. A diferencia, la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto a las indicaciones médicas (Organización Panamericana de Salud, 2004), con lo que este adopta un rol activo en su propia atención.

**Tabla 3. Definiciones de Adherencia**

<b>Autores</b>	<b>Definición</b>
Organización Mundial de la Salud, Sabate, 2001	El grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.
Sackett, 1976	Grado con el cual el comportamiento del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir una dieta o practicar cambios en los estilos de vida, coincide con la prescripción médica.
DiMatteo y DiNicola, 1982	Implicación activa y voluntaria del paciente en el curso del comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.
Meichenbaum y Turk, 1987	Grado en que una conducta coincide con la indicación médica o de la salud.
Piña y Sánchez-Sosa, 2007	Frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud práctica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias de que dispone, una diversidad de comportamientos que le permitan cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud.

Como puede observarse, las definiciones anteriores son similares, sin embargo incluyen terminología distinta.

Englobando las definiciones y para el propósito de esta tesis, el término adherencia terapéutica denota el grado y frecuencia en que las conductas que sean necesarias para el éxito del tratamiento antirretroviral, específicamente la toma de medicamentos, asistir a consultas médicas, recoger medicamentos, tener conocimiento sobre el tratamiento, sean llevadas a cabo en un 100 por ciento y coincidan con la prescripción médica.

Lograr una adherencia adecuada al tratamiento antirretroviral es un gran reto. En VIH/SIDA se ha demostrado que una adherencia menor al 95% de las tomas o tomas intermitentes implica una mayor probabilidad de crear cepas virales resistentes y a largo plazo, la falla virológica (Press, Tyndall, Wood, Hogg y Montaner, 2002; Crum et al., 2006). Paterson et al. (2000) reportó que los pacientes con 95% de adherencia se presentaban con menor frecuencia a hospitalización y experimentaban menos enfermedades oportunistas y/o muerte.

La OMS (2009) estima que un tercio de los pacientes fallan o no cumplen con una adecuada adherencia. Otros autores estiman que aproximadamente un 55 a 77% de los pacientes no se apega lo suficiente a su tratamiento (Rigsby et al., 2000; Spire et al.; 2002) Lo anterior se puede deber a que es un tratamiento a largo plazo y de por vida, lo cual reta al paciente a un autocontrol que no es fácil de adquirir, se vuelve complejo y a su vez depende de varios factores.

Estos factores pueden agruparse en aquellos relacionados con el tratamiento, aquellos que dependen de la relación médico-paciente y aquellos relacionados con el paciente (Goujard, 2003). Sánchez-Sosa (2000) describe detalladamente estos factores; para dar un panorama más amplio al respecto se suman aportaciones de otros autores al respecto:

*Factores macrológicos:* Aspectos sociales como el nivel de pobreza, acceso a los medicamentos, nivel educativo bajo, una distribución geográfica desigual de los centros de atención médica y aspectos culturales que pueden modular las conductas sociales (Sánchez-Sosa y Poldrugo, 2001).

*Factores relacionados con el equipo de salud:* falta de conocimiento sobre adherencia en los prestadores de salud, lugares sobresaturados de pacientes lo cual impide dedicar mucho tiempo al paciente, falta de información y entrenamiento en estrategias para mejorar la adherencia en personal de salud, actitudes negativas durante la atención.

*Factores relacionados al paciente:* poco o nulo conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, creencias erróneas sobre el la enfermedad y su tratamiento, desconfianza en la eficacia del tratamiento o hacia el sistema de salud, bajo nivel en la autopercepción de la capacidad de cumplir con las indicaciones, pocas o nulas redes de apoyo que faciliten la adaptación a la enfermedad. Otros como olvidos frecuentes, síntomas depresivos y abuso de alcohol y/o drogas.

*Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento:* al recibir el diagnóstico se pueden derivar estados emocionales no agradables, existe la posibilidad de traslaparse con otros desórdenes psiquiátricos de base y/o lidiar con cargas sociales y discriminación. Los regímenes de antirretrovirales son descritos como los más rigurosos, demandantes e “imperdonables” de todos los tratamientos orales que existen (Rabkin y Chesney, 1999).

Otras factores asociados a los antirretrovirales son los efectos secundarios a corto plazo (fatiga, náuseas, vómito, diarrea, cefaleas, sueños vívidos, entre otros), y a largo plazo (incremento de triglicéridos, lipodistrofia, neuropatías, etc.)



el número de pastillas y más de una toma al día, si hay que dejar un intervalo entre toma y toma, las condiciones de almacenaje de los medicamentos, por ejemplo en refrigeración o a temperatura ambiente, y si éstos van acompañados o no de alimentos (Rabkin y Chesney, 1999; Cicconi et al., 2010; Sullivan et al., 2007). Para complicarlo aún más, un buen número de pacientes debe tomar medicamentos profilácticos o para controlar síntomas de los mismos efectos adversos de los antirretrovirales (Cohen, Hellinger y Norris, 2000). A pesar de los esfuerzos por simplificar los regímenes combinados, de todos modos se requiere de un esfuerzo considerable por parte del paciente para cumplirlos adecuadamente.

Estos factores están asociados a mecanismos conductuales (todo lo que el paciente hace y dice), cognitivos (ideas, creencias y conceptos) y emocionales (reacciones fisiológicas y psicológicas) (Sánchez Sosa, 2002).

Otras variables psicológicas vinculadas al comportamiento de adhesión son los mencionados en el modelo de Piña y Sánchez Sosa (2007) - estilos ante el estrés y las competencias. Los seis estilos son: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, tendencia al riesgo, impulsividad/no-impulsividad y reducción de conflicto; y las competencias las definen como “diversidad de comportamientos que tienen como objetivo cumplir o satisfacer determinado criterio” (Piña y Sánchez Sosa, 2007, p.404). En el caso de VIH implicaría tener información acerca de la enfermedad y su tratamiento, conocimientos sobre los medicamentos y su consumo, etcétera.

En cuanto a la variable de afrontamiento, se sabe que, en los pacientes que se orientan al problema (vs. a la emoción) tienden a tener mejor adherencia (Singh et al.; 1999). Así también, los que perciben mayor apoyo social y mayor satisfacción percibida del apoyo (Gonzalez et al., 2004).

Tomando en cuenta lo anterior, la conducta humana puede exponerse al cambio y ser modulada para establecer hábitos y estilos de vida dirigidos a lograr una adecuada adherencia a largo plazo.

Una enfermedad crónica como lo es el VIH, confronta al paciente con situaciones constantes que demandan adaptación. La cantidad de retos que afrontan coloca a los pacientes en riesgo de estresarse fácilmente y experimentar emociones como ansiedad o depresión. En este sentido, la adaptación a tratamientos de por vida, puede significar cambios en la forma en que pensamos y sentimos acerca de la enfermedad y el tratamiento. Así mismo, las cogniciones son elementos fundamentales que contribuyen a la adherencia (Sánchez-Sosa, 2002; Wagner et al., 2011). Pueden tener efecto de dos formas, cuando las cogniciones afectan las conductas; y cuando las cogniciones y creencias regulan las emociones.

Otros factores que se han asociado a fallas en la adherencia son la adicción a drogas (Halkitis, Kutnick y Slater, 2005), el abuso de alcohol (Azar, Springer, Meyer y Altice, 2010), un nivel socioeconómico bajo (Arnsten, Li y Mizuno, 2007), el estigma (Li et al., 2011; Van Tam, Pharris, Thorson, Alfven y Larsson, 2011), ciertos desordenes neurocognitivos (Anand, Springer, Copenhaver y Altice, 2010)

y la presencia de trastornos psiquiátricos (Himmelhoch, Moore, Treisman y Gebo, 2004; Tegger et al., 2008).

En cuanto al consumo de drogas y comorbilidad psiquiátrica, en España por ejemplo la incidencia de enfermedad psiquiátrica es mucho más elevada que en población general (22.9% vs 0.4%) y se ha demostrado que es un factor de riesgo para fallas en la adherencia terapéutica (Kindelán, Del amo, Martín, Saiz de la Hoya, Pulido, Laguna, 2002).

Además, los pacientes con VIH pueden presentar coinfecciones por Hepatitis B o C por el uso concomitante de drogas intravenosas. Esta problemática psicosocial aunada a que el tratamiento farmacológico puede incluir más medicamentos incide en la disminución de la adherencia al tratamiento antirretroviral (Paterson, Swindels, Mohr, Brester, Vergis, Squier et al., 2000).

Así mismo, la depresión ha sido descrita como un obstáculo a la adherencia terapéutica en VIH (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, y McAuliffe, 2000; Remor, 2002a; Knobel, Escobar, Polo, Ortega, Marín-Conde, Springer, Dushaj y Azar, 2012)

En el meta-análisis de González, Batchelder, Psaros y Safren (2011) se analizó la relación entre depresión y la no-adherencia. De 95 muestras independientes, la depresión (como trastorno y como sintomatología) fue asociada con la no adherencia (OR 0.19, 95% IC: 0.14-0.25).

El trabajo de Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares (2008) presenta resultados apoyando lo anterior en población mexicana. En su estudio con 64 participantes, encontraron que la combinación de niveles intermedios de estrés vinculado con la tolerancia a la ambigüedad y niveles bajos de depresión se asoció de manera importante con la adherencia al tratamiento.

Ante tales problemas, no se descarta que haya una repercusión importante sobre la calidad de vida y bienestar social de las personas que viven con VIH (Schneiderman, Antoni, Saab, Ironson, 2001). Atender los aspectos psicológicos en los pacientes con VIH-SIDA también incluye explorar los factores protectores como el apoyo social y la percepción de control. En un estudio español (Estéves-Casellas, 2000), que evaluó variables psicosociales asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH y bajo TARV, se concluye que la disponibilidad de apoyo social es una variable que influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento.

Weaver et al., (2005) probaron un modelo de ecuaciones estructurales en donde incorporaron la edad, el tiempo desde el diagnóstico, apoyo social, afrontamiento y estado afectivo negativo como predictores de adherencia y de carga viral en 188 hombres y 134 mujeres bajo HAART. Los resultados indicaron que el estado afectivo negativo y, un bajo apoyo social están relacionados con estrategias evitativas y éstas a su vez a una pobre adherencia y cargas virales más altas.

El estudio SUN (Kyser et al., 2011) que cuenta con fuertes características metodológicas, es multicéntrico, longitudinal prospectivo de cohorte, con una muestra de 528 pacientes bajo HAART identificó por medio de regresiones logísticas los factores de riesgo para la inadecuada adherencia, reportada como haber perdido una o más dosis en los últimos tres días. Encontraron que el 16% era no adherente, y los factores independientemente asociados fueron pertenecer a raza negra (OR 2.08, 95% IC: 1.20-3.60), no tener empleo (OR 2.03, 95% IC: 1.14-3.61), haber sido diagnosticado con VIH hace 5 años o más (OR 1.95, 95% IC: 1.18-3.24), tomar 3 o más bebidas alcohólicas al día (OR 1.73, 95% IC:1.002-2.91) y no realizar alguna actividad física en los últimos 30 días (OR 2.13, 95% IC:1.25-3.57).

Un estudio que comparó la adherencia a los antirretrovirales entre población indígena e inmigrantes que viven con VIH en los Países Bajos, encontró que niveles altos de estigma asociado a VIH y el haber tenido falla virológica previa eran factores asociados a bajo apego al tratamiento. La presencia de síntomas depresivos estaba asociada con cargas virales detectables (Sumari-de Boer, Sprangers, Prins y Nieuwkerk, 2012).

Los estudios anteriores nos dan una pauta de que factores se deben identificar en los pacientes como situaciones de riesgo para no cumplir con la adherencia y de ser posibles modificarlos por medio de intervenciones para mejorar la adherencia y la respuesta virológica.

Es por esto que se han recomendado intervenciones psicosociales y conductuales para favorecer la adherencia de los pacientes a la TARAA, algunas de las cuales han sido evaluadas en forma insuficiente (Pradier 2003). Estas intervenciones han incluido una serie de componentes que en algunos estudios han demostrado ser eficaces en el incremento del porcentaje de pacientes con adherencia óptima (Fairley 2003); estas se explicaran a detalle más adelante en este texto.

#### **1.4.2 Evaluación de la adherencia terapéutica**

La evaluación del comportamiento de adherencia terapéutica es necesaria para corroborar el éxito del tratamiento y planear intervenciones cuando se detectan niveles de adherencia inadecuada. En toda enfermedad crónica su medición es importante para observar el involucramiento de los pacientes con su tratamiento, pero no existe un “estándar de oro” para evaluarla (Organización Panamericana de la Salud, 2004); por el contrario, se han empleado múltiples estrategias por lo que en VIH/SIDA es necesario definir los parámetros para evaluar los comportamientos de adherencia.

Un enfoque de medición es el subjetivo, cuando se le solicita al paciente que evalúe su adherencia o cuando el médico evalúa la adherencia haciendo preguntas al paciente. El autoreporte es el método más práctico, de bajo costo, fácil y flexible, sin embargo no permite identificar que tan certero está siendo el paciente (Grossberg, Zhang y Gross, 2004; Berg, Michelson y Safren, 2007; Chalker et al., 2010). Una estrategia sugerida es que el médico pregunte la última

vez que olvidó una toma de medicamento (Mannheimer et al.; 2002). Otra estrategia es observar el “*pickup*” de medicamentos, es decir si el paciente asiste cada mes o en el tiempo indicado por el médico a recoger sus medicamentos a su centro de salud y/o el recuento de medicamento sobrante (Gross, Zhang y Grossberg, 2005).

Recientemente se ha incluido el uso de dispositivos electrónicos para monitoreo de adherencia (sistema de monitoreo del episodio de medicación, o MEMS, por sus siglas en inglés), son botes que registran la fecha y la hora cuando se abren y por ende se sugiere que es el momento en que el paciente toma su medicamento (Hugen et al., 2002; Walsh, Mandalia y Gazzard, 2002). Sin embargo las guías clínicas no recomiendan el uso de los MEMS con fines clínicos fuera de estudios protocolizados, ya que puede ser costoso, cansado o incompatible con algunas estrategias para elevar la adherencia (Thompson et al., 2012).

Un estudio comparando el autoreporte, el conteo de pastillas sin avisar y el uso de botes electrónicos de monitoreo (MEMS) encontraron que la mediana de adherencia era del 89%, 73% y 67% respectivamente (Bangsberg et al., 2000), confirmando que el autoreporte puede subestimar el número de dosis perdidas, por lo que se requiere complementarlo con la medición de marcadores biológicos como carga viral y CD4 para corroborar el nivel de adherencia (Simoni, et al., 2006).

La Guía Clínica del AIDS Care Panel (Thompson et al., 2012) hace hincapié en el valor predictivo del autoreporte de adherencia con la carga viral. El autoreporte se menciona como una recomendación IIA (alto y fuerte) según la evidencia. Es una estrategia de fácil implementación siempre y cuando se pregunte por tomas específicas o intervalos de tiempo cortos, por ejemplo, en la última semana o menos y para mediciones globales de adherencia puede ser en el mes previo.

Independientemente del método de medición, la adherencia es un factor que varía con el tiempo y por lo tanto debe ser evaluada repetidamente. Una medida sencilla y dinámica de adherencia predice el fracaso para mantener la supresión del VIH.

Existen múltiples cuestionarios de autoreporte, uno de los más utilizados a nivel internacional y repetidamente validado en escenarios hospitalarios es el cuestionario del *Adults Aids Clinical Trials Group* (AACTG, Chesney et al.; 2000), que interroga entre otras cosas si en los últimos 4 días el paciente ha olvidado o fallado en alguna toma e incluye un cuestionario basal y uno de seguimiento. En México ya ha sido validado por Pérez-Patrigeon, Franco-San, Soto-Ramírez, Villasis-Keever, y Sierra-Madero (2004).

Para estudios psicológicos se considera que se necesita un cuestionario de autoreporte que incluya otras dimensiones y en este caso el más apropiado puede ser el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida (CEAT-VIH) diseñado por Remor



(2002b). Ha sido validado en múltiples países incluyendo Brasil, Colombia, Perú, Portugal, España y México (Remor, 2008). Abarca las siguientes dimensiones:

- i. Cumplimiento del tratamiento: adherencia en la última semana, adherencia general desde que inicio el tratamiento, adherencia al horario de las tomas, valoración del paciente de su grado de adherencia, recuerdo del nombre de los antirretrovirales.
- ii. Factores moduladores de la adherencia al tratamiento:
  - a. Antecedentes de la falta de adherencia: frecuencia con la que el sentirse mejor precede a la omisión de la medicación, frecuencia con la que el sentirse peor tras la ingesta de los fármacos se relaciona con la falta de adhesión, frecuencia con la tristeza o la depresión preceden a la falta de adherencia.
  - b. Interacción médico-paciente: esfuerzo por parte del médico del cumplimiento terapéutico del paciente y la valoración del sujeto sobre la calidad de la relación con su médico.
  - c. Creencias del paciente relativas a: el esfuerzo que implica el cumplimiento terapéutico, valoración del tiempo que implica el cumplimiento, dificultad percibida para seguir el tratamiento, expectativas de autoeficacia en la toma de los fármacos y expectativas de resultado en la relación con la toma de los fármacos.
  - d. Valoración de la intensidad de los efectos secundarios asociados a la toma de fármacos.
  - e. Valoración del grado de información sobre la medicación.

- f. Grado de satisfacción con la toma de la medicación.
- g. Percepción de mejora de la salud desde el inicio del tratamiento.
- h. Utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos.

Este es el cuestionario que se utiliza en la presente investigación, ya que a lo largo de sus validaciones ha demostrado adecuados niveles de confiabilidad y validez, buena predicción de la carga viral detectable, se ponen a prueba variables psicológicas que no se incluyen en otros instrumentos, con solo 20 ítems es rápido y fácil de contestar y arroja el nivel de adherencia global y específica.

#### **1.4.1 Intervenciones psicológicas para promover la adherencia terapéutica**

La importancia clínica de la adherencia terapéutica ha llamado la atención de la investigación psicológica y ha sido un objetivo de intervención y a la vez un reto. La más utilizada ha sido la psicoterapia con enfoque cognitivo-conductual incluyendo, la psicoeducación, terapia de soporte individual y de grupo. El enfoque es el que cuenta con mayor evidencia de efectividad (Côte, Godin, García, Gagnos y Rouleau, 2008).

Chesney y su equipo (2002) encontraron que la psicoeducación es un elemento crucial en las intervenciones de adherencia. Los pacientes que no tenían clara la relación entre el olvido de dosis y el desarrollo de resistencia a los antirretrovirales eran más propensos a presentar una mala adherencia. Así mismo, identificaron que los pacientes con educación limitada y analfabetas presentaban

mayores confusiones en cuanto a la toma adecuada de dosis y se les dificultaba llevar un registro de su adherencia.

La psicoeducación puede ser proporcionada ya sea por el médico especialista, la trabajadora social o por psicólogos. La información debe incluir la naturaleza del VIH, el tratamiento y sus efectos secundarios, indicaciones orales y escritas que contengan el nombre del medicamento y la hora en la que debe ingerirse, la eficacia del tratamiento, las consecuencias de fallas y olvidos en las tomas. Lo más indicado es que estas estrategias se implementen en los pacientes antes de que comiencen su régimen (Wainberg y Cournos, 2000).

Las estrategias educativas por si solas no son suficientes para todos los pacientes (Nezu, Nezu y Geller, 2003). Lo más apropiado es la implementación de programas multimodales y multidisciplinarios.

Algunas estrategias conductuales incluyen el uso de recordatorios como, pastilleros, alarmas, listas de chequeo diarias, calendarios, etc.). El entrenamiento en autocontrol y solución de problemas facilitan la integración de la toma de antirretrovirales en la vida cotidiana. Catz, et al. (2000) sugiere que las intervenciones para adherencia deben incluir el fortalecimiento de redes de apoyo social. No obstante, cada intervención debe tomar en cuenta las necesidades específicas del paciente y hacerse “a la medida” (Rabkin y Chesney, 1999).

En un meta-análisis de 19 ensayos controlados aleatorizados con adultos viviendo con VIH donde se evaluó la eficacia de las intervenciones conductuales para mejorar la adherencia, concluyeron que los pacientes en el brazo de intervención comparados con los que no la recibían eran más propensos a

alcanzar más rápido niveles de adherencia por iguales o por arriba del 95% (OR 1.50, IC 95%: 1.16-1.94) y de alcanzar cargas virales indetectables (OR 1.25, IC 95%: 0.99-1.59) (Simoni, Pearson, Pantalone, Marks, y Crepaz., 2006).

Por otra parte, el meta-análisis de Simoni et al., 2006 identificó los componentes específicos de las intervenciones más exitosas que se relacionaban con el aumento de la adherencia; éstos incluían información didáctica sobre antirretrovirales, modificación de cogniciones, motivación y discusiones sobre las expectativas de la eficacia del tratamiento. El tiempo bajo antirretrovirales y la formación de la persona que implementaba la intervención no se asociaron significativamente con los resultados.

Otro meta-análisis es el de Amico, Harman y Blair (2006) en este se revisaron 25 intervenciones dirigidas a la mejora de la adherencia, encontraron que los estudios que incluían pacientes con conocimiento de problemas de adherencia previos tuvieron un tamaño del efecto moderado, mientras que las intervenciones que se dirigían a pacientes en general tuvieron un menor tamaño del efecto. La conclusión de este estudio remarca la que la mejora en la adherencia no declinaba con el paso del tiempo.

Ickovics y Meade (2002) y Tuldra y Wu (2002) hacen una revisión del estado de arte sobre la adherencia a antirretrovirales y como recomendaciones principales para las intervenciones sugieren que se incluyan aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y sociales. Los primeros autores hacen hincapié en la importancia del vínculo de las ciencias médicas con las ciencias conductuales. Así mismo el AIDS Care Panel en su más reciente guía clínica (Thompson, et al.

2012) recomiendan que la consejería en adherencia debe incluir tamizaje, manejo y tratamiento de desórdenes mentales como la depresión, con una evidencia tipo IIA (alta y fuerte). Basan sus conclusiones en una revisión exhaustiva de las intervenciones realizadas para adherencia en VIH, donde destacan los ensayos controlados aleatorizados de terapia cognitivo-conductual en el brazo experimental (Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; Safren et al., 2009; Weiss et al., 2011).

Una de las intervenciones cognitivo-conductuales más renombradas en VIH para adherencia es la de Safren (1999, 2001) y que puede aplicarse a todas las enfermedades médicas y psicológicas es *Life Steps Program* o Programa de Pasos Vitales, está basada en los modelos de *Creencia de Salud* (Health Belief Model) y de *auto eficacia* (Self Efficacy Model).

En términos generales la intervención se compone de:

- a) Psicoeducación, para incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento
- b) Modificación Cognitiva, para maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo
- c) Modificación Conductual, para identificar y cambiar las conductas que mantienen el problema identificado
- d) Solución de problemas
- e) Práctica.

La intervención puede hacerse en una sola sesión lo cual trae muchas ventajas sobre poblaciones en ámbitos hospitalarios donde el tiempo en ocasiones es limitado. El autor sugiere que la intervención la de alguien con entrenamiento en el tema como un psicólogo o trabajador social.

La intervención tiene 11 pasos: 1) Introducción y psicoeducación, 2) asistencia a citas, 3) comunicación con el médico, 4) manejo de efectos adversos, 5) obtención de medicamentos, 6) horario concreto de toma y dosis de antirretrovirales, 7) almacenamiento de medicamentos, 8) recordatorios, 9) imaginería guiada, 10) manejo de olvidos y 11) repaso.

Es deseable que en una fase subsecuente de esta intervención se incluyan estrategias para prevención de recaídas, como las llamadas telefónicas para recordatorio o las sesiones de seguimiento.

Finalmente, en un estudio de costo-beneficio en Estados Unidos se ha demostrado que las intervenciones psicológicas dirigidas a la promoción de la adherencia que cuestan alrededor de 500 dólares al mes reducen las fallas en el tratamiento en un 25%, presentan un beneficio de aproximadamente 50.000 dólares americanos ajustado por calidad de años vida (QALY) (Goldie et al., 2003). Siendo una gran ventaja que motiva a su aplicación en las clínicas dedicadas a la atención de personas que viven con VIH.

## **Capítulo 2. Factores psicológicos involucrados en el VIH/SIDA**

El VIH no sólo es un problema orgánico, también tiene un grave impacto emocional en las personas que viven con VIH, sus familias y su entorno social. Es necesario subrayar que desde el punto de vista de la medicina conductual (Schwartz y Weiss, 1977), los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos han mostrado su importancia para el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de las enfermedades.

Empíricamente se ha observado que las personas, desde el momento que han sido informados de su resultado positivo al VIH hasta y a lo largo de la enfermedad, en mayor o menor grado presentan algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variable (Bogart et al., 2001; Jin et al., 2006). Algunos autores (García-Huete, 1993; Remor y Ulla, 2002) mencionan que entre las consecuencias asociadas a este diagnóstico se encuentran una serie de reacciones psicológicas y sociales como la pérdida de la autoestima, sentimientos de alienación y aislamiento, incluso pérdida de la pareja, desempleo, cambios en la imagen corporal y percepción de pérdida del control en sus vidas.

El paciente comúnmente pasa por alguna o todas las siguientes etapas al recibir el diagnóstico (Miller y Bellack, 1993):

- a. Se centra en mantener el secreto del diagnóstico y se asocia a sentimientos de pena y estigma.
- b. Se caracteriza por una idea de desesperanza usualmente, acompañada de depresión.
- c. Al percibir el diagnóstico y tratamiento como amenazantes, se centra en la evitación, que involucra negación consciente o inconsciente del diagnóstico y evitación del tratamiento.
- d. A partir de un mejor conocimiento, disminuye la resistencia y ocurre la aceptación del diagnóstico e inicio del tratamiento.

El conocer estas etapas facilita la atención psicológica del paciente para poder orientarlo de acuerdo a sus necesidades. Además son etapas emocionales y cognitivas que suelen ser predictivas del tiempo de búsqueda de atención médica y una futura adherencia terapéutica.

Por otro lado, las personas que viven con VIH experimentan una amplia gama de estresores, en ocasiones relacionados o no con la enfermedad (Gore-Felton y Koopman, 2002; Roberts, Ciesla, Dierenferld y Hewitt, 2001). Del mismo modo, el estrés entre las personas con VIH puede impactar en su calidad de vida (Weaver, et al., 2005), predecir síntomas depresivos (Wagner, et al., 2011), influenciar la progresión de la enfermedad y pobres conductas de adhesión y mortalidad (Mayne, et al., 1996; Leserman, et al., 2002, Simoni, et al., 2006, Ironson et al., 2005).



A continuación se identificarán las fuentes de estrés más frecuentes personas que viven con VIH.

## **2.1 Estrés y VIH/SIDA**

Después del diagnóstico que es un momento sumamente crítico en el paciente donde se debaten ideas sobre muerte y desesperanza. Los individuos pueden experimentar una mezcla de shock, negación, culpa y miedo. La revelación de la enfermedad a otros es otra de sus preocupaciones (Wohl et al., 2011), el momento de inicio del tratamiento puede acarrear miedo y preocupación por efectos adversos del medicamento y por ser tratamientos indefinidos (Kremer, Ironson, Schneiderman y Hautzinger, 2006; Horne, Buick, Fisher, Leake, Coope y Weihman, 2004).

Estudios prospectivos como el de Rabkin et al., 1991, reportan que el estrés emocional suele ser más intenso durante los primeros meses de la infección por VIH y que los síntomas depresivos y ansiosos suelen disminuir en los siguientes meses, cuando se espera que el paciente se vaya adaptando a la enfermedad.

Cuando el paciente se encuentra en fase asintomática del VIH puede provocar incertidumbre si en el futuro próximo o lejano su estado de salud se deteriore y que presente alguna incapacidad. Los signos y síntomas de la progresión de la enfermedad y el potencial de llegar a SIDA a menudo conducen a más ansiedad y depresión (Nezu, Nezu y Geller, 2003)

Independientemente del estadio de la enfermedad, otros factores de estrés comúnmente experimentados por las personas que viven con VIH incluyen el desafío de acceder a centros de salud donde reciban atención médica especializada, cubrir los costos de la atención y viáticos, disminución de redes de apoyo ya sea por rechazo debido al estigma asociado al VIH y en ocasiones experimentar el duelo asociado a la pérdida de sus seres queridos a causa del SIDA (Kalichman y Catz, 2000).

Aunque muchos de los desafíos que experimentan los pacientes hoy en día son similares a los experimentados antes de la introducción del TARAA, una serie de nuevas problemáticas surgen cuando el VIH se convierte en una enfermedad crónica. Por ejemplo, los pacientes deben comprometerse con una adherencia estricta y por tiempo indefinido, lo que muchas veces se suma a la preocupación por mantener un estado de salud física favorable, iniciar relaciones de pareja, llevar conductas sexuales protegidas, tener hábitos de vida saludables, conseguir un trabajo y ser independientes (Bogart et al., 2001; Rabkin y Ferrando, 1997). En ocasiones estos estresores crónicos son más fuertes que el diagnóstico en sí mismo; pues los pacientes pueden estar lidiando con pensamientos fatalistas sobre el futuro que incrementan su vulnerabilidad a desórdenes emocionales que ameriten tanto de atención psiquiátrica y psicológica.

Una vez que se identificaron los estresores más comunes es preciso revisar las formas en que las personas con VIH/SIDA se enfrentan al estrés y como es que esto influye en el proceso de adaptación a su actual condición. En general, se

dispone de evidencia suficiente para afirmar que el estrés afecta tanto física como emocionalmente al individuo. Existen diversas definiciones de estrés (y de los mecanismos por los cuales se produce e impacta al individuo), para fines de la presente investigación se utilizará la adoptada en el modelo transaccional del estrés formulado por Lazarus y Folkman (1984).

### **2.1.1 Modelo Transaccional del Estrés**

Lazarus y Folkman son los autores del Modelo Transaccional del Estrés donde se enfatiza el papel del afrontamiento y la adaptación como proceso psicológico. Para estos autores, el estrés psicológico es una “relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1984). Es decir, esta teoría sugiere que el impacto del estresor en la vida del paciente depende de la evaluación que se haga del estresor y el estilo de afrontamiento que despliega ante mismo, más que del estresor como tal.

Este modelo explica una dinámica de interacción entre la persona y su entorno, en donde el individuo presenta estrés solo si éste evalúa su entorno como algo que desequilibra su bienestar. Así, este modelo se basa en la premisa de que el ajuste a un estresor (como una enfermedad) es determinado por la interacción de tres componentes:

1. Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso (acontecimiento estresante o estresor)

2. El acontecimiento es "interpretado" como peligroso, perjudicial o amenazante. el sujeto lo percibe y valora como tal, independientemente de sus características objetivas.
3. Una activación del organismo, como respuesta ante la amenaza (por ejemplo, elevación del ritmo cardíaco o sudoración).

El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) sugiere que el afrontamiento modera el impacto que los eventos negativos tienen en el comportamiento, salud y bienestar. Este tiene dos mecanismos principales:

- a) La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. También influencia en la percepción del individuo si se puede hacer algo en respuesta a la demanda. La interpretación es la respuesta inicial del estrés.
- b) Afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-entorno que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera.

Lazarus y Folkman (1986), tienen una definición más precisa. Definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Más adelante Folkman y Moskowitz (2004) definen afrontamiento como los pensamientos y comportamientos que los individuos utilizan para lidiar

con las demandas internas y externas de la situación que se está apreciando como estresante.

Para Lazarus y Smith (1988), el afrontamiento puede ser dirigido a la emoción o dirigido al problema. Ninguno es mejor que otro, sólo uno puede ser más adecuado para una situación o momento que otro y un equilibrio en ambos se vuelve necesario para la adaptación. Algunos estudios demuestran cómo ciertas estrategias pueden ser desadaptativas en el área de la salud para algunas enfermedades y para otras no (Folkman y Moskowitz, 2004) Por ejemplo, en VIH los individuos que tienden a la evitación y negación son más propensos a tener peores desenlaces clínicos, ya que se necesita que el paciente tenga alto control sobre su enfermedad. En cambio, en enfermedades como el dolor crónico, si los pacientes reducen su atención al malestar, tienden a mejores resultados (Ickovics y Chesney, 1997; Katz, et al., 1996).

El afrontamiento dirigido al problema busca modificar la situación que está estresando al individuo en cambio en el afrontamiento dirigido a la emoción, el individuo busca regular las emociones que la situación da a lugar. Estas estrategias se distribuyen en: distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape-avoidance, planificación de la solución y reevaluación positiva (Folkman, 1997).

Finalmente, el afrontamiento al estrés puede ser definido concretamente como acciones cognitivas o conductuales del individuo ante una situación

estresante perturbadora, las cuales pueden ser adecuadas o inadecuadas para su integridad.

Los recursos de afrontamiento se pueden clasificar en personales y sociales. Los recursos personales son características individuales que se utilizan en una estrategia de afrontamiento, tales como: cognitivos, emocionales, espirituales y físicos. Los recursos sociales son los apoyos colectivos que se utilizan para afrontar una situación estresante, es decir, redes de soporte social y financieros. Se pensaría así que las personas con más recursos personales y sociales tienen mayor probabilidad de manejar las situaciones estresantes de manera más eficiente.

Investigaciones extensas han utilizado este marco teórico para examinar la relación entre el afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas o poblaciones que han sufrido *distrés*. La evidencia creciente apoya la utilidad del estrés y afrontamiento del modelo de Lazarus y Folkman (1984) para explicar el proceso de ajuste en el VIH/SIDA (Reed, et al., 1994; Anderson, 2000; Penedo et al., 2001; Siegel y Schrimshaw, 2005; Weaver et al., 2005, Rodríguez, Carrobles y Remor, 2003; Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez, y Otalvaro, 2009; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008; Pakenham, 2005).

Específicamente, estos trabajos hacen hincapié en como el impacto de los eventos estresores de la vida o la no adaptación al VIH provocan malestar emocional y pueden repercutir en la adhesión terapéutica, y que ésta a su vez depende del estilo de afrontamiento del individuo.

El estudio del afrontamiento es un buen método para examinar las diferentes respuestas al estrés debido a enfermedades, pues tal como señalan Lazarus y Folkman (1984), el otro mecanismo de la reacción ante el evento, la apreciación cognitiva de la situación, no siempre es consciente o accesible. Sin embargo, de acuerdo a este modelo, el afrontamiento que despliegue el individuo es resultado de su apreciación cognitiva del evento, por lo que deben dirigirse esfuerzos para su evaluación y modificación.

De esta manera se estarían abordando la totalidad de los componentes del modelo transaccional del estrés; a diferencia de los estudios anteriores, se tomarían en cuenta los procesos cognitivos mediadores entre el estímulo y la reacción. A este proceso de mediación o apreciación cognitiva se dedicará el siguiente apartado.

### **2.1.2 Apreciación Cognitiva: la evaluación primaria y secundaria del estresor**

*“Para diferentes mentes, el mismo mundo es un infierno y un paraíso.”*

*Ralp Waldo Emerson*

Lazarus y Folkman (1984, 1987) clasificaron la apreciación cognitiva en primaria y secundaria. Estos dos tipos de apreciación tienen influencia sobre el afrontamiento. Los términos *primaria* y *secundaria* se utilizan para distinguir conceptualmente el proceso, pero no reflejan la importancia de uno sobre otro. Los

dos tipos de apreciación son relativamente independientes y ocurren casi de manera simultánea.

La evaluación primaria es cuando la persona juzga el significado de un estresor con respecto a su bienestar. Como resultado de esta evaluación, el evento lo puede evaluar como irrelevante - es decir, no altera su bienestar, benigno - cuando conserva o mejora su bienestar, o estresante - cuando si altera su bienestar y se produce el estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

La valoración como estresante aporta el significado de:

- a. Daño/Pérdida: El individuo percibe algún perjuicio a su estado físico, estima propia o social.
- b. Amenaza: Cuando se perciben daños o pérdidas que no han ocurrido todavía, pero que se prevén como posibles o inminentes. Las cuales podrán superar los recursos del individuo para afrontarlo.
- c. Desafío: Cuando se percibe el evento como potencialmente superable si se movilizan las fuerzas necesarias para ello.

Según Craig y Lazarus (1990) dos componentes importantes que nos dan indicio sobre el tipo de apreciación cognitiva primaria que se elija están ligados al aspecto motivacional, son la relevancia y la congruencia del evento con las metas y preocupaciones propias del individuo. En otras palabras, qué tanto ese evento es inconsistente con los objetivos de vida de la persona influenciará si se aprecia como estresante o no.



En la apreciación secundaria la persona evalúa sus recursos y opciones de afrontamiento frente al estresor (Folkman, 1984). Este proceso es crucial ya que el resultado depende en si existe la percepción de que se puede hacer algo para evitar, remediar o aminorar el estresor, piensa en sus opciones y decide cuál es la mejor para llevarla a cabo (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Las opciones que se evalúan pueden ser alterar la situación, aceptarla, buscar información, retirarse o huir del estresor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986). También existen cuatro componentes de la apreciación secundaria (Craig y Smith, 1990): la responsabilidad del individuo sobre el evento, potencial de afrontamiento orientado al problema o a la emoción y las expectativas a futuro del individuo.

La apreciación cognitiva primaria está asociada con el impacto de una noticia, como lo es recibir un diagnóstico el cual puede desatar diferentes respuestas psicológicas, como negación, miedo, ansiedad, resentimiento o incluso enojo (Samson y Siam, 2008). Estas reacciones serían comunes en alguien que percibe el diagnóstico como algo que no podrá superar, debido a una apreciación de pérdida. Con el tiempo, estas reacciones tienden a disminuir en intensidad. Gradualmente, el diagnóstico se vuelve parte de la vida del paciente, lo puede ver ahora como un reto, el cual provoca emociones más funcionales y así se activa la apreciación secundaria donde se movilizan los esfuerzos adaptativos lo que resulta en un cambio de la apreciación cognitiva primaria. Por lo que se concluye que la apreciación y el afrontamiento tienen una relación bidireccional.

Smith y Kirby (2000) crearon un modelo de apreciación cognitiva basados en el de Lazarus y Folkman (1984) donde identifican dos procesos cognitivos que provocan las apreciaciones. Uno es el proceso asociativo, en donde se activan las memorias primarias y recuerdos y que ocurren de forma muy rápida y automática; por otro lado, está el proceso de razonamiento el cual es más controlado, más flexible y más lento en donde el significado que se le otorga al evento es producto de la atención que se le dio y la información recibida. Este último proceso cognitivo es extremadamente importante, ya que permite que el individuo analice su situación y la “re-aprecie” (Lazarus, 1991), obteniendo una respuesta emocional más adaptativa.

Pensando más adelante en una intervención la modificación de la apreciación cognitiva, la finalidad sería que el paciente utilice el proceso de razonamiento, para evitar dejarse llevar por recuerdos o situaciones asociadas con el evento y que lo evalúe de forma más reflexiva y con información que le permitan regular sus emociones y optar por conductas funcionales.

La apreciación cognitiva no es un proceso estático, al contrario es cambiante, transversal y depende de la situación personal de cada individuo. En el estudio de Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986) se dieron a la tarea de evaluar la estabilidad en el tiempo de la apreciación cognitiva y el afrontamiento y si éstos están relacionados con síntomas somáticos y psicológicos. Confirmaron que el afrontamiento es más estable en el tiempo que la apreciación cognitiva. Sin embargo, concluyeron que la apreciación cognitiva está más relacionada al estado

interno del individuo que a su contexto. Lo cual es de interés ya que nos indica que la apreciación cognitiva tiene cierto grado de estabilidad y que además es susceptible de cambio, ya que al modificar las creencias del paciente sin modificar el contexto, de todos modos tendremos un efecto positivo en la apreciación cognitiva. Otro resultado fue que los individuos que se percibían con mayor capacidad o maestría para afrontar el estresor, también se percibían con un mejor estado de salud. También encontraron correlaciones significativas entre los procesos de afrontamiento y apreciación con la presencia de síntomas físicos. La percepción de maestría para afrontar el estresor y la confianza en sí mismo fueron los de más alta correlación con síntomas psicológicos favorables.

Su característica de ser modificable puede deberse a cambios que el individuo presente con su entorno, que presente conductas de autocuidado, cambio en los valores o significados culturales, cambios en la personalidad, cuando se obtiene más información acerca de la naturaleza del suceso cuando se modifican o se abandonan algunas creencias y cuando se reestructuran las metas y proyectos personales. Lo anterior es relevante para fines clínicos ya que en la consulta psicológica se le pueden proporcionar al paciente información y herramientas para la modificación de creencias que a su vez modifiquen el estilo de apreciación cognitiva que le esté provocando disfuncionalidad.

Finalmente, en estudios recientes se ha demostrado que el afrontamiento y la conductas que alteran la apreciación cognitiva y por la tanto las emociones, mejoran a largo plazo los desenlaces clínicos. En el meta-análisis de Denson,

Spahovic y Miller, 2009 analizaron 66 artículos en los que se manipulaba estrés y emociones y que contaban con mediciones posteriores de cortisol y respuestas inmunes. Los estudios se categorizaron en: emociones básicas, rumiaciones y preocupaciones, amenaza social y estado afectivo global. Encontraron una relación positiva y directa entre estos aspectos. En cualquier ámbito de salud esto es relevante para el tratamiento de los pacientes por la respuesta fisiológica que pueden producir las emociones y el afrontamiento a los eventos.

### **2.1.3 Evaluación de la Apreciación Cognitiva en Salud**

Entender como los individuos aprecian o evalúan el evento estresor se vuelve de importancia si el individuo está presentando alteraciones en su estado físico o adaptación a la enfermedad.

El estudio de apreciación cognitiva en salud es reciente, sin embargo, uno de los instrumentos que se han utilizado más ampliamente es el *Ways of Coping Checklist* (Folkman, 1984) con una subescala de 15 reactivos de apreciación cognitiva.

El interés por la apreciación cognitiva y su relación con la salud ha ido en aumento, y por lo mismo se han diseñado nuevos instrumentos de medición específicos para cada población o padecimiento.

Kessler (1998) fue de las primeras autoras que estudió la relación de la apreciación cognitiva con eventos de salud. Realizó un instrumento de auto reporte con 29 reactivos que evalúa ambas apreciaciones (*Cognitive Appraisal of*

*Health Scale*, CAHS). En la evaluación primaria, incluyó las dimensiones de amenaza, reto, pérdida/daño e irrelevante/benigno e incluye estrategias de afrontamiento como *oportunidad de cambio*, *no hacer nada al respecto*, *necesito saber más*, *tengo que aceptarlo*. Las respuestas son tipo Likert de con 5 opciones, que van desde *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*. Fue validado en una muestra de 201 mujeres con cáncer de mama y la consistencia interna fue arriba de .70 para cada subescala.

Otros instrumentos de apreciación cognitiva en diferentes poblaciones se enlistan en la tabla 4.

Específicamente en VIH/SIDA, el único instrumento que existe en la literatura hasta este momento es el de Pakenham y Rinaldis (2002), llamado *HIV/AIDS Stress Scale*. El cual fue construido justamente con base en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) y a los estresores específicos que puede vivir cualquier persona con VIH/SIDA (Pakenham et al., 1996). Consta de las siguientes subescalas: lista de problemáticas, estrés en cuidadores de VIH, apoyo social, apreciación cognitiva, estrategias de afrontamiento, estado subjetivo de salud y síntomas físicos asociados al VIH.

Para fines del presente estudio se utilizó la subescala de apreciación cognitiva que evalúa tres tipos de apreciación: amenaza, desafío y control. Para la apreciación de amenaza son 6 reactivos con 0.65 de confiabilidad, desafío tiene 3 reactivos con 0.76 de confiabilidad y la apreciación de control tiene 2 reactivos y 0.82 de confiabilidad. Las opciones de respuesta son en escala Likert de 7 puntos

y van desde *nada a mucho daño*. Los resultados de su análisis factorial explican el 68% de la varianza (Pakenham y Rinaldis 2002).

**Tabla 4. Instrumentos de Apreciación Cognitiva y Salud**

<b>Autores</b>	<b>Nombre</b>	<b>Población</b>	<b>Características</b>
Johnson, Bakas, y Lyon, 2008	Appraisal of Health Scale (AHS)	4 pacientes en entrevista y 235 pacientes con accidente cerebrovascular (en publicación)	25 ítems, opciones de respuesta escala Likert 5 puntos (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), subescalas: amenaza, benigno y beneficio, confiabilidad 0.92
Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2008	Cognitive Appraisal Inventory for Chronic Pain Patients (CAI)	224 pacientes con dolor crónico musculoesquelético.	31 reactivos, opciones de respuesta SI/NO, 3 subescalas: pérdida/daño, amenaza y reto, confiabilidad > 0.80.
Ahmad, 2005	Cognitive Appraisal of Health in Prostate Cancer	133 pacientes con cancer de próstata	Evaluaron del CAHS de Kessler (1998), confiabilidad > 0.70.
Stanton, Tennen, Affleck y Mendola, 1991	Cognitive Appraisal of Infertility	76 mujeres y 54 hombres con problemas de infertilidad	3 subescalas: amenaza, reto o control. Confiabilidad 0.88.

Existen preguntas alrededor de la apreciación cognitiva que se deben tomar en cuenta en su medición (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986): la causalidad del evento, la temporalidad- es algo que se terminará pronto o es por tiempo indefinido, tiene influencia sobre aspectos psicológicos, sociales, financieros, económicos, sobre el autoestima y/o ejerce alguna preocupación por el bienestar de un ser querido. Estos aspectos a su vez están incluidos en el instrumento citado anteriormente de Pakenham y Rinaldis (2002) el cual se utilizará en la presente investigación.

#### **2.1.4 Apreciación cognitiva y VIH**

La revisión de literatura sobre apreciación cognitiva ha demostrado que la apreciación cognitiva del diagnóstico es un determinante del proceso de adaptación a una enfermedad crónica en general, y en particular al VIH/SIDA (Cohen y Lazarus, 1979; Moskowitz y Wrubel, 2005).

Se han realizado investigaciones empíricas de apreciación cognitiva en VIH que han arrojado evidencia para apoyar el modelo de Lazarus y Folkman (1984). A continuación de forma cronológica, se describen los estudios más reconocidos que involucran estas variables:

En 1995, Anderson realiza un estudio transversal sobre personalidad, apreciación y adaptación en 50 mujeres y 77 hombres con infección por VIH. Por medio de un análisis de regresión múltiple, concluyó que la apreciación de amenaza en el VIH estuvo asociada a bajo autoestima y a estado emocional

perturbado. La apreciación no se asoció con la personalidad, la interrupción de las actividades cotidianas y la satisfacción de la vida en general.

Moneyham, et al. (1997) realizó un estudio con 264 mujeres VIH+ donde examinó el rol de factores psicológicos como mediadores del impacto de los estresores relacionados al VIH. Evaluaron los efectos de la apreciación cognitiva, estrategias de afrontamiento, específicamente evitación y catastrofización y distrés emocional. Los resultados sugieren que la apreciación cognitiva fue la mediadora del estrés y no las estrategias de afrontamiento. Lo anterior, es consistente con la teoría de Lazarus y Folkman (1984) sobre la variabilidad individual en la capacidad de mantener el bienestar subjetivo ante una enfermedad.

Más adelante, nuevamente Anderson (2000) ahora en un estudio longitudinal con 42 mujeres y 56 hombres viviendo con VIH, corroboró que la apreciación cognitiva es el mediador entre el autoestima y ahora incluyó una variable clínica, el conteo de CD4 al inicio y al término del estudio y también encontró asociación significativa positiva.

Park, Folkman y Bostrom (2001) examinaron la bondad de ajuste entre la apreciación de control y el afrontamiento en HSH, 82 VIH+ y 162 VIH- experimentando estrés crónico por ser cuidadores primarios y 62 HSS HIV+ que no eran cuidadores y no tenían estrés. Fue un seguimiento durante dos años donde concluyeron que la bondad de ajuste varía para los diferentes tipos de afrontamiento, existe una mayor relación entre el control y el afrontamiento



orientado al problema que a la emoción. La variación intra-sujeto se relaciona con la variación en el estado de ánimo deprimido, pero la variación entre sujetos (diferencias individuales) no se asoció con el estado de ánimo deprimido, lo que sugiere que la apreciación cognitiva se entiende mejor como una variable transversal ya que no es estable como lo sería un estilo de pensamiento o un rasgo de personalidad.

Por su parte, Remor et al. (2001) identificaron la presencia de una asociación significativa inversa entre la percepción de control y la perturbación emocional. Así mismo, la primera tiene un efecto predictor sobre la segunda. Es decir, las personas que tenían “la creencia de que uno puede determinar los propios estados internos y conductas, influenciando el propio entorno y/o causar consecuencias deseadas” (Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987, p.5) presentan niveles más bajos de desajuste psicológico.

Pakenham y Rinaldis (2001) se han involucrado extensamente en el tema, en su estudio con 114 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con diagnóstico positivo para VIH, reportaron que una mejor adaptación a la enfermedad estaba relacionada a presentar menos síntomas físicos de VIH, mayor apoyo social, apreciación de reto y control, estrategias orientadas al problema y menor apreciación de amenaza.

Braunstein (2004) investigó la relación de las creencias irracionales y la ansiedad por la muerte en 101 HSH con diagnóstico de VIH (34 en estadio 1, 30

en estadio 2 y 37 en estadio 3). Demostró que independientemente del estadio de VIH y de la presencia o no de síntomas físicos, aquellos que presentaban creencias irracionales tenían mayor ansiedad por la muerte. Este artículo no habla sobre apreciación cognitiva, pero al hablar de creencias se cree importante para el marco teórico de esta tesis. Desde otra perspectiva, la cognición explica las respuestas emocionales de las personas que viven con VIH ante su padecimiento.

Siegel (2005) hizo un estudio muy interesante en el cual comparó 79 mujeres con VIH que vivieron la era pre-TARAA con 79 mujeres con VIH de la era post-TARAA. Evaluó su nivel de estrés, apreciación sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento. Contrariamente a lo que se esperaba, las mujeres de la era TARAA no reportaron mayor sentido de control o apreciaciones más favorables. Este grupo también reportaron mayores apreciaciones de daño que las de la era pre-TARAA (54% vs. 30% respectivamente,  $\chi^2=7.84$   $p<0.05$ ). No encontraron diferencias entre grupos en cuanto a las apreciaciones de amenaza o reto. Otro resultado interesante, fue que las mujeres post-TARAA percibían su estatus de salud como consecuencia de la suerte y no por resultado del tratamiento o su adherencia. En cuanto a las estrategias de afrontamiento también en contra de lo que se esperaba, las mujeres en la era de TARAA tienden más a la evitación-escape y a orientarse a la emoción.

Un estudio cualitativo es el de Moskowitz y Wrubel (2005) en el que realizaron entrevistas bimensuales durante 2 años a 57 HSH con infección por VIH antes del uso amplio de inhibidores de proteasa. El método permitió identificar

patrones en la apreciación, afrontamiento y emociones. Los investigadores en base a los resultados de sus apreciaciones clasificaron a los pacientes en seis grupos:

*Atención al futuro*: donde tendían a interpretar los eventos estresantes como implicaciones que tenían que ver con muerte, estaban constantemente preocupados por su salud a pesar de que estaban en buenas condiciones de físicas. *Desprendidos*: los eventos parecían no preocuparles demasiado en términos de su estado emocional. *Estigma*: se sentían estigmatizados por su estatus de VIH+ y tendían a estigmatizar a otros, se sentían más estresados porque comentaban que el VIH les impedía cumplir objetivos placenteros. *Hacia el exterior*: ofrecen y piden apoyo social, comparado a otros grupos, mantuvieron altos niveles de estados afectivos positivos. *Conscientes/Evitativos*: estaban conscientes del VIH y sus posibles complicaciones pero al mismo tiempo se esforzaban mucho por evitar las emociones negativas que acompañaba esa conciencia. *Cambiantes*: grupo que cambió su apreciación, la mayoría al grupo *hacia el exterior*.

Este estudio sugiere que las intervenciones psicológicas podrían ser más poderosas si se “hacen a la medida” de las apreciaciones individuales que el paciente hace sobre el significado que tiene el VIH en su vida.

Meade, Wang, Lin, Wu y Poppen (2010) probaron la teoría de la apreciación cognitiva en 207 adultos con VIH que habían sido donadores de sangre en China

en los 90's durante la etapa de la comercialización de sangre. Analizaron los resultados por medio de ecuaciones estructurales y encontraron que mayor estrés por el VIH, mayores síntomas físicos y apreciación cognitiva de amenaza estuvieron asociados a mayores síntomas afectivos como ansiedad y depresión. En otro modelo probaron que el afrontamiento es el mediador entre la apreciación de control y estados afectivos negativos.

Por último, McIntosh y Rosselli (2012) realizaron un meta-análisis de estudios con mujeres que examinaran los efectos entre estresores, el afrontamiento y desenlaces clínicos. Revisaron 40 estudios y completaron una muestra de 7, 602 mujeres VIH+, donde una de las principales conclusiones fue que la espiritualidad y la re-apreciación positiva, es decir la modificación de apreciaciones negativas por medio de estrategias cognitivas, predicen una mayor adaptación psicológica a la enfermedad comparado con el recibir apoyo social, y esto como consecuencia puede propiciar mejores desenlaces clínicos.

Los estudios de apreciación anteriores han demostrado que las diferencias individuales en la valoración de la enfermedad por VIH tienen influencia sobre la adaptación y estados emocionales funcionales. Los estudios relacionados con apreciación cognitiva y VIH sirvieron de antecedentes para el planteamiento del problema y la justificación de esta tesis.

## 2.1 Estado afectivo: definición y evaluación

*“¿Por qué los seres humanos, la más cognitiva de las criaturas, también parecen ser los más emocionales?” (Hebb, 1949).*

A partir de la revolución cognitiva (Smith y Lazarus, 1990), las investigaciones se han tornado más en función de entender las emociones y en las diferencias individuales que las originan. Las emociones están presentes en todos los eventos significativos de la vida y las emociones tienen un fuerte impacto en cómo reaccionamos ante tales eventos.

Una emoción puede ser descrita como un complejo estado del organismo, que involucra cambios físicos y mentales que impulsan a cierto tipo de conductas. La teoría de la apreciación cognitiva afirma que un pensamiento tiene que venir antes de cualquier emoción o excitación fisiológica. Las apreciaciones o pensamientos ocurren continuamente y se ven como un sistema motivacional que tiene la función de alertar al individuo cuando es confrontado con situaciones desadaptativas (Smith y Lazarus, 1990). En la tabla 5, se ilustra el análisis funcional de algunas emociones.

Según Folkman y Moskowitz (2004), las emociones positivas (relacionadas con la percepción de reto o desafío, por ejemplo) motivan a la persona para iniciar el afrontamiento activo en condiciones adversas y provocan alivio. Las emociones

de reto van de la mano con las emociones de amenaza, como ansiedad, miedo, preocupación.

**Tabla 5. Análisis Funcional de las Emociones (Craig y Smith, 1990).**

<b>Emoción</b>	<b>Función adaptativa</b>	<b>Tema relacional básico</b>	<b>Componentes de apreciación</b>
Enojo	Eliminar fuente de daño	Culpa de alguien más	Motivacionalmente relevante, incongruente e irresponsabilidad
Culpa	Eliminar fuente de daño causada en el otro	Culpa propia	Motivacionalmente relevante, incongruente y responsabilidad
Ansiedad	Evitar daño potencial	Amenaza	Motivacionalmente relevante, incongruente, orientado a la emoción
Tristeza	Conseguir ayuda y apoyo al presenciar el daño	Pérdida irrevocable	Motivacionalmente relevante, incongruente, orientado a la emoción y poca expectativa de futuro
Esperanza	Sostener compromiso y afrontamiento	Posibilidad de éxito	Motivacionalmente relevante, incongruente y alta expectativa de futuro

Craig y Lazarus hacen la siguiente afirmación, *“si una persona aprecia su relación con el entorno en una forma particular, entonces se tendrá como resultado una emoción específica ligada a esa apreciación. Además, si dos individuos hacen la misma apreciación experimentarán los dos la misma emoción, independientemente de la circunstancia”* (1990, p. 624).

La emoción es un constructo más amplio que el estrés y es lo más indicado cuando se estudia la adaptación (Lazarus y Folkman, 1984). El estrés es unidimensional, en cambio la emoción es un constructo multidimensional que revela más información como la motivación, implicaciones adaptativas e incluso la personalidad del individuo. El saber si el paciente está enojado, se siente culpable, decidido o temeroso nos dice más que sólo saber si está estresado o no. Por lo que resulta muy adecuado evaluar el estado afectivo cuando se habla de apreciación.

En la salud también es relevante hablar de estado afectivo ya que el afecto positivo o negativo puede promover conductas saludables o no saludables, los estados de ánimo también producen cambios en la evaluación que el paciente hace de sus síntomas físicos y por lo tanto, de los juicios que hace de su estado general de salud (Salovey, Detweller, Steward y Bedell, 2000).

### **2.2.1 Definición de Estado Afectivo**

En el presente trabajo, el estado afectivo se conceptualiza con base en el modelo de personalidad de Watson y Clark (1993). Este propone tres dimensiones generales: 1) Temperamento o afectividad negativa, 2) Temperamento o afectividad positiva, y 3) Desinhibición versus Constricción.

- 1) La afectividad negativa (AN) se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos. La presencia de un alto índice de AN se encuentra relacionada con: a) la experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad, y autoinsatisfacción (Watson y Clark, 1984), b) cogniciones negativas y pesimismo (Clark, Beck y Stewart, 1990), c) problemas o quejas somáticas (Watson y Pennebaker, 1989), y d) apreciación negativa e insatisfacción de uno mismo y de los demás (Gara et al., 1993)
- 2) La afectividad positiva (AP) es una dimensión de temperamento estable y general que se caracteriza por incluir rasgos de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio. Las personas con altos indicadores de la presencia de este factor de personalidad experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, diversión, entusiasmo, energía, amistad, unión, asertividad y confianza.



3) Desinhibición *versus* constricción es la forma en que se ha denominado al tercer factor general del modelo de Watson y Clark (1993). Este se define como una dimensión temperamental caracterizada por afectos, cogniciones y conductas estables y generales que explica la predisposición de un individuo a experimentar la necesidad y predilección por expresar sus emociones a los demás, y establecer relaciones sociales de manera abierta y duradera. Las personas con altos índices de la presencia de este rasgo son descritas generalmente como desinhibidas, sociables y con facilidad para comunicar sus emociones a los demás. En contraste, las personas con bajos índices del rasgo presentan dificultad para relacionarse y comunicarse con los demás, e impresionan como herméticas, restringidas y frías.

De acuerdo con diversos autores las dimensiones de afectividad positiva y negativa están altamente diferenciadas y son independientes (Watson y Clark, 1997; Carroll, Yik, Russell y Keldman, 1999). La afectividad negativa y positiva se conciben como estimaciones de los sentimientos afectivos que se encuentran en todos los aspectos de la vida (conducta, actitudes, motivación, cognición psicopatología, salud y bienestar). Es por ello que el afecto ha sido incorporado vigorosamente en la investigación de la psicología y salud.

Contrariamente a las tendencias anteriores donde la investigación en psicología clínica era dedicada casi exclusivamente a las emociones negativas, la evidencia indica que tanto las emociones positivas como negativas tienen

funciones importantes en el proceso de estrés y afrontamiento, en ocasiones ocurren juntas en situaciones altamente estresantes (Folkman y Moskowitz, 2000; Folkman, 2008).

Específicamente en VIH/SIDA, el estudio de Moskowitz (2003) en el que sigue durante 7.5 años a una muestra de 407 HSH VIH+ entre 25 y 53 años, donde se les evaluaba continuamente el estado positivo con los reactivos del CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977). Concluyeron que el estado afectivo positivo tiene una relación de mejoría con la supervivencia (medida en progresión de la enfermedad por carga viral y CD4, RR=0.89, IC 0.84-0.95). Debido a esto es recomendable que estudios actuales donde se evalúe la adaptación al VIH incluyan tanto la afectividad positiva como la negativa.

### **2.2.2 Evaluación del Estado Afectivo**

Un instrumento que reúne estas características es la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS por sus siglas en inglés; *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark y Tellegen, 1988), consta de dos subescalas de diez reactivos cada una. Los reactivos consisten en palabras que describen sentimientos y emociones y se contestan según el grado en el que el individuo los experimenta en una escala tipo Likert del 1 al 5, en donde 1 es *muy poco o nada* y 5 *extremadamente*.

Se puede contestar en siete instrucciones diferentes: 1) al momento, 2) hoy, 3) los últimos días, 4) en la última semana, 5) en las últimas semanas, 6) en el año y 7) generalmente. Tomando en cuenta la respuesta de *en las últimas semanas*,

se puede evaluar la afectividad como estado y cuando se pregunta *generalmente* se evalúa la afectividad como rasgo.

Existen versiones cortas como la de Mackinnon et al. (1999) y la versión extensa de Bagozzi (1993). Ha demostrado validez factorial y confiabilidad que apoyan su uso en población clínica y normal. El PANAS se caracteriza por una alta consistencia interna, con alphas de .86 a .90 para la afectividad positiva, y de .84 a .87 a la afectividad negativa. Además, la correlación entre los dos afectos de es invariablemente baja, en rangos de -0.12 a -0.23.

En México, se encuentra adaptado y validado por Robles y Páez (2003). Como principales resultados, las puntuaciones promedio para afecto positivo (AP) fue de 33.5 +7.4, y para afecto negativo (AN) fue de 20.1+7.1, la consistencia interna para AP fue de .85-.90 y para AN de .81-.85. La validez estructural y factorial coincidieron con los de la versión original. También se correlacionaron con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, encontrando coeficientes moderados entre .32 y .55. Se concluye que la versión mexicana de PANAS es una escala para la evaluación de afecto válida y confiable y es recomendable para fines clínicos y de investigación.

### **2.2.3 Depresión y Ansiedad**

El estado afectivo puede distinguirse como vimos en positivo y afectivo, sin embargo en la práctica de psicología clínica lo preferible es evaluar al paciente y diferenciar si tiene o no presencia de sintomatología afectiva. La naturaleza y gravedad de los trastornos psicológicos varían de persona a persona, sin embargo

en VIH/SIDA las más relevantes son la ansiedad y la depresión (Kalichman y Rompa, 2000).

Posturas como la de Beck (Sanz, 1993) hacen la diferencia entre ansiedad y depresión. La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo en el procesamiento de la información. En la ansiedad, la percepción de peligro o amenaza y las subsecuente valoración de las capacidades como insuficientes para hacerle frente. En cambio, en la depresión la percepción es de pérdida y las capacidades son indiferentes, ya que se cree que no se puede hacer nada al respecto.

Algunos autores mencionan que la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión es mayor en población con VIH que en población general, que disminuyen la calidad de vida y contribuyen a una mayor morbi-mortalidad (Schneiderman et al., 2001; Pence, Miller, Whetten, Eron y Gaynes, 2006; Berg, Michelson y Safren, 2007). En revisiones recientes indican que en el caso de la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general (Rabin, 2008) y aproximadamente la prevalencia de depresión es en promedio del 35% en pacientes con infección por VIH, tomando en cuenta los resultados de estudios internacionales del 2000 al 2010 (Wolff, Alvarado y Wolff, 2010).

Con lo que respecta a estudios en población mexicana, Galindo y Ortega (2010), evaluaron a 160 pacientes que viven con VIH con el Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo de Calderón-Narváez. El 10.6% calificó con ansiedad

generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada y 0.63% con depresión severa.

Específicamente en la Clínica de VIH del Instituto Nacional Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán, en un estudio previo realizado para explorar factores psicosociales asociados al inicio tardío de tratamiento antirretroviral (Noguera-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, Vázquez-Pineada y Sierra-Madero, 2015), se encontró una prevalencia de ansiedad del 56% y depresión de 33% en un muestra de 150 pacientes. Se les evaluó de forma transversal con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, validado en español por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986).

En un estudio español (Teva, Paz-Bermúdez, Hernández-Quero y Buela-Casal, 2005) encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad estado en función del nivel de carga viral y en función de la lipodistrofia. La mayoría de los varones con VIH/SIDA mostró niveles de sintomatología depresiva. Sin embargo, en la mayor parte del grupo de mujeres no hubo rasgos de depresión.

Los síntomas depresivos han sido asociados a mayor uso y abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, tener un mayor número de parejas sexuales y es un factor de riesgo para la adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual (Hutton et al., 2004).

Otra de las sintomatologías asociadas a la infección por VIH es la ansiedad que puede presentarse en cualquier momento de la enfermedad, pero es más

común en los momentos pivote o críticos, como el recibir el diagnóstico o comenzar con el tratamiento antirretroviral (O'Clérigh y Safren, 2008). Algunos síntomas como fatiga, problemas para dormir y cambios en el apetito, pueden confundirse con efectos secundarios de los antirretrovirales (Hofman y Nelson, 2006).

En un estudio de tamizaje para ansiedad (Shacham, Morgan, Önen, Taniguchi y Turner, 2012) que incluyó 635 pacientes con diagnóstico de VIH, encontraron ansiedad leve en 74% de la muestra, ansiedad moderada en el 12% y ansiedad grave en 11%. Los siguientes fueron los factores de riesgo para presentar ansiedad: ser más joven, tener menos años de educación, y estar desempleado, no estar bajo tratamiento antirretroviral (OR 1.61) y ser fumador (OR 1.66).

Otro estudio de prevalencia de ansiedad en VIH es el de Kemppainen et al. (2012) en el que de una muestra de 343 hombres y mujeres de Estados Unidos, Puerto Rico y Kenya con infección por VIH encontraron que el 45% reportó sintomatología ansiosa; a pesar de que casi la mitad de la muestra presentaba ansiedad, solo un pequeño porcentaje estaba bajo tratamiento con psicofármacos y 58% de los participantes utilizaban estrategias de autocuidado para aminorar los síntomas como, ver televisión, hablarle a amigos o familiares, hablar con el proveedor de salud, rezar, hacer una caminata, hablarse a sí mismo, quedarse solo y relajarse, leer y cocinar. Estas estrategias tenían buenos resultados de efectividad que iban del 7.86 al 8.33. Otras estrategias no saludables que

reportaron los pacientes por la disminución de la ansiedad fueron llorar, fumar marihuana, cigarro y tomar alcohol.

Se sabe que cierta ansiedad es necesaria y hasta en ocasiones considerada como una respuesta normal de adaptación, sin embargo, cuando es persistente, intensa y duradera, interfiere en la habilidad del paciente para manejar de forma efectiva la enfermedad (Antoni et al., 2006), ya que los pacientes con presencia de ansiedad suelen subestimar la mejoría clínica (Orlando, Tucker y Burnam, 2005)

En ocasiones, tanto los síntomas ansiosos y depresivos, suelen ser subdiagnosticados por confundirse con síntomas somáticos (Asch et al., 2003) De la misma manera, se ha resaltado la importancia del mantenimiento de un buen estado de ánimo que no limite la adherencia al tratamiento y permita un adecuado ajuste a la enfermedad. Por lo que la detección de estos síntomas se vuelve una importante meta clínica (Fernandez, 2006). La apropiada evaluación y tratamiento de síntomas psicológicos y psiquiátricos puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente y no dejarlo en desventaja. Lo anterior, puede hacerse a través de intervenciones cognitivo-conductuales para la regulación emocional y modificación de la apreciación cognitiva como se ve en el siguiente capítulo.

La presencia de niveles de ansiedad y depresión sin diagnóstico, ni tratamiento, en los participantes con infección por VIH puede poner en peligro la eficacia de las intervenciones (Scott-Sheldon y Kalichman, 2008), por lo que es

importante considerar las variables psicosociales tanto protectoras como las desadaptativas, para el diseño e implementación de todo proceso terapéutico.



### **Capítulo 3. Tratamiento cognitivo conductual para personas que viven con VIH/SIDA**

Sobre la base de investigaciones que sugieren el beneficio positivo de la adaptación psicológica a la enfermedad del VIH/SIDA, la Terapia Cognitivo Conductual ha sido la terapia dominante en los tratamientos psicológicos contemporáneos. Un gran número de investigadores han evaluado la efectividad de este tipo de intervenciones en depresión (Sherr, Clucas, Harding, Sibley, y Catalan, 2011), ansiedad (Clucas et al., 2011) incluyendo población con infección por VIH (Harding, Liu, Catalan y Sherr, 2011).

La terapia Cognitivo Conductual se basa en intervenciones estructuradas con técnicas específicas para promover la adquisición de nuevas habilidades para la modificación tanto de conductas como de pensamientos y creencias que puedan propiciar estados afectivos negativos como ansiedad y depresión (Basu, Chwastiak y Bruce, 2005). Se caracterizan por estar diseñadas especialmente para las necesidades del paciente o la población en cuestión.

Algunas de las técnicas utilizadas son autoinstrucciones, relajación, bioretroalimentación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, modificación en el pensamiento disfuncional, establecimiento de metas (Gatchel et al., 2007).

La terapia psicológica con enfoque cognitivo-conductual se ha ramificado en varios tipos de terapia como la Terapia Cognitiva de Beck, de la cual surge la Terapia Psicológica Adyuvante.

### **3.1 Terapia Psicológica Adyuvante**

#### **3.1.1 Antecedentes y Objetivos**

Greer, Morris y Pettingale, en 1979, realizaron un estudio longitudinal con mujeres con diagnóstico de cáncer en estadios I y II de la enfermedad y post mastectomizadas. Se dividieron a las pacientes en uno de cuatro grupos de acuerdo a la actitud que mostraban frente a la enfermedad. Las categorías fueron: 1) *Negación*, 2) *Espíritu de lucha*, 3) *Aceptación estoica* y 4) *Desamparo/Desesperanza*.

En los resultados obtenidos a cinco y diez años se encontró una supervivencia significativamente mayor en aquellas pacientes categorizadas dentro del grupo con actitud de *espíritu de lucha* y aquellas en *negación*. Con base en estos hallazgos se plantearon desarrollar una intervención que buscara modificar las estrategias de enfrentamiento negativas a través de promover un espíritu de lucha y control de vida. Estos autores por lo tanto, se propusieron no solo mejorar la calidad de vida sino que también aumentar su expectativa de vida.

Apoyándose en sus hallazgos y basándose en el Modelo Cognitivo de Beck desarrollaron un tratamiento psicológico al que se le denominó como “Terapia Psicológica Adyuvante” (TPA) con el propósito de que éste fuera incorporado al tratamiento médico ortodoxo.

El objetivo primario de la TPA es mejorar la calidad de vida de los individuos, reduciendo el *distrés* psicológico; y de forma secundaria: aumentar las ganas de vivir de los pacientes fomentando su espíritu de lucha.

Dentro de la TPA la percepción y el significado que el individuo le conceda a la enfermedad son aspectos sumamente relevantes ya que a partir de éstos se generará o no una adaptación a la enfermedad. Además, el tipo de percepción que se desarrolle también tendrá influencia en el tipo o estilo de enfrentamiento que presente así como en el tipo de los pensamientos asociados. En este punto es donde la TPA se enlaza con la Teoría de Apreciación Cognitiva de Lazarus y Folkman (1984), tienen muy similares bases y principios (véase los esquemas cognitivos de la tabla 6). Por esta razón y por su estructura y brevedad, la TPA resulta la terapia más adecuada para modificar las apreciaciones cognitivas del paciente y promover su adaptación a la enfermedad en enfermedades crónicas.

### **3.1.2 Características de la Terapia Psicológica Adyuvante**

La TPA se basa en la relación que exista entre el grado de amenaza que el paciente perciba de su enfermedad y del involucramiento de ésta con su dominio personal (familia, trabajo, amigos, valores, metas) para que presente cierto tipo de estado afectivo. De forma muy similar a la teoría de Lazarus y Folkman (1984).

La TPA sostiene cinco estilos o estrategias de afrontamiento identificados por Greer y Watson (1987). Posteriormente Moorey y Greer (1989) agregaron la categoría de Negación (Ver tabla 6).

**Tabla 6. Tipos de Afrontamiento de la TPA**

<b>Tipos</b>	<b>Características</b>	<b>Esquema Cognitivo</b>
Espíritu de Lucha	Percepción de desafío, actitud positiva ante la situación, participación activa. Intentará llevar una vida lo más normal posible.	Reto Control sobre el estrés Optimista
Fatalismo	Actitud de aceptación pasiva y resignación.	Amenaza pequeña. No se puede ejercer ningún control en la situación. Consecuencias por la falta de control aceptadas con resignación.
Desamparo/Desesperanza	Ausencia de estrategias activas. Abandono de la mayoría de sus actividades. Encuentra difícil pensar en otra cosa. Emoción predominante depresión.	Gran amenaza Nulo control
Preocupación ansiosa	Tenderá a interpretar de manera negativa filtrando aquellos aspectos negativos que confirmen sus expectativas más negativas. Emoción predominante ansiedad.	Gran amenaza Incertidumbre de la capacidad de control y del futuro
Negación	Niega impacto de la enfermedad y su gravedad. Problemas de adaptación.	Amenaza mínima Control sobre la situación no es relevante.

Al respecto Silberfarb y Greer (1982) argumentan que existen cuatro reacciones emocionales del cáncer: ansiedad, ira, culpa y tristeza o depresión. Cada una de las emociones se relaciona con percepciones de distinta naturaleza,

por ejemplo, en el caso de la ansiedad se postula la presencia de peligro y vulnerabilidad; la ira se relaciona con una percepción de ataque al dominio personal de forma injustificada; la culpa se asocia con la percepción de que se han violado reglas y el centro de la culpa se ubica en la persona misma; y finalmente, la tristeza o depresión se relaciona con un sentimiento de pérdida del dominio personal.

### **3.1.2 Estructura de la Terapia Psicológica Adyuvante**

La estructura de la TPA está constituida por un formato más breve en duración comparándola con la Terapia Cognitiva de Beck (20 sesiones). Puede implementarse dentro de un rango de seis a diez sesiones. Representa un tipo de terapia orientada al problema, es decir, se abordan temas centrales en torno a la enfermedad, problemas interpersonales y aquellos de corte emocional (Romero, 2003).

Para el logro de los propósitos de la TPA en tan corto tiempo debe utilizarse una agenda en la que se establezcan de manera clara los puntos a tratar en cada una de las sesiones de tratamiento, esto conlleva a que se plantee como una terapia orientada al problema. La relación terapéutica utilizada dentro de la TPA se basa en el empirismo colaborativo en la que el terapeuta colabora buscando modos de enfrentamiento a la enfermedad.

Un elemento fundamental es el educativo mediante el cual se enseña al individuo el modelo cognitivo y la forma en que los pensamientos contribuyen al

malestar emocional. El propósito que se busca alcanzar es que el individuo comprenda el tipo de enfrentamiento que se está usando.

Un componente empleado dentro de esta terapia es la expresión de emociones dentro del cual a través de su fomento podrá ser posible la expresión adecuada de sentimientos negativos, evitar la supresión emocional así como disminuir la posible evitación de la situación. Se enfatiza la necesidad de adaptar las técnicas utilizadas para cada paciente según su pertinencia y conveniencia.

Como parte de las técnicas utilizadas dentro de la TPA existen dos grandes categorías:

- 1) Técnicas conductuales: identificar aquellas áreas de la vida del individuo que no estén gobernadas por la enfermedad, planteamiento de metas para reducir desamparo. Se establecen jerarquías de dominio y agrado, es decir actividades que el paciente pueda hacer y disfrute hacer. Para depresión, las estrategias de activación conductual son las más recomendadas. La relajación para reducir síntomas de estrés y ansiedad.
  
- 2) Técnicas cognitivas: son consideradas las más importantes dentro de la TPA, la distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, encontrar un significado adaptativo a la enfermedad y se sugiere el uso de registros de pensamientos. (Ver tabla 7).

**Tabla 7. Técnicas cognitivas de la TPA (Romero, 2003)**

Tipo	Técnicas
Estrategias de afrontamiento cognitivas	<p><b>Distracción:</b> cambiar el foco de atención del pensamiento negativo.</p> <p><b>Autoinstrucciones:</b> formular afirmaciones que puede repetirse en las situaciones estresantes.</p> <p><b>Ensayo cognitivo:</b> es parte de la estrategia de solución de problemas, mediante juego de roles o imaginación.</p>
Reestructuración cognitiva	<p><b>Comprobación de la realidad:</b> hipótesis puesta a prueba-búsqueda de evidencias.</p> <p><b>Búsqueda de alternativas:</b> generar otras maneras de pensar sobre las mismas cuestiones.</p> <p><b>Desdramatizar:</b> intentar ir más lejos hasta llegar a lo peor que se imagine el paciente.</p> <p><b>Sopesar ventajas y desventajas:</b> motivarlo mediante balance decisional y solución de problemas.</p>

En cuanto a la expresión de emociones, la TPA sólo busca modificar aquellas emociones que persisten el suficiente tiempo como para causar un problema en el paciente o en su dominio.

Se fomenta la expresión apropiada de los sentimientos o estado afectivo negativo. En ocasiones el paciente suprime estas emociones debido a tres tipos de procesos defensivos (Romero, 2003): *sesgo cognitivo*, que tienen los seres humanos a recordar o inclinarse por las cosas positivas y minimizan lo negativo; *evitación cognitiva*, aparece cuando el enfermo evita aquellos pensamientos que podrían causarle ansiedad, en ocasiones es consciente y en otras no, provocando poco control; y la *evitación afectiva*, es capaz de hablar de los potenciadores de la

ansiedad, pero sin experimentar reacción emocional alguna al hacerlo, es un mecanismo disociativo.

Por otro lado, una parte complementaria de lo revisado durante las sesiones es abordado a través de la asignación de tareas para realizar en casa lo cual afianza el nuevo aprendizaje desarrollado.

La estructura de la TPA es flexible y permite cambiar los objetivos de terapia de acuerdo a la evolución del paciente. Sin embargo se recomienda establecer las tres fases básicas que se dedican a objetivos diferentes (Romero, 2003):

- 1) Fase inicial: dura entre dos y cuatro sesiones, es la más importante porque se establecen las bases de la terapia, se establece el *rapport*, se define el problema y se le enseña el modelo cognitivo. Tiene como objetivos el alivio de síntomas y la expresión abierta de sentimientos.
- 2) Fase intermedia: son objetivos propiamente cognitivos. Se les enseña el registro de pensamiento y se continúa con el proceso de resolución de los problemas menos urgentes.
- 3) Fase final: aborda la prevención de la recaída y la planificación del futuro. Se trata de afianzar las técnicas aprendidas y que sea capaz de aplicarlas en otras situaciones estresantes de su vida.



### 3.1.4 Efectividad de la Terapia Psicológica Adyuvante

A continuación se muestran los resultados de estudios realizados para el abordaje psicológico de pacientes oncológicos utilizando la TPA donde se demuestra su efectividad:

El grupo de Greer (1992) realizó un ensayo controlado aleatorizado con un grupo de pacientes diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, excluyendo los tumores cerebrales y cánceres de piel. Se les pidió que completaran los siguientes cuestionarios entre las cuatro y doce semanas del diagnóstico: HADS, MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*), PAIS (Escala psicosocial de ajuste a la enfermedad de Derogatis) y una lista de chequeo de síntomas de Rotterdam.

Los pacientes que fueron evaluados y presentaron puntuaciones de morbilidad psicológica fueron invitados a participar, a un grupo se le dio TPA y a otro no. El grupo de terapia recibió seis sesiones semanales individuales de una hora de duración y fue evaluado a los dos y a los cuatro meses. Ambos grupos, el de TPA y el de control, fueron evaluados de nuevo a los 12 meses.

A las 8 semanas, los pacientes del grupo de terapia tenían puntuaciones significativamente más bajas que los del grupo en control, en ansiedad (HADS), en desamparo, preocupación ansiosa y fatalismo (MAC) y en general un mejor ajuste a la enfermedad. A los cuatro meses, la mejoría asociada a la terapia persistía en la ansiedad del HADS y menor *dístrés* psicológico, medido por el PAIS. Las diferencias significativas se mantuvieron un año después.

El siguiente trabajo realizado por Moynihan et al., 1999 estudió la efectividad de la TPA en un grupo de 73 pacientes con cáncer de testículo que accedieron a participar y 81 se negaron pero permitieron completar los cuestionarios, por lo que se tomaron como grupo control. Los cuestionarios utilizados fueron HADS, MAC, PAIS, lista de chequeo de síntomas de Rotterdam, escala de masculinidad y escala de ajuste sexual. Se aplicaron en la línea base, a los dos, cuatro y doce meses. Con seis sesiones semanales, el único beneficio que se encontró fue una reducción de la ansiedad a los dos meses en el grupo de TPA. Existen varias justificaciones a los resultados obtenidos, quizás el terapeuta fue inapropiado, o la TPA no fue apropiada para esta población o los pacientes que se negaron a participar ocultaban una mayor comorbilidad psicológica, dejando a un lado la necesidad de la intervención psicológica.

Finalmente, el estudio de Romero, Ibáñez y Monsalve (2000) con 16 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, tenían como objetivo demostrar la eficacia de la TPA comparada con una terapia de apoyo más general, ambas con la misma meta de mejorar la calidad de vida de la paciente.

Las sesiones no se limitaron a un número específico, la paciente podía asistir a la unidad de psicología cuantas veces fuera necesario, no se exigía el control en casa de los pensamientos negativos, éstos se detectaban y refutaban en la consulta. La terapia de apoyo se enfocaba más a las técnicas conductuales, lo contrario que la TPA. Se utilizaron las escalas HADS y MAC. Las 16 mujeres se

aleatorizaron según su orden de aparición, la primera se asignó a la TPA, la segunda a la terapia de apoyo y así sucesivamente.

Sus resultados sugieren que tanto la terapia de apoyo como la TPA demostraron su eficacia para la eliminación de síntomas, pero no para desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas, la apreciación de espíritu de lucha no sufrió cambios significativos, la terapia de apoyo parece más eficaz en la reducción de ansiedad, desamparo y fatalismo, sin embargo, la TPA fue superior en la reducción de la depresión.

Como conclusiones se menciona que la TPA puede ser considerada como un programa sistemático de terapia psicológica que necesita seguir evaluándose. En general, en cuanto a eficacia los resultados fueron moderadamente favorables para la TPA. En todas las variables hubo una reducción significativa en los dos momentos después de aplicada la intervención (dos y cuatro meses) siendo la disminución más importante en la primera evaluación de seguimiento (dos meses).

Se realza la utilidad de la TPA como un tratamiento adecuado para su utilización en hospitales de alta demanda dado que no es prolongado y se puede adecuar a las necesidades específicas de cada paciente. Al respecto, Cunningham (2000) propone que los pacientes que sean atendidos bajo este tratamiento psicológico deben ser regularmente monitoreados durante la fase de tratamiento y el seguimiento mediante el uso de cuestionarios de auto-reporte y entrevistas. Finalmente, sugiere que se dirijan intervenciones de esta naturaleza a poblaciones específicas y diseñadas a la medida de los pacientes.

### **3.2 Adaptación de la Terapia Psicológica Adyuvante para VIH/SIDA**

Ahora bien, conociendo la efectividad de la TPA y sobre todo su adecuado ajuste al tratamiento de la apreciación cognitiva, surge la necesidad de adaptarlo a otras poblaciones de enfermedades crónicas.

La enfermedad del VIH sigue aumentando, y junto con ella las necesidades psicológicas de los pacientes por lo que cada vez más será importante probar intervenciones basadas en la evidencia que sean útiles, efectivas y puedan incorporarse a la atención estándar.

Existe suficiente evidencia que un tratamiento breve, que incluya objetivos de terapia cognitivo-conductual y entrenamiento en estrategias de afrontamiento puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con VIH (Harding, Liang, Catalan y Sherr, 2011).

En VIH/SIDA no todos los pacientes presentan las mismas necesidades psicológicas, por lo que las intervenciones se deben graduar en función de estos requerimientos. Algunos necesitarán únicamente más información, otros una terapia de apoyo donde puedan expresar y compartir sus emociones, otros necesitan aprender y reestructurar sus estrategias de afrontamiento mediante técnicas cognitivo-conductuales, otros además del VIH pueden presentar otro tipo de problemas, como conflictos familiares o de pareja, laborales, entre otros.

Se propone que la TPA se adapte un formato común para los pacientes que viven con VIH/SIDA independientemente del tiempo de diagnóstico y pronóstico, más bien, en bases a la presencia de comorbilidades psicológicas y apreciaciones

cognitivas disfuncionales. Hasta donde se sabe y a la fecha, el presente trabajo es el primero en el que la TPA se adapta al VIH/SIDA.

Los objetivos de la TPA para VIH/SIDA son:

1. Modificación de la apreciación cognitiva de amenaza y reto.
2. Regulación emocional entendida como la habilidad de terminar con estados afectivos negativos y/o prolongar los estados afectivos positivos (Salovey, Detweller, Steward y Bedell, 2000).

La estructura de las sesiones será en formato individual de una hora aproximadamente, con duración de 6 sesiones. Cabe mencionar, que si el paciente así lo requiere, el número de sesiones se puede extender o disminuir. Los seguimientos se realizarán a los 3 meses de haber concluido la terapia.

Las técnicas utilizadas serán las mismas de la TPA que se exponen en los apartados anteriores. El anexo 6 describe a detalle el esquema de la intervención en TPA adaptada para VIH.

Con respecto a las tareas para casa, en ocasiones a los pacientes de VIH de la Clínica se les dificulta realizarlas y entregarlas. Se ha visto este tipo de respuesta en otros proyectos y en terapia individual de la consulta externa del servicio de Infecto-Psicología. Por lo que los ejercicios de restructuración y ensayos cognitivos se llevarán a cabo durante las mismas sesiones. Sin embargo, los pacientes llevarán semanalmente un auto registro de adherencia que incluya el nombre del medicamento, la dosis y la hora en qué debe tomarlo, éste a su vez les servirá de carnet y control de asistencia a las sesiones (ver anexo 7).

## II. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### Planteamiento del problema

El VIH/SIDA además de ser una enfermedad que debilita tanto el sistema inmunológico como, el estado afectivo de los individuos que le padecen. Las cuestiones sociales como discriminación y estigma, cambios en la imagen corporal, pérdida de autoestima, dificultad para relacionarse y primordialmente presencia de síntomas de ansiedad y depresión son consecuencias emocionales frecuentes en estos pacientes.

La presente propuesta es realizar un estudio en donde se exploren las variables que puedan favorecer o entorpecer la adaptación al diagnóstico. El momento en el que el paciente recibe el diagnóstico positivo es crucial para el inicio del tratamiento y es una gran oportunidad para sensibilizarlo, despojarlo de sus miedos y creencias erróneas sobre la enfermedad y el tratamiento. Un predictor y determinante de esta adaptación entendida a lo largo del estudio como adherencia al tratamiento y un estado afectivo funcional; es la evaluación o apreciación cognitiva.

La medición de la apreciación cognitiva es considerada un área relativamente nueva en los estudios de salud. La evaluación cognitiva de eventos potencialmente estresantes, como lo es recibir un diagnóstico positivo de VIH, puede guiar una pauta para el desarrollo de un modelo teórico, el cual brinde la base de intervenciones cognitivo-conductuales desarrolladas para cubrir las

necesidades de poblaciones específicas y lograr así su adaptación a la enfermedad a través de la identificación del estilo de apreciación cognitiva y posteriormente, de su modificación.

## **Justificación**

En el caso del VIH/SIDA la respuesta ante la enfermedad es un fenómeno complejo que está determinado principalmente por cambios fisiológicos, de conductas y de experiencias subjetivas y evaluativas (Moskowitz y Wrubel, 2005; Lyons, Pitts y Grierson, 2012).

El Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA) ha logrado prolongar la vida de las personas que viven con VIH y adquirió un carácter crónico, por lo que supone en mucho casos el lidiar con estresores y demandas conductuales a largo plazo (Crum et al., 2006).

Es bien sabido que el tratamiento y apoyo para las personas que están experimentando dificultades en su adaptación a la enfermedad pueden mejorar su estado afectivo y calidad de vida (Brown y Vanable, 2008), por lo que establecer intervenciones que cuenten con un sustento teórico que guíen su aplicación y cuenten con evidencia sobre su efectividad es necesario en la población que vive con VIH.

Esta tesis fue elaborada desde una perspectiva cognitiva, la cual subraya que la activación de cierto tipo de respuestas emocionales y conductuales está vinculada básicamente a los procesos de valoración o de apreciación.

La apreciación cognitiva al no ser considerada un rasgo de personalidad, es susceptible de cambio lo que permite diseñar intervenciones dirigidas a la modificación de componentes cognitivos desadaptativos específicos de cada paciente.

A pesar de que la apreciación cognitiva se ha estudiado en otras enfermedades y con muy buenos resultados como cáncer de mama (Kessler, 1998) cáncer de próstata (Ahmad, 2005), infertilidad (Stanton et al., 1991), dolor crónico (Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2007) y en eventos cerebrovasculares (Johnson et al., 2008), muy pocos y recientes estudios son aplicados al VIH/SIDA.

Hasta el momento, en México carecemos de estudios sistemáticos que nos permitan entender la relación de la evaluación cognitiva con el VIH. Tras la revisión bibliográfica, en nuestro país, los estudios relacionados se enfocan en su mayoría con el estilo de afrontamiento sin tomar en cuenta la evaluación cognitiva primaria y secundaria que el paciente realice ante el evento estresor. Por lo tanto, resulta necesaria la validación de un instrumento que nos permita identificar los tipos de apreciación cognitiva específicos en esta población, consecuentemente diseñar una intervención que por medio de la regulación del estado afectivo como variable mediadora tenga un impacto en la adherencia terapéutica.



Se cree que la implementación de este proyecto puede traer aportaciones teóricas y de aplicación relevantes ya que por vez primera se somete a prueba un modelo teórico de apreciación cognitiva en relación con la adherencia terapéutica de personas con VIH, con base en el cual se diseña y evalúa además una intervención psicológica.

En esta dirección, las preguntas de investigación del presente estudio son las siguientes:

### **Preguntas de investigación**

- ¿Es válida y confiable la versión en español del Instrumento de Evaluación Cognitiva en VIH?
- ¿El tipo de apreciación cognitiva del VIH/SIDA (amenaza vs. desafío) tendrá un papel predictor del estado afectivo y la adherencia terapéutica?
- ¿La modificación de apreciación cognitiva de amenaza a desafío impactará en estado afectivo y adherencia terapéutica?

### **Hipótesis de trabajo:**

- La versión en español del Instrumento de Evaluación Cognitiva en VIH será válida y confiable.
- La apreciación de amenaza predecirá un estado afectivo negativo y un nivel inadecuado de adherencia terapéutica.
- La apreciación de desafío predecirá un estado afectivo negativo y un nivel adecuado de adherencia terapéutica.

- La modificación de apreciación cognitiva de amenaza a desafío impactará en estado afectivo y adherencia terapéutica.

Para contestar estas preguntas se llevó a cabo una investigación en dos fases. En la primera fase se aplicó una batería de pruebas y se determinaron las propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA. Así mismo, se realizó un modelo de trayectorias para comprobar la relación entre la variable principal de apreciación cognitiva y las demás variables sujetas a estudio (véase variables del estudio de la fase I). En la segunda fase, con los resultados obtenidos en la primera, se diseñó una intervención cognitivo conductual que tuvo como objetivo probar la relación empírica de las variables predichas y la eficacia de los componentes de la intervención por medio de una prueba piloto.

La investigación completa fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación en Humanos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán con número de referencia 834.

## **Fase I. Modelo de apreciación cognitiva en VIH**

### **Objetivos**

#### **Objetivos generales**

- Adaptar y validar el instrumento de Apreciación Cognitiva en pacientes mexicanos con VIH/SIDA.
- Examinar el papel predictor del tipo de apreciación cognitiva sobre el estado afectivo y la adherencia terapéutica.

#### **Objetivos específicos**

- Medir la confiabilidad del Cuestionario de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA.
- Caracterizar a la muestra de pacientes con diagnóstico de VIH en tiempo con la infección, variables clínicas (CD4+ y CV) estado afectivo y nivel de adherencia terapéutica.
- Probar teóricamente el modelo explicativo propuesto y determinar la relación de la apreciación cognitiva con respuestas emocionales y conductuales, como es el caso del estado afectivo y la adherencia terapéutica.

#### **Diseño y tipo de estudio**

Esta fase es de tipo no experimental, transversal y correlacional.

## **Método**

### **Participantes**

Pacientes voluntarios de la clínica de VIH del INCMNSZ que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad con diagnóstico positivo de VIH.
- Que tengan al menos 3 meses recibiendo tratamiento antirretroviral.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Tener más de diez años con el diagnóstico de VIH.
- Incapacidad para contestar los instrumentos en opinión del investigador principal (por razones de enfermedad o deterioro cognitivo).
- Estar o haber estado bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico 6 meses o menos previo a su enrolamiento en el estudio.

Los pacientes que decidan dejar la investigación serán dados de baja y su consentimiento informado revocado.

### **Variables del estudio**

Las variables que se utilizaron en esta fase del estudio se clasifican en sociodemográficas, clínicas, mediadora y dependientes.

#### **Variables sociodemográficas:**

- Edad
- Sexo al nacimiento

- Último grado de estudios completo
- Situación laboral, con empleo actual o no.
- Estado civil, con pareja estable o no.
- Nivel socioeconómico, bajo, medio o alto dependiendo del nivel que se les otorga por Trabajo Social en su ingreso al INCMNSZ.

**Variables clínicas:**

- Nivel CD4, recuento de linfocitos T CD4 (células/ mm<sup>3</sup>) del sistema inmune del organismo.
- Carga viral, cantidad de virus circulante (copias/ml).
- Tiempo de diagnóstico VIH positivo, en meses.

**Variable mediadora:**

Apreciación cognitiva del VIH, evaluación primaria del modelo transaccional del estrés.

**Variables dependientes:**

- Estado afectivo, dimensión de la sensibilidad temperamental que puede ser positivo y negativo.
- Adherencia terapéutica, índice de adherencia global al tratamiento antirretroviral.

**Instrumentos**

1. *Ficha de identificación y variables clínicas (Anexo 1).*

2. *Escala de Afecto Positivo y Negativo* (PANAS, Robles y Páez, 2008) 20 reactivos, confiabilidad en población mexicana .85-.90 para AP y .81-.85 para AN (Anexo 2).
3. *Appraisal Questionnaire for HIV* de Pakenham y Rinaldis (2002) adaptado al español y validado en población mexicana: *Escala de Apreciación Cognitiva en VIH* (EAC-VIH, Noguera et al., 2015 en publicación) de 11 reactivos y 3 categorías (Amenaza 0.89, Desafío 0.84, Control 0.51) (Anexo 3).
4. *Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* (CEAT-VIH, Remor, 2002) 20 reactivos, confiabilidad 0.84 en México (Anexo 4). Este cuestionario arroja un perfil de adherencia que incluye el cumplimiento al tratamiento, los antecedentes a la falta de adhesión, la comunicación médico-paciente, creencias y expectativas sobre el tratamiento, satisfacción con el tratamiento, además de un índice global de adherencia.

### **Tamaño y tipo de muestra**

El tamaño de la muestra se usó calculando la fórmula más común para realizar modelos de trayectorias, de  $N=20$  por número de variables predictoras. En este caso fueron 6 variables, lo que arrojó un tamaño de muestra requerida mínimo de 120 participantes. En esta fase se obtuvo una  $N=180$ . El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

## **Procedimiento**

Como primer paso se llevó a cabo la adaptación al español validación del instrumento de Apreciación Cognitiva de Pakenham (2000). Para lo cual se realizó un el piloteo de los instrumentos en el Grupo de Apoyo para Personas que viven con VIH del INNSZ, que lo forman entre 10 y 20 pacientes, con la intención de recibir retroalimentación sobre la claridad y el objetivo de los instrumentos.

La muestra completa se recabó en la sala de espera de la consulta externa de Infecto-VIH. Se les hizo una invitación a participar a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y que asistieron a la consulta externa de Infecto-VIH del INCMNSZ, los días martes y viernes desde 1 de Enero hasta 30 de Septiembre de 2013. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado (Anexo 5).

## **Análisis estadístico**

Mediante el programa estadístico SPSS versión 19 para Windows P.C. se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas recabadas. Se calcularon frecuencias y porcentajes para describir las variables categóricas y medias, desviaciones estándar y rangos para las continuas.

La validación psicométrica del instrumento de Apreciación Cognitiva (Pakenham, 2000) se basó en el procedimiento sugerido por Reyes-Lagunes, García y Barragán<sup>15</sup>, donde se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y correlaciones momento producto de Pearson

para el análisis concurrente del instrumento con las escalas de adhesión a tratamiento y de afectividad. Los datos fueron analizados con el programa SPSS para Windows versión 19.0.

Para probar el modelo se llevó a cabo un procedimiento de modelo de trayectorias. Donde el primer paso fue formular un modelo teórico basado en las hipótesis otorgadas por un modelo de regresión lineal. Después se elaboró una matriz de correlaciones Pearson para identificar las relaciones más fuertes y la interdependencia de las variables. Después se establecieron los pesos de regresión y se corrió el modelo basado en los indicadores resultantes en el programa AMOS Graphics versión 21. En todos los casos, el nivel de significancia prefijado fue de 0.05. Por último, se realizaron análisis de regresión lineal para los componentes del perfil de adherencia con cada grupo de apreciación cognitiva.

## **Resultados**

La muestra estuvo constituida por 88% de participantes del sexo masculino, la media de edad fue de 37 años ( $\pm 10.89$ ), y la media en el tiempo de diagnóstico positivo a VIH fue de 62.74 meses ( $\pm 91.62$ ). El resto de datos sociodemográficos se muestran en la tabla 10.

En cuanto a las variables clínicas, la mediana de CD4 para toda la muestra fue de 352 (4-1134) cels/mm<sup>3</sup> y la carga viral de 40 (40-893989) copias al momento del estudio. Lo que indica que la gran mayoría de los participantes se



encontraban en adecuadas condiciones de salud, teniendo principalmente una carga viral indetectable y niveles óptimos de CD4.

**Tabla 10. Datos sociodemográficos de la Fase I**

N= 180	Media (DS)	n (%)
Sexo	Masculino	159 (88.3)
	Femenino	21 (11.7)
Escolaridad	Sin estudios	2 (1.1)
	< 9 años	30 (16.7)
	> 9 años	148 (82.2)
Nivel Socioeconómico	Bajo	140 (77.7)
	Medio	25 (13.9)
	Alto	15 (8.3)
Pareja estable	Sí	83 (46.1)
	No	94 (52.2)
Empleo actual	Sí	108 (60.1)
	No	70 (38.9)
Factor de transmisión sexual	Hombres	139 (77.2)
	Mujeres	27 (15.0)
	Ambos sexos	7 (3.9)

Para llevar a cabo del modelo de trayectorias, el primer paso en esta fase fue realizar la adaptación del instrumento de Apreciación Cognitiva (Pakenham, 2000). Para lo cual se realizó una primera traducción al español de los reactivos. Después, una persona con inglés como primera lengua, ajena al servicio de

Infectología, realizó una retrotraducción del instrumento y se obtuvo un 90% de concordancia. El paso siguiente fue someter los reactivos a evaluación por jueces expertos en el área de VIH/SIDA. El criterio utilizado para dejar el reactivo fue 80% de acuerdo entre jueces.

Posteriormente la versión retrotraducida se piloteó con una muestra no probabilística de 9 hombres y 1 mujer, con un rango de edad entre 23 y 55 años, con tiempo de diagnóstico entre 6 meses y 10 años para determinar la comprensión de las preguntas y lo adecuado del formato de respuestas. En esta fase se detectó que los participantes no hicieron uso de todas las opciones de respuesta por lo que el nivel de respuesta se modificó de 7 a 5 opciones (Siendo 1 Nada y 5 Extremadamente); y en tanto las dificultades en la lectura que se presentaron, se modificó parte del último reactivo para quedar “fortalecimiento” en lugar de “a fortalecer” de la pregunta 9.

La discriminación de reactivos se analizó calculando las frecuencias de cada reactivo, donde se distinguió que todas las opciones de respuesta fueran atractivas; después se llevó a cabo un análisis de discriminación por medio de la prueba t de Student; todos los ítems resultaron significativos, por lo que no se eliminó ningún reactivo.

Como segundo paso se calculó la consistencia interna del cuestionario (alpha promedio de 0.63 para los 11 reactivos). Se tomó un criterio de correlación ítem-total igual o mayor a .25 donde no se eliminó ningún reactivo. En el tercer paso se llevó a cabo el análisis factorial. La medida de suficiencia de la muestra

de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .83. Como se puede observar en la tabla 8, los reactivos se agruparon en tres factores. En el primero se incluyeron los de Amenaza (1 al 6), en el segundo los referentes a Desafío (7 al 9) y en el tercer factor los reactivos de Control (10 y 11). La varianza explicada del total de la prueba fue del 71.30%.

**Tabla 8**

**Análisis Factorial de la Escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA**

Factor	Reactivo	I	II	III
I Amenaza	1. Daño en sus metas en la vida.	.798		
	2. Daño en su relación con los demás.	.809		
	3. Daño en su bienestar físico.	.790		
	4. Daño en su bienestar emocional.	.820		
	5. Daño en el respeto a sí mismo.	.807		
	6. Daño en el bienestar de sus seres queridos.	.797		
II Desafío	7. Beneficio en su crecimiento personal.		.889	
	8. Beneficio en sus retos personales.		.919	
	9. Fortalecimiento de una relación.		.800	
III Control	10. Controlar el VIH			.817
	11. Aceptar el VIH			.801

El factor de Amenaza obtuvo una consistencia interna por alpha de Cronbach de .89, el factor de Desafío de .84 y el factor de Control de .51.

Para probar la validez de constructo, se calculó la correlación Pearson entre los tres factores obteniendo una relación negativa (alpha= -.562) entre amenaza y

desafío, entre control y amenaza se obtuvo también una correlación negativa ( $\alpha = -.342$ ) y control y desafío estuvieron correlacionadas positivamente con  $\alpha = .336$ , todas significativas ( $p < 0.01$ ).

Con la finalidad de conocer la validez convergente y divergente del inventario, se llevó a cabo un análisis de correlación con las demás escalas aplicadas en esta fase del estudio. Las correlaciones se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 9**

**Correlaciones de las subescalas de la escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA con el CEAT-VIH y las subescalas del PANAS.**

	Amenaza	Desafío	Control
Adherencia	-.360*	.059*	.237**
Afecto Positivo	-.329*	.385*	.175*
Afecto Negativo	.512**	-.245*	-.448**

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

La subescala de amenaza se relacionó positivamente con afecto negativo y de forma negativa con afecto positivo y adherencia. Queriendo decir con esto que a mayor percepción de amenaza mayor afecto negativo y menor adherencia. Ambas subescalas de desafío y de control tuvieron una relación positiva con

adherencia y afecto positivo y de forma negativa con afecto negativo. Lo que se traduce en que los pacientes con mayor percepción de desafío y control hacia el VIH tuvieron una mejor adherencia y menor temperamento negativo.

#### *Puntuación de la Escala de Apreciación Cognitiva en VIH*

La puntuación de las respuestas se obtiene en porcentajes. Debido a que cada subescala tiene un número diferente de reactivos, al calcularlo en porcentajes eliminamos el sesgo de proporción y todas las subescalas tienen el mismo rango de puntuación. Por subescala, se suman los puntajes del 1 al 5 que haya tenido cada respuesta y se elabora una regla de tres. El puntaje máximo para toda las subescalas sería de 100 y mínimo de 20%. La suma de los puntos por reactivos en la subescala de amenaza iría del 6 al 30, para desafío de 3 a 15 y para control de 2 a 10.

Continuando con los resultados de esta fase, es importante aclarar que para tener mayor claridad y poder probar la relación entre variables en el modelo de trayectorias; de las subescalas del instrumento de apreciación cognitiva solo se tomaron en cuenta dos, amenaza y desafío. Desafío y control son categorías similares que correlacionaron de forma positiva entre ellas, así que se optó por hacer una comparación entre las puntuaciones de desafío y control en la muestra y también fueron similares. Al tener la subescala de control únicamente dos reactivos se tomó la decisión de eliminar esta categoría para el análisis de trayectorias de forma tal, que no se vio afectado de forma significativa el constructo de apreciación cognitiva.

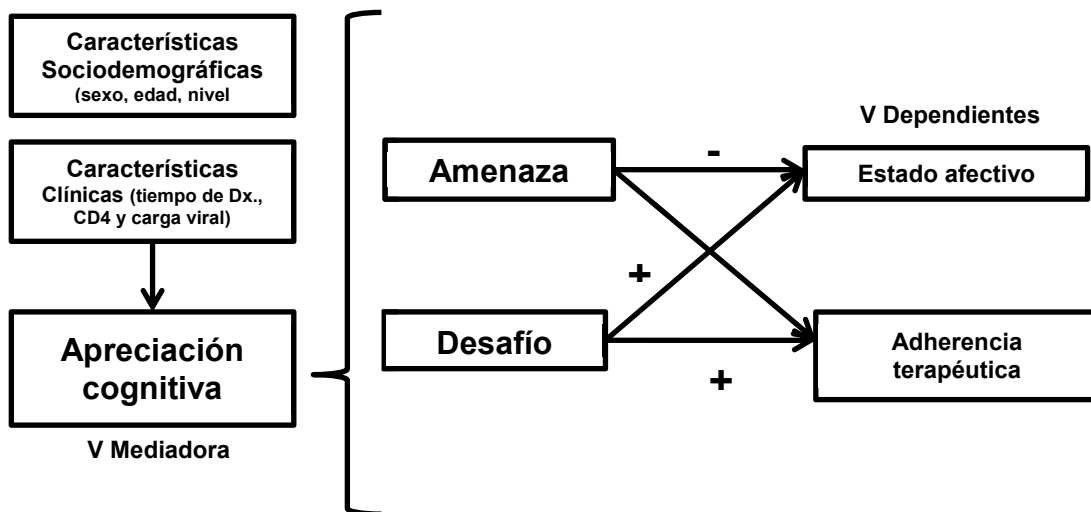
A continuación se describen las medias entre cada dimensión de los instrumentos de acuerdo a los grupo de amenaza y desafío (ver tabla 11). Se observa que los pacientes con percepción de amenaza muestran mayor afecto negativo y menor adherencia y los participantes con percepción de desafío mostraron mayor adherencia y mayor afecto positivo. En cuanto al perfil de adherencia, el cumplimiento, los antecedentes de la falta de adherencia, la comunicación médico-paciente fueron áreas que no resultaron diferentes entre los grupos.

**Tabla 11. Diferencias entre las variables por grupos de Amenaza y Desafío**

N= 180	Amenaza n=50		Desafío n=113		
	Media (DS)		T	gl	P
Carga Viral al inicio ARV	703672 (±1652197.37)	281255.74 (±547292.27)	2.198	132	.030*
Afecto Negativo	25.94 (±10.79)	19.61 (±8.34)	4.069	161	.000**
Afecto Positivo	30.00 (±10.36)	37.78 (±7.33)	-2.089	161	.000**
Adherencia Global	85.49 (±8.58)	88.29 (±7.49)	-2.089	160	.038*
Creencias y Expectativas sobre ARV	86.82 (±4.11)	91.59 (±9.87)	-2.469	160	.015*
Satisfacción ARV	79.20 (±19.17)	88.55 (± 14.08)	-3.461	160	.001**

p<0.05\*, p<0.01\*\*

Se eliminaron 17 casos por compartir las mismas puntuaciones en cada dimensión y los análisis posteriores se realizaron con N= 163. Para poder realizar un modelo de trayectorias es necesario definir uno previo donde se marquen las relaciones y direcciones esperadas de las variables involucradas. La figura 1 muestra el modelo propuesto.



**Fig. 1 Hipótesis propuestas para el modelo de apreciación cognitiva en VIH**

En el modelo teórico se proponía que las características sociodemográficas y clínicas tuvieran un impacto directo sobre el tipo de apreciación cognitiva. A su vez el tipo de apreciación cognitiva, tendría una asociación con el tipo de estado afectivo y nivel de adherencia terapéutica. Es decir, la apreciación cognitiva de amenaza tendrá un impacto negativo sobre el estado afectivo y la adherencia terapéutica; y la apreciación cognitiva de desafío tendrá un efecto positivo sobre estado afectivo y adherencia terapéutica.

Para la construcción del modelo de trayectorias, se calculó una matriz de correlaciones Pearson con las variables involucradas. En la siguiente tabla se muestran únicamente las correlaciones que resultaron significativas.

**Tabla 12. Matriz de correlaciones Pearson**

	Tiempo Dx	CD4 actual	CV actual	Amenaza	Desafío	Adherencia	Afecto Positivo	Afecto Negativo
Tiempo Dx	1							
CD4 actual		1						
CV Actual		-.208*	1					
Amenaza				1				
Desafío	.190**			-.197**	1			
Adherencia		.200*	-.154*	-.360**		1		
Afecto Positivo				-.329**	.385**	.170*	1	
Afecto Negativo				.512**	-.184*	-.387**	-.239	1

p<0.05\*, p<0.01\*\*

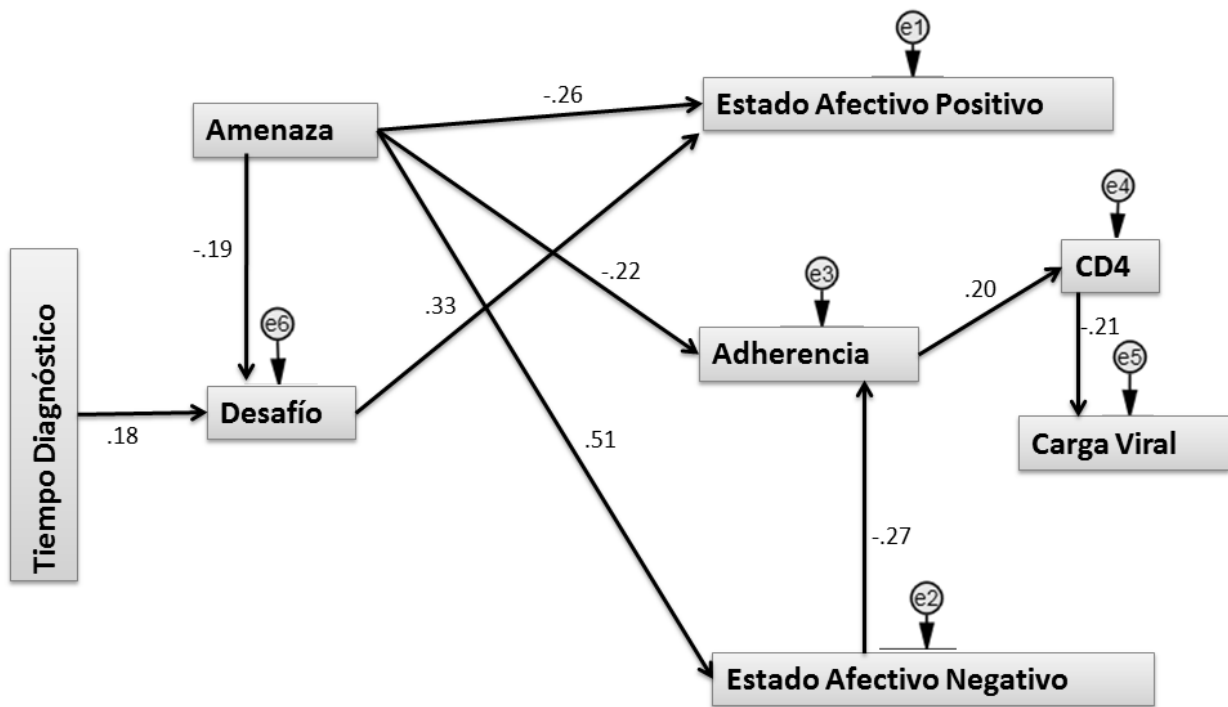
Con la intención de hacer una primera predicción de la dirección que tomarán las trayectorias entre las variables se calcularon regresiones lineales múltiples.

Primero en la variable de adherencia (F= 10.21, gl= 4, p=0.000) el modelo de regresión reveló coeficientes negativos significativos para amenaza ( $\beta = -.209$ , t= -2.52, p=.012) y para afecto negativo ( $\beta = -.281$ , t= -3.51, p=.001). En cuanto al modelo de afecto positivo (F= 12.20, gl= 4, p=0.000) se obtuvieron coeficientes significativos para amenaza ( $\beta = -.249$ , t= -3.08, p=.002) y para desafío un ( $\beta = .329$ , t=4.75, p=.000). Por último el modelo de afecto negativo (F= 20.14, gl= 4, p=0.000) arrojó coeficientes significativos en amenaza ( $\beta = .405$ , t=5.70, p=.000) y en adherencia ( $\beta = -.237$ , t= -3.51, p=.001).



En el modelo de trayectorias solo fueron tomadas en cuenta las variables que demostraron correlaciones entre ellas y se trazaron las trayectorias en función de la dirección de los coeficientes obtenidos en las regresiones. La siguiente figura muestra el modelo de trayectorias resultante (ver fig. 2).

En este caso todas las trayectorias fueron en una sola dirección. La dirección de las flechas indica que esa variable independiente tiene influencia sobre la otra variable dependiente. Esta influencia puede ser directa o indirecta, se dice que es indirecta cuando se obtienen variables mediadoras. Cada trayectorias tiene un coeficiente que muestra el coeficiente estandarizado de regresión, éste puede ser positivo o negativo. Las variables que tengan una flecha con una **e** indica que esa variable puede estar recibiendo influencia de otras variables extrañas no consideradas en el modelo.



**Fig. 2. Modelo de Apreciación Cognitiva en VIH**

La apreciación cognitiva de amenaza se relacionó con el afecto negativo ( $\beta = 0,50$ ) y una menor adherencia ( $\beta = -0,20$ ), siendo esta trayectoria la de mayor peso en el modelo. Por su parte, la apreciación de desafío tuvo relación positiva sobre el afecto positivo ( $\beta = 0,33$ ). El tiempo transcurrido desde el diagnóstico tuvo efecto sobre la apreciación de desafío ( $\beta = 0,18$ ). El afecto negativo se relacionó con menor adherencia ( $\beta = -0,27$ ). Congruentemente, recuentos de CD4 superiores y menos carga viral se relacionaron con una adherencia adecuada ( $\beta = 0,20$ ,  $\beta = -0,21$ , respectivamente). Todas las trayectorias mencionadas fueron significativas con una  $p < 0,05$ .

En cuanto a los índices de ajuste para modelos estructurales, se obtuvieron niveles adecuados que corroboran la validez de las interacciones (ver Tabla 13).

**Tabla 13. Índices de ajuste para el Modelo de Apreciación Cognitiva en VIH**

<b>Default model</b>	<b>NFI</b>	<b>IFI</b>	<b>TLI</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
$\chi^2=15.79$ , gl= 19, p=.671	.911	1.02	1.03	.000	.000

El paso final al realizar un modelo de trayectorias, fue revisar las correlaciones múltiples al cuadrado donde las variables que mayor varianza explicada tienen en el modelo fueron afecto negativo ( $R^2=.262$ ), afecto positivo ( $R^2=.213$ ), y en un menor grado adherencia ( $R^2=.180$ ).

Por otro lado, al contar con un perfil de adherencia, resultó de interés observar las diferencias entre los grupos de amenaza y desafío, para lo cual se calcularon regresiones lineales. Para el grupo de amenaza el valor total de la regresión fue de  $F= 6.25$ ,  $gl= 5$ ,  $p=0.000$ . En este caso la regresión indicó significancia estadística para los componentes de creencias y expectativas sobre los antirretrovirales ( $\beta= -.229$ ,  $t= -2.66$ ,  $p=0.008$ ) y para satisfacción con los antirretrovirales ( $\beta= -.177$ ,  $t= -2.31$ ,  $p=0.022$ ).

Con lo que respecta al grupo de desafío, el valor total de la regresión fue de  $F= 4.32$ ,  $gl= 5$ ,  $p=0.001$ . Los coeficientes fueron significativos para antecedentes de la falta de adherencia ( $\beta= -.181$ ,  $t= -2.25$ ,  $p=0.025$ ), creencias y expectativas sobre los antirretrovirales ( $\beta= .217$ ,  $t= 2.47$ ,  $p=0.014$ ) y satisfacción con los antirretrovirales ( $\beta= .195$ ,  $t= 2.50$ ,  $p=0.013$ ).

## **Fase II. Prueba experimental de las relaciones teóricas de apreciación cognitiva en VIH**

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Manipular experimentalmente la variable de apreciación cognitiva por medio del diseño y aplicación de una intervención cognitivo-conductual para la modificación de la apreciación cognitiva, regulación emocional y mejoramiento de la adherencia terapéutica.

#### **Objetivos específicos**

- Diseñar la intervención cognitivo conductual incluyendo componentes de la Terapia Psicológica Adyuvante.
- Aplicar la intervención en una prueba piloto.
- Obtener un análisis preliminar sobre la utilidad y eficiencia de los componentes de la intervención.

#### **Diseño y tipo de estudio**

El diseño es cuasi-experimental, N=1 medidas repetidas tipo AB, utilizando réplicas individuales. Evaluación pretest, postest y seguimiento a los tres meses finalizado el tratamiento.

#### **Tamaño y tipo de muestra**

N=1 con 5 réplicas. Muestra no probabilística

## **Método**

### **Participantes**

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Pacientes mayores de edad con diagnóstico positivo de VIH.
- Que tengan al menos 3 meses recibiendo tratamiento antirretroviral.
- Presentar un puntaje de apreciación cognitiva de amenaza igual o mayor al puntaje de apreciación de desafío.

Se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Tener más de cinco años con el diagnóstico de VIH.
- Incapacidad para contestar los instrumentos en opinión del investigador principal (por razones de enfermedad o deterioro cognitivo).
- Estar o haber estado bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico 6 meses o menos previo a su reclutamiento.

Si el paciente se identificaba con sintomatología ansiosa y/o depresiva severa y que amerite de tratamiento con psicofármacos, puede continuar en la intervención pero quedará excluido de la muestra necesaria para esta fase. No se presentó ningún caso de este tipo.

Aquellos pacientes que acudieron a la evaluación de inclusión al protocolo, que no cubrieron los criterios de inclusión, fueron referidos a la consulta normal de Infecto-Psicología de la misma clínica.

## **Instrumentos**

Los mismos utilizados en la fase previa y para evaluar sintomatología ansiosa y depresiva se utilizaron los Inventarios de Beck de Ansiedad (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) y Depresión (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, Varela, 1998). Las razones por la cual se adicionaron estos inventarios fueron varias, primero son de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la severidad de los síntomas ansiosos y/o depresivos, según sea el caso. Y por otro lado, se requería de una herramienta práctica, breve y precisa que nos indicara el cambio clínico pre-post en el espectro del afecto.

De forma semanal, cada paciente llevó un registro de adherencia semanal, que servía de carnet para el control de asistencia y recordatorio de su próxima cita (Anexo 7) y al inicio de cada sesión contestaban la escala PANAS (Robles y Páez, 2008). Así mismo, en las sesiones que se realizó reestructuración cognitiva, se llenaron registros de pensamientos disfuncionales los cuales se reportan de forma cualitativa en los resultados.

Al finalizar la intervención se les pidió que contestaran el cuestionario de satisfacción con el tratamiento de 4 preguntas: *¿Qué tan satisfecho está con el tratamiento recibido?, ¿Le recomendaría este tratamiento algún amigo o familiar, que tuviera la misma problemática?, ¿Cree que el tratamiento ha sido útil en su caso?, ¿Cree que el tratamiento le ha resultado aversivo o difícil de llevar?* La escala de respuesta de las preguntas fue del 0 al 10, siendo 0 Nada y 10

Totalmente. Adicionalmente, se les preguntaba si tenían algún comentario o sugerencia hacia el tratamiento.

### **Variables del estudio**

Las variables sociodemográficas y clínicas fueron las mismas que en la fase previa. En esta fase, la variable independiente fue la intervención cognitivo-conductual que se encuentra detallada en el anexo 6.

La intervención consta de 3 componentes principales y en cada uno de los componentes se utilizan técnicas específicas.

1. Modificación de la apreciación cognitiva → Reestructuración cognitiva.
2. Reforzamiento y mantenimiento de la adherencia → Registros y ensayos conductuales.
3. Regulación emocional → Relajación y respiración diafragmática.

Las variables dependientes fueron la apreciación cognitiva, el estado afectivo y la adherencia terapéutica.

### **Procedimiento**

En algunos pacientes que en la Fase I se identificaron con puntajes altos de apreciación cognitiva de amenaza, estados afectivos negativos y/o niveles inadecuados de adherencia, se les realizó una evaluación más completa para determinar su sintomatología ansiosa y/o depresiva y se les invitó a participar en el protocolo de intervención cognitivo-conductual.

Así mismo, en la sala de espera de la Clínica de VIH y en la ventanilla donde los pacientes recogen sus medicamentos, se colocaron carteles para invitar a los pacientes interesados a participar en el protocolo.

Los pacientes que cubrieron los criterios de inclusión se citaron de forma individual para agendar el día y la hora de sus sesiones. Se les repartió su carnet y registros semanales de adherencia. Entre los datos, se les pedía un número telefónico para que un día antes a su cita, se les enviara un mensaje o una llamada como recordatorio de su cita al día siguiente. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Aquellos que decidieron dejar la intervención fueron dados de baja sin verse afectado su abordaje usual en la clínica de VIH del INCMNSZ.

La intervención se llevó a cabo en formato individual con 6 sesiones una vez por semana, con duración de 1 hora cada una. Los pacientes acudieron al consultorio 2 de la clínica de VIH, en el 5to. Piso de la Unidad para Pacientes Ambulatorios del INCMNSZ. Todos los pacientes recibieron un seguimiento a los 3 meses de haber concluido su intervención.

La intervención en su totalidad fue impartida por la estudiante de doctorado.

Al finalizar cada intervención, una persona ajena al protocolo, les preguntó de forma individual a los pacientes su opinión y satisfacción con el tratamiento recibido.



## **Análisis estadístico**

En el programa SPSS versión 19 se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Se calcularon frecuencias y porcentajes para describir las variables categóricas y medias, desviaciones estándar y rangos para las continuas.

El puntaje en el autoreporte de adherencia previo a la intervención fue tomado en cuenta con el registro retrospectivo de una semana antes de la primera sesión de intervención. Tanto la puntuación del registro de adherencia y la del PANAS, se calcularon en porcentajes.

Para evaluar cambios post-intervención y seguimiento se utilizó un análisis de varianza bifactorial por rangos de Friedman con las mediciones grupales. El valor significativo para  $p$  fue menor a 0.05.

## **Resultados**

Al protocolo ingresaron 8 pacientes, de los cuales uno lo dejó ya que tenía otro motivo de consulta y se refirió a una clínica especializada, y otro paciente no cubría los criterios de inclusión pero de todas maneras recibió el tratamiento porque así lo solicitó. El total de la muestra fue de 6 pacientes.

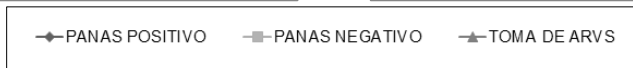
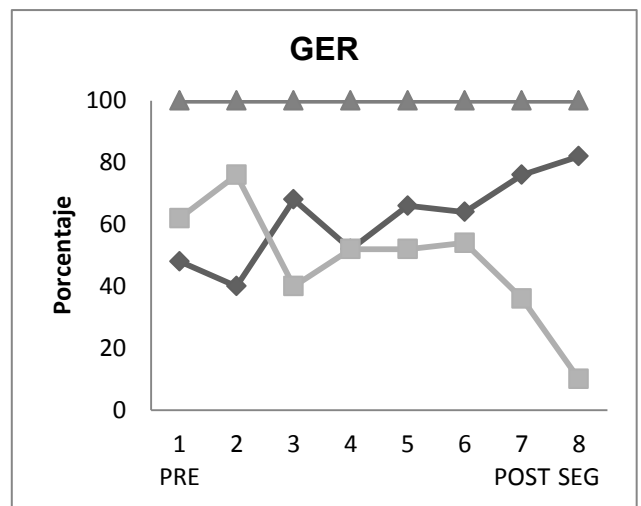
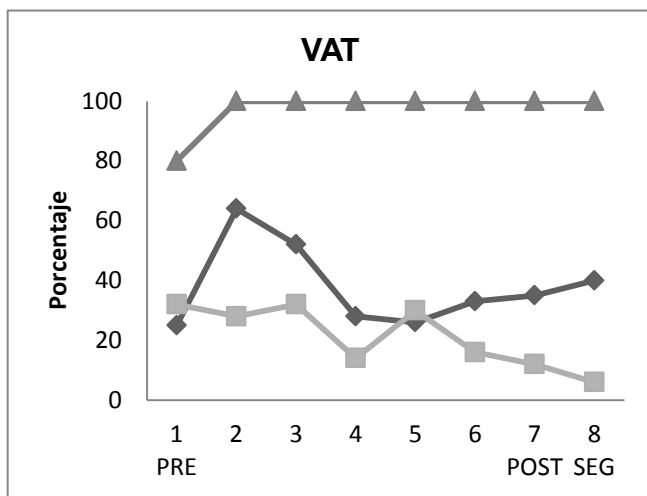
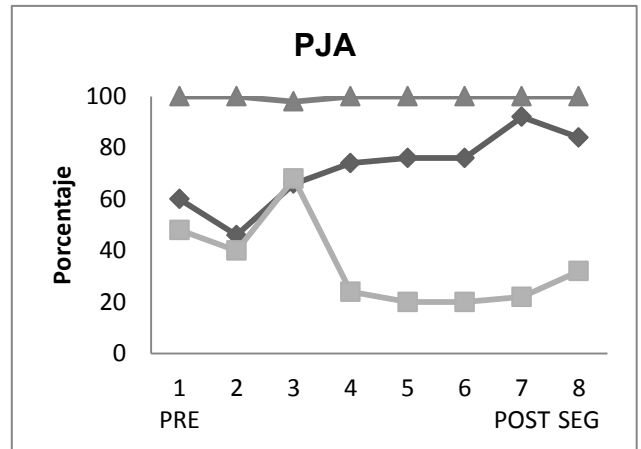
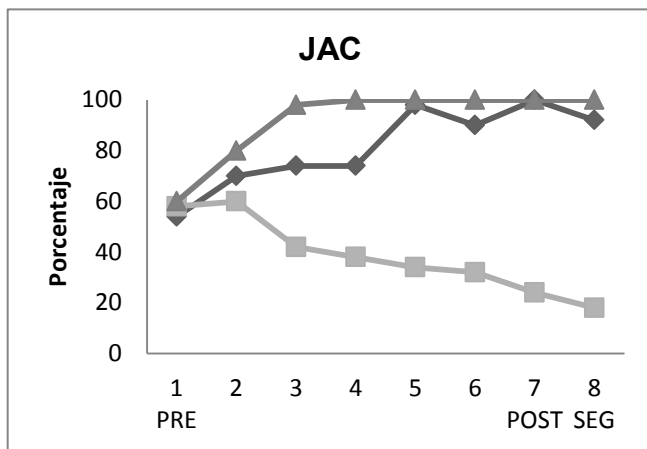
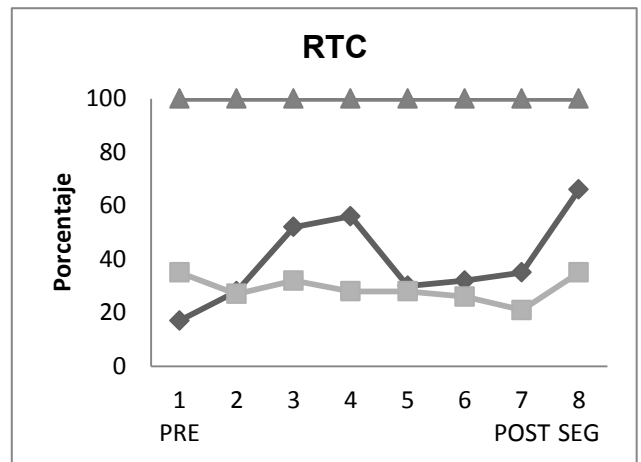
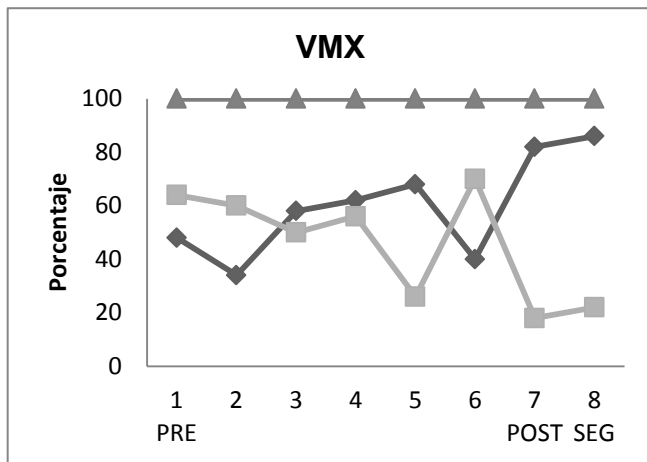
Todos los pacientes fueron del sexo masculino con un rango de edad de 26 a 52 años y una media de 37 años (D.S= 9.5). El grado más bajo de escolaridad fue secundaria y el más alto, estudios de posgrado, con una media en años de escolaridad de 13.3 años (D.S=3.8) para todo el grupo. Todos los pacientes se

encontraban empleados y el 66% tenía pareja estable al momento de la intervención.

En cuanto a las variables clínicas, la media en el tiempo de diagnóstico fue de 7.83 meses (D.S=6.5). La mediana de T CD4+ al inicio de la intervención psicológica fue de 388 células/mm<sup>3</sup> (RIC: 175-636) y carga viral de 245 copias (RIC: 40-574430). Todos los participantes se encontraban en su primer esquema de tratamiento antirretroviral con una media de tiempo bajo tratamiento de 5 meses (D.S=3.89).

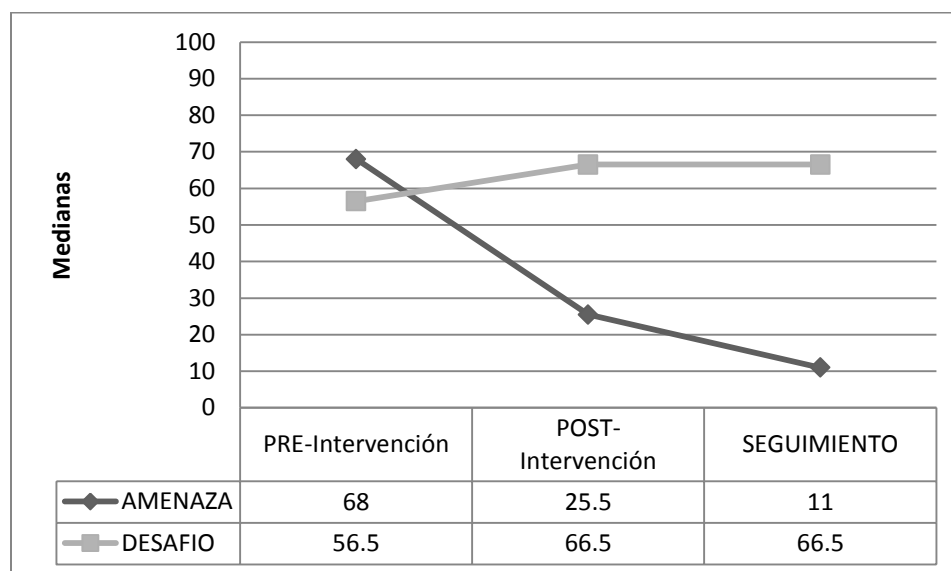
A continuación se describen las mediciones semanales de cada uno de los participantes que fueron tomadas de sus registros de adherencia y de las respuestas al PANAS cada sesión.

De forma general, la adherencia es una variable en la que la mayoría de los pacientes no tuvieron problemas de inicio, sin embargo lograron mantener una adherencia al 100% durante el tratamiento y al término de éste. En cuanto a las variables afectivas, aunque fluctuaban semanalmente, las emociones negativas tuvieron una tendencia hacia la baja lo que pasaba al contrario con el afecto positivo que se incrementaba a lo largo del tratamiento.



**Fig. 3 Registros semanales de afecto y adherencia por paciente**

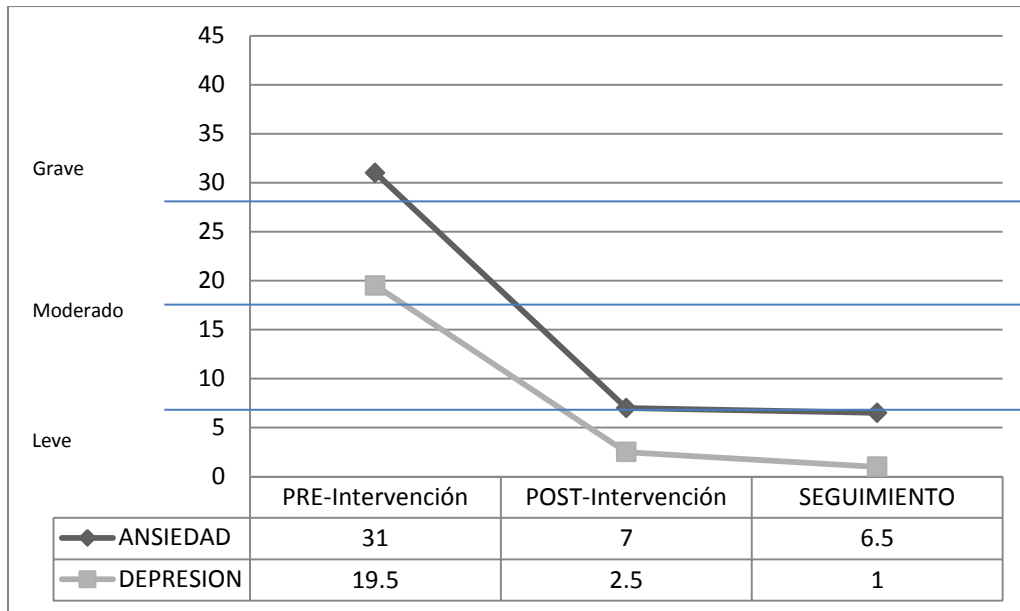
A continuación se muestran los resultados grupales en cada una de las variables de intervención. Los resultados del análisis por rangos de Friedman fueron significativos para ansiedad, depresión, apreciación cognitiva y adherencia.



**Fig. 4 Niveles grupales de percepción de amenaza y desafío entre las tres mediciones**

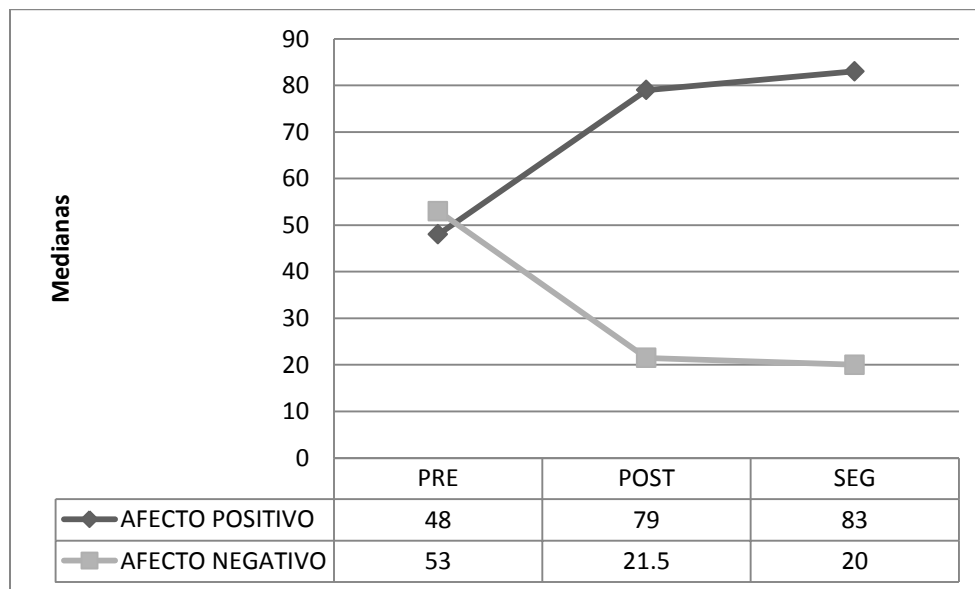
Con relación al efecto de la intervención sobre la apreciación cognitiva, se encontraron diferencias en el nivel de amenaza percibida antes, después y en el seguimiento ( $X^2=11.56$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.003$ ), de la misma forma en desafío ( $X^2=9.33$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.009$ ) pero éste incrementó.

La siguiente figura muestra como el nivel de ansiedad en moderado disminuyó a un nivel bajo ( $X^2=9.47$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.009$ ) y la depresión en nivel moderado remitió ( $X^2=11.14$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.004$ ).



**Fig. 5 Niveles grupales de ansiedad y depresión entre las tres mediciones**

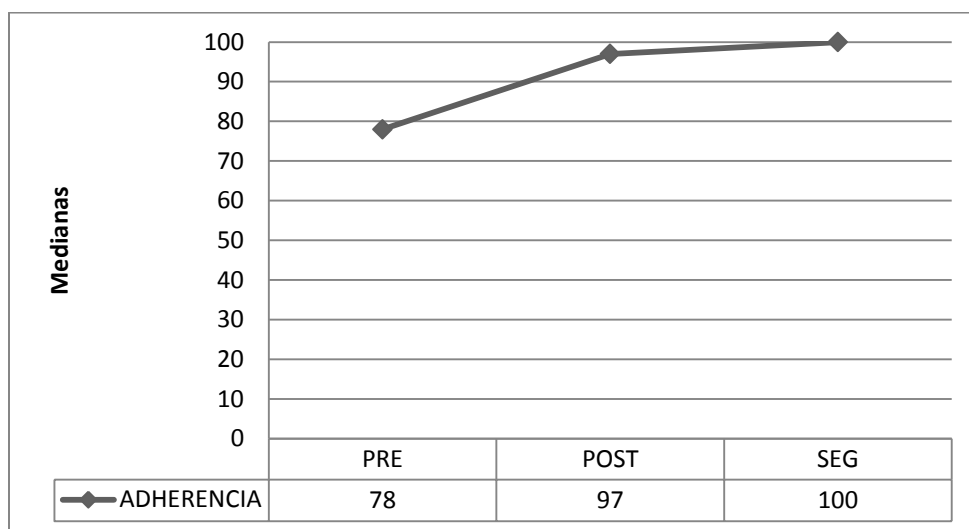
Con respecto a los estados afectivos, éstos se comportaron de forma similar y el cambio fue más marcado.



**Fig. 6 Niveles grupales de estados afectivos positivos y negativos entre las tres mediciones**

El nivel de afecto positivo aumentó después del tratamiento y se mantuvo al seguimiento ( $X^2=9.33$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.009$ ). Por el contrario, el estado afectivo disminuyó significativamente ( $X^2=7.91$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.014$ ).

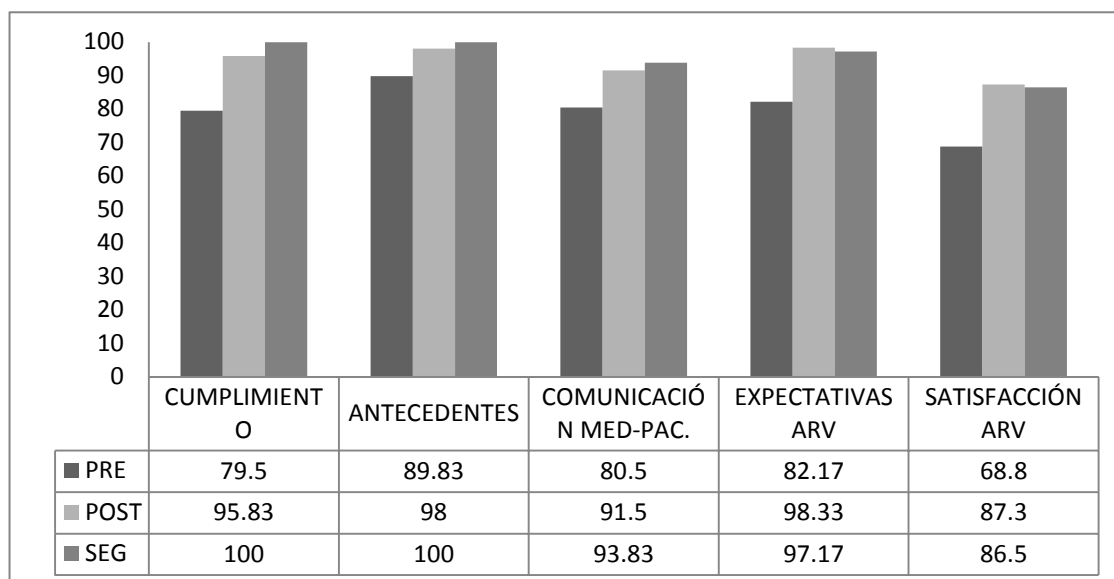
Por último en los niveles de adherencia global, que involucra las siguientes áreas: cumplimiento, antecedentes de falta de adherencia, comunicación paciente-médico, expectativas y satisfacción con el tratamiento, los resultados muestran un aumento estadísticamente significativo ( $X^2=11.27$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.004$ ).



**Fig. 6 Niveles grupales de adherencia global entre las tres mediciones**

Cabe mencionar que en el tratamiento para la infección por VIH la adherencia óptima está considerada por arriba del 95% y el reto del paciente es mantenerla en ese estándar o de preferencia al 100%.

Los componentes del perfil de adherencia evaluado con el CEAT se muestran en la siguiente tabla. Todos, excepto la satisfacción con el tratamiento antirretroviral fueron significativos en los cambios posteriores a la intervención y seguimiento.



**Fig. 7 Índices grupales en los componentes de adherencia entre las mediciones**

En la figura anterior podemos observar los resultados en medianas. Los resultados de la prueba Friedman fueron los siguientes: cumplimiento  $\chi^2= 7.53$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.023$ , antecedentes a la falta de adherencia  $\chi^2= 10.33$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.006$ , comunicación entre el médico-paciente  $\chi^2= 5.69$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.058$ , expectativas sobre los antirretrovirales  $\chi^2= 5.76$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.056$  y para satisfacción con el medicamento antirretroviral  $\chi^2=4.58$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.101$ .

En cuanto a las variables clínicas específicamente conteo de CD4 y carga viral, no se encontraron diferencias significativas entre las medidas al final de la intervención y en el seguimiento a los 3 meses. Al seguimiento los últimos estudios de los pacientes reflejaron una mediana de T CD4+ 388 células/mm<sup>3</sup> (RIC: 175-636) y carga viral de 245 copias (RIC: 40-574430). Esto nos refiere que continuaron con un adecuado control virológico.

Una parte sustancial del estudio fueron los registros de pensamientos disfuncionales que los pacientes llenaban cada sesión y eran material para provocar el debate y por consecuencia la modificación de pensamientos, siempre teniendo presente la intención de que el paciente *re-apreciara* de forma más adaptativa el VIH.

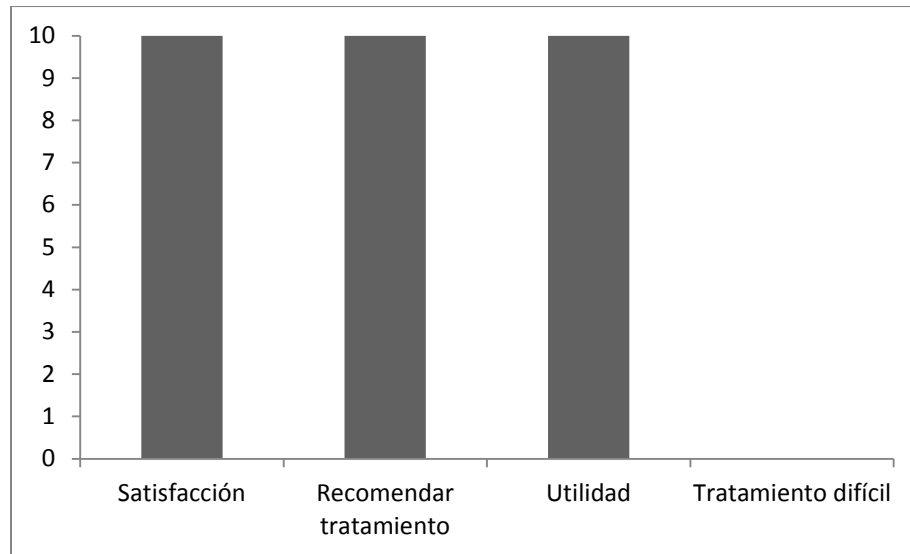
Estos son algunos ejemplos de los registros de los pacientes en sesiones iniciales y finales, en las que pueden notarse cambios importantes:

Sesiones iniciales	Sesiones finales
<b>Paciente VMX</b>	
<p><i>“No sé qué me vaya a pasar después del tratamiento”.</i></p> <p><i>“Siempre se me ha jodido la vida, ahora más”.</i></p>	<p><i>“Hay muchos avances médicos y el tratamiento sí está funcionando”.</i></p> <p><i>“No debo exigirme tanto, tan rápido”.</i></p>
<b>Paciente JAC</b>	



<p><i>“Si la gente se entera que tengo VIH se acabó mi vida”.</i></p> <p><i>“No me gusta tomarme el medicamento porque me provoca efectos secundarios”.</i></p>	<p><i>“El VIH no me quita todo lo demás que soy”, “No vale la pena vivir atemorizado por si se entera la gente”.</i></p> <p><i>“Le encuentro más ventajas a tomarme el medicamento, a no hacerlo”.</i></p>
<p><b>Paciente GER</b></p>	
<p><i>“¿Qué tanto vale la pena estar aquí?”.</i></p> <p><i>“No sé si voy a estar aquí en unos años”.</i></p>	<p><i>“La enfermedad ya pasó a segundo término, ahora le hago frente a otros problemas”.</i></p> <p><i>“Es momento de replantearme mis metas en la vida”.</i></p>

Por último, en las preguntas sobre satisfacción con el tratamiento, éstos fueron los resultados.



**Fig. 8 Evaluación grupal de satisfacción con el tratamiento**

Al preguntarles algún comentario o sugerencia sobre el tratamiento, un paciente comentó que le gustaría que fueran más sesiones, aproximadamente 12. Y otro paciente comentó que le hubiera gustado recibirlo antes cuando recibió su diagnóstico.

## **Discusión**

El objetivo principal del estudio fue examinar la relación entre la apreciación cognitiva y el estado afectivo (positivo y negativo) del paciente y el nivel de adherencia terapéutica (adecuado e inadecuado).

Con esta intención se validó la escala de Apreciación Cognitiva en población mexicana, que mostró un comportamiento congruente con la versión original de Pakenham y Rinaldis (2002). La estructura factorial del instrumento confirmó la existencia de tres factores (amenaza, desafío y control) con las cargas de reactivos en las direcciones esperadas y parámetros de consistencia interna adecuados. Los resultados mostraron intercorrelaciones entre las subescalas de amenaza y desafío, aunque no altas en magnitud, sí de forma consistente con las relaciones teóricas propuestas en el Modelo Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1984).

Como se predijo de forma teórica, la apreciación cognitiva estuvo asociada con la adaptación a la infección por VIH, tomando como referencia los resultados en adhesión terapéutica (CEAT-VIH) y estado afectivo (PANAS). Específicamente, altos niveles de amenaza, que se presentan cuando la persona anticipa un posible peligro ante el evento, estuvieron asociados con menor adherencia y estados afectivos negativos. Por el contrario, la apreciación cognitiva de desafío y control, donde se divisa una posibilidad de ganancia y oportunidad de crecimiento cuando la persona se percibe con las habilidades y recursos necesarios para

afrontar el evento, tuvieron correlaciones positivas con afecto positivo; y la apreciación de control tuvo asociación con adecuados niveles de adherencia. Estos resultados son consistentes con los estudios anteriores con personas con VIH/SIDA (Anderson, 1995; Thompson, Nanni y Levine, 1994; Pakenham y Rinaldis, 2001) que indican que la apreciación de la enfermedad puede influenciar el ajuste psicosocial a la enfermedad.

El nivel moderado de consistencia interna que se obtuvo en el factor control puede tener varias explicaciones; una es que se debe a que la escala solo contara con dos reactivos; por otro lado, puede ser sinónimo de las condiciones médicas estables de la muestra y ante lo que se presenta una mayor percepción de bienestar. Los pacientes tenían adecuados marcadores biológicos y se encontraban todos bajo tratamiento farmacológico, lo que puede traducirse en que aspectos tales como la atención y el tratamiento estuvieran cubiertos y con buenos resultados. Lo anterior coincide con la teoría de Pakenham y Rinaldis (2002) y las expectativas que estos autores tenían sobre su muestra que estaba en una etapa asintomática de la infección o tenían muy pocos síntomas; estos también presentaron niveles más altos de adaptación al VIH/SIDA.

Así mismo, de acuerdo a los puntajes obtenidos en la escala y al compararlos entre los arrojados con el CEAT (instrumento de adherencia) y el PANAS (instrumento de afecto), se obtienen puntajes diferentes para cada grupo por lo que se concluye que el instrumento tiene la capacidad de discriminar entre las dimensiones de la apreciación cognitiva.

A pesar de que la apreciación cognitiva ha demostrado ser un fuerte predictor de la adaptación a las enfermedades, son pocos los estudios al respecto y pasarla por alto puede estar arrojando resultados imprecisos tanto en los modelos teóricos explicativos de *distrés* y la falta de adherencia, como de las intervenciones dirigidas a mejorarlas.

Los hallazgos de este estudio proporcionaron un primer acercamiento a una nueva línea de investigación, ya que al tener mayor comprensión de la apreciación cognitiva por medio de una herramienta de evaluación, se pueden establecer pautas teóricas que se traduzcan en planes de tratamiento que promuevan el ajuste a la enfermedad y por ende, una mejor calidad de vida para los pacientes.

En esta misma fase el siguiente objetivo fue el de examinar la relación entre la apreciación cognitiva y el estado afectivo del paciente y si éste se relaciona con el nivel de adherencia terapéutica utilizando un modelo de trayectorias.

Siendo la apreciación cognitiva un constructo cambiante con forme al tiempo y al tipo de evento estresor que acontezca a la persona, es conveniente analizarlo no como un concepto total, si no desde los tipos de apreciación cognitiva que lo componen: amenaza, desafío y control. En otras palabras, la persona a la vez puede presentar grados de apreciación de amenaza y desafío de una situación en particular.

De acuerdo con su definición, la apreciación de amenaza es aquella en la que perciben daños o pérdidas que no han ocurrido todavía, pero que se prevén como posibles o inminentes; lo que podría superar los recursos del individuo para

afrontar el evento estresante. En cambio el desafío es cuando se percibe al evento como potencialmente superable si se movilizan las fuerzas necesarias para ello.

En el caso de desafío y control, los dos subtipos de apreciación cognitiva se comportan de forma similar, por lo que se optó por no incluir al control en el modelo teórico, a fin de evitar confusión, al menos en este primer acercamiento al fenómeno. Además en la escala evaluada, el factor de control fue el que presentó una confiabilidad baja.

Las interacciones en el modelo de trayectorias generado se dieron en la dirección esperada con respecto a la literatura y con respecto a las hipótesis planteadas con anterioridad. La apreciación cognitiva de amenaza tuvo un efecto sobre el estado afectivo negativo y éste a su vez impactó de forma negativa el nivel de adherencia; siendo esta la relación de mayor peso en el modelo.

En concreto, los niveles más altos de amenaza percibida fueron encontrados en asociación con el ajuste más pobre en todos los sentidos. Este hallazgo es consistente con los pocos estudios de VIH/SIDA que han investigado este concepto (Anderson, 1995; Thompson et al., 1994; Pakenham y Rinaldis, 2001).

En cuanto a las diferencias por grupo antes de realizar el modelo, se aporta evidencia al encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los componentes cognitivos de la adherencia como lo son la satisfacción y expectativas del tratamiento y el tipo de apreciación cognitiva. En esta dirección, Moitra, Herbert y Forman (2011) encuentran hallazgos similares.

En el estudio de Pakenham (2000) no se encontró que la apreciación de amenaza estuviera asociada con la adherencia, sin embargo, ellos solo estudiaron la adherencia como conducta y no a los elementos cognitivos asociados.

Cabe mencionar que la relación entre el estado emocional, sobre todo síntomas depresivos actuales, y la adherencia terapéutica presenta un amplio sustento empírico (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008; DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Gonzalez, Batchelder, Psaros y Safren, 2011). Además, en el modelo producto de este trabajo, la apreciación cognitiva de desafío tuvo un efecto positivo sobre el afecto positivo. Esto indica que los pacientes que percibían al VIH como un reto o algo que pueden controlar presentaban estados de ánimo más favorables. Así, en congruencia con Pakenham y Rinaldis (2001) se sugiere que el tipo de apreciación cognitiva del VIH/SIDA es una variable predictora para el estado afectivo.

El afecto, al ser un concepto más amplio que las emociones es recomendable utilizarlo en el ámbito de la salud ya que está comprobada su relación con la promoción de conductas saludables o no saludables (Salovey, Detweller, Steward y Bedell, 2000).

Por otro lado, el presente modelo apoya con evidencia la estructura del modelo de transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984). En el modelo transaccional el afrontamiento se origina en la evaluación secundaria de la situación estresante, y para que ésta ocurra debe haber una evaluación primaria

que está basada en la apreciación o evaluación cognitiva que el individuo tiene sobre el estresor, como ocurrió en este estudio.

Al revisar otros modelos de estrés relacionados al VIH, encontramos el de Piña y colaboradores (2007) en el que las competencias conductuales dictaminan el tipo de respuesta a la adaptación del paciente hacia la enfermedad. Por su parte en el modelo de Pakenham (2002), la adaptación al diagnóstico está regulada por las estrategias de afrontamiento. Estos dos modelos, mencionan las cogniciones, sin embargo no les dan suficiente peso en la determinación de las conductas del paciente que vive con VIH.

Por su parte, el modelo de creencias sobre salud de Rosenstock (1974) uno de los más utilizados en promoción de la educación y la salud, además de haber sido probado en población con VIH (Herbst et al., 2005); apoya los hallazgos del presente estudio donde la percepción individual es un factor que contribuye a llevar a cabo o no un comportamiento de salud, en este caso puede ser adherirse o no al tratamiento.

El objetivo de explicar el mecanismo de acción de la apreciación cognitiva sobre el afecto y la adherencia del paciente con VIH por medio de un modelo fue cubierto, ya que se comprobaron relaciones teóricas y se demostró el efecto hipotetizado de esta variable sobre otras.

En la segunda fase de esta investigación se tuvo como objetivo manipular experimentalmente la variable de apreciación cognitiva, y al obtener hallazgos



similares con la fase previa, nos permitió comprobar el impacto que tiene la apreciación cognitiva sobre el afecto y la adherencia.

Anteriores intervenciones terapéuticas existentes en VIH han probado ser útiles y eficaces para lograr objetivos tales como el aumento en adherencia al tratamiento, la disminución de sintomatología depresiva/ansiosa, la promoción del afrontamiento y el manejo del estrés (Harding, Liu, Catalan y Sherr, 2011; Brown y Venable, 2008; Clucas, Sibley, Harding, Liu, Catalan y Sherr, 2011; Mathes, Pieper, Antoine y Eikerman, 2013), pero no han considerado como variable principal de su estudio a la apreciación cognitiva, aun cuando es un factor crucial en la determinación de la respuesta ante la enfermedad, ya sea conductual y/o emocional.

La intervención diseñada se probó por medio de un modelo N=1, el principal beneficio de este diseño es que permite estudiar formulaciones teóricas exploratorias de manera individual, pero a su vez hacer comparaciones entre el grupo. Otra ventaja de este diseño fue que brinda la oportunidad de hacer intervenciones “hechas a la medida” del participante, es decir, los módulos y la duración de cada uno de ellos se dio acorde a las necesidades específicas de cada paciente. Con 6 sujetos y a pesar de las necesidades diversas se pudieron observar cambios significativos al modificar la variable principal de apreciación cognitiva.

La reestructuración de pensamientos tuvo un efecto directo sobre los síntomas de depresión y ansiedad reportados y en la respuesta de afrontamiento a

la enfermedad como lo fue en la adherencia. Estos resultados son acordes a los planteamientos teóricos sobre estrés y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, en las que las respuestas de afrontamiento dependieron de la evaluación primaria y secundaria (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

Los pacientes, al revalorar que el vivir con VIH no fue un factor que limitara su vida o un obstáculo para cumplir sus metas, cambiaron su respuesta emocional y conductual. Es claro que el reemplazo de pensamientos irracionales por funcionales y realistas genera mayor ajuste a la enfermedad.

De manera congruente se utilizaron los principios de la Terapia Psicológica Adyuvante (Moorey y Greer 1989; Romero, Ibáñez y Monsalve, 2000) la cual está enfocada en la promoción de la adaptación a la enfermedad. Las técnicas utilizadas fueron útiles y precisas para cada componente de la intervención. La reestructuración cognitiva se utilizó para la modificación de la apreciación cognitiva y la disminución de síntomas depresivos, la relajación y respiración diafragmática para reducir síntomas ansiosos.

El uso de autoregistros semanales para evaluar y monitorear la adherencia tuvo buena aceptación por parte de los pacientes y además resultaron medidas confiables que se correlacionaron con lo reportado en la fase II. De manera consistente y recientemente Simoni et al. (2014), apoyan la validez de la adherencia auto-reportada para la investigación clínica en VIH.

Por otro lado, el haber contado con un perfil de adherencia (CEAT; Remor 2002), que además de mostrar el cumplimiento en la toma de antirretrovirales,

permitiera conocer si el paciente estaba o no satisfecho con su tratamiento, las expectativas hacia el tratamiento, la comunicación médico-paciente y si el paciente dejaba de tomar su medicamento debido a los efectos secundarios o estados de ánimo displacenteros, hizo posible tomar en cuenta aspectos cognitivos involucrados en la adherencia terapéutica que fueron susceptibles de cambio por medio de la modificación de pensamientos.

En esta muestra de pacientes fue común encontrar que cumplían al 100% con la toma de medicamentos, sin embargo tenían otras áreas que disminuían el porcentaje de la adherencia global. Modificando o reestructurando estas áreas de oportunidad, como las expectativas al tratamiento o la relación médico-paciente, se puede asegurar una adherencia a largo plazo y dotar al paciente de estrategias para hacerle frente a los problemas cotidianos relacionados con su tratamiento.

La reducción significativa de la sintomatología depresiva podría haberse sobreestimado debido al uso del Inventario de Beck, que incluye reactivos que pudieran confundirse con síntomas propios de la enfermedad. Sin embargo, al revisar los reactivos donde hubo diferencias, la mayoría correspondía a desesperanza, anhedonia, soledad, sentimiento de culpa; además, ninguno de los participantes presentaba síntomas físicos relevantes o incapacitantes relacionados a la infección por VIH.

Por otro lado, la medición basal o pre-intervención de sintomatología depresiva y ansiosa indicó que aquellos pacientes que tenían más altos niveles de ansiedad y/o depresión también tenían mayores porcentajes de amenaza como

apreciación cognitiva. Este dato es congruente con lo encontrado al validar la escala de apreciación cognitiva en VIH y encontrar correlación con la escala de estado afectivo negativo y con los hallazgos del modelo.

El modelo de trayectorias generado indica ciertas probabilidades entre variables, el cambio clínico confirma estas relaciones por lo tanto que es posible inferir que una intervención basada en la modificación de AC impacta positivamente el estado afectivo y la adherencia terapéutica. Además, una intervención como la del presente trabajo, que se dirige a eliminar las barreras cognitivas y a implementar habilidades cognitivas y conductuales específicas, puede impactar de forma positiva la adaptación general a la enfermedad de las personas que viven con VIH.

Un punto a destacar es que los pacientes que mostraron más ideas irracionales sobre las expectativas y satisfacción con el tratamiento y que incluso presentaban problemas en la comunicación médico-paciente, tenían más síntomas ansiosos y mayores síntomas físicos como gastritis y problemas en la piel que podrían ser producto de rasgos de personalidad ansiosos. Existe vasta evidencia con respecto a la relación entre rasgos específicos de la personalidad y quejas somáticas y/o enfermedad física, y estados emocionales negativos y/o psicopatología (De Gucht, Fischler y Heiser, 2004). Una buena estrategia para los pacientes que presenten este tipo de ideas en combinación con rasgos de personalidad ansiosa, es que reciban un mayor número de sesiones con el objetivo de realizar una reestructuración cognitiva más profunda.

Cabe señalar que la intervención no solo redujo la sintomatología ansiosa y depresiva, sino que los efectos se mantuvieron a lo largo del tiempo, quedando comprobado en el seguimiento que se les hizo a los pacientes a los tres meses de haber concluido la intervención.

La información cualitativa que se obtuvo fue de gran valor. Al inicio de la intervención se hicieron presentes afirmaciones que como elemento en común otorgaban la responsabilidad o el locus de control hacia algo externo y por ende atemorizante o amenazante hacia la vida y metas del individuo. La evidencia anecdótica indica que algunos participantes experimentaban poca confianza en sí mismos y esto pudiera estar relacionado con la percepción de amenaza.

Al paso de las sesiones y cuando está percepción se modificó dirigiéndose hacia desafío, las afirmaciones denotaban mayor afrontamiento centrado al problema, un locus de control interno y cambios positivos en las emociones. Como se menciona en la revisión de Dryden y David (2008) sobre la terapia racional emotiva, una vez que una persona toma el control de sí mismo puede cambiar radicalmente su estado de salud psicológica.

En términos generales, es posible concluir que la intervención cognitivo conductual del presente estudio demostró efectividad en la modificación de la apreciación cognitiva de amenaza. Así mismo, al centrar el afrontamiento del paciente hacia el problema y brindarle estrategias de afrontamiento con un enfoque activo, como la reevaluación positiva, la expresión emocional y la activación conductual, se propiciaron mejores desenlaces clínicos, y se logró incrementar la apreciación cognitiva de desafío que a su vez incrementa la

percepción de control sobre la enfermedad y puede propiciar estados afectivos más positivos. El estado afectivo y la adherencia mostraron un impacto positivo y estadísticamente significativo al finalizar la intervención.

La adaptación a cualquier enfermedad es un proceso dinámico, y el clínico en cualquier momento de la enfermedad, pero sobre todo muy cercano al diagnóstico, a través de la exploración y modificación de la apreciación cognitiva sobre el padecimiento podrá prevenir futuros trastornos del estado de ánimo y ansiedad, así como faltas o abandono al tratamiento antirretroviral, ya que permitirá identificar a los pacientes con mayor riesgo y promover mecanismos de afrontamiento adaptativos.

## **Conclusiones generales**

Al término del estudio se obtuvo una escala (EAC-VIH) que cuenta con un adecuado soporte psicométrico que la vuelve una medida confiable y útil para medir en un formato breve la apreciación cognitiva en esta población; por lo que se recomienda su uso para fines clínicos y/o de investigación.

El modelo de trayectorias demostró la relación y el peso que tiene la apreciación cognitiva sobre las variables de afecto y adherencia, esto indicó la necesidad de comprobarlo de forma empírica a través de una intervención. Los pacientes al modificar su apreciación cognitiva del VIH de amenaza a desafío, pudieron percibirse con más recursos personales para afrontar la enfermedad.

Por lo tanto, se propone el uso del modelo de apreciación cognitiva en VIH/SIDA como base para diseñar intervenciones cognitivo-conductuales que tengan como objetivo la adaptación del paciente.

La mejoría clínica observada y la practicidad de esta intervención, así como la evidencia clínica y estadística apoyada por la literatura, representan una sólida base para sugerir esta intervención como parte de un protocolo de atención en esta población. El tipo de diseño y los componentes de la intervención permiten que se aplique de manera individual o grupal, siempre y cuando se realice por profesionales capacitados en la misma y con experiencia en pacientes que viven con VIH/SIDA.

## **Limitaciones y sugerencias**

En la fase I, los resultados deben ser interpretados a la luz de las limitaciones propias del estudio, incluyendo el potencial sesgo de un diseño transversal que la muestra esté compuesta de participantes de un solo centro, y todos fueron del sexo masculino, lo cual limita la generalización de los hallazgos. Se sugiere que en futuras investigaciones se utilice un diseño longitudinal y muestras más heterogéneas.

Esta intervención fue la prueba piloto de un programa de intervención y entre sus principales limitaciones se encuentra el tamaño de muestra así como la carencia de grupo control. Además, este tipo de intervenciones deben ser impartidas por un profesional experimentado en terapia cognitivo-conductual, lo que dificulta su reproducción con la misma efectividad por personal no experimentado o no capacitado en el área. Se sugiere la futura aplicación de esta intervención en otras poblaciones con VIH, con un mayor número de pacientes, y con el objetivo de desarrollar manuales de aplicación sistematizada.

Con respecto a la escala, las principales sugerencias es que en futuras investigaciones, la EAC-VIH sea aplicada en combinación con una escala de habilidades de afrontamiento para evaluar tanto la evaluación primaria y secundaria del proceso del estrés. De la misma forma, se sugieren futuros esfuerzos para examinar la validez predictiva, la confiabilidad test-retest y



estabilidad del análisis factorial del EAC-VIH en otros grupos con diferentes características sociodemográficas.

En cuanto a la intervención, el paso a seguir es elaborar un ensayo controlado aleatorizado para probar su eficacia de la intervención. El impacto de su aplicación a mayor escala pudiera verse reflejado no solo en el bienestar emocional del individuo, sino además en la disminución de costos económicos y de tiempo de atención para los pacientes en las clínicas y hospitales.

De igual forma, se sugiere que las intervenciones diseñadas para la mejora de la adherencia terapéutica involucren las dimensiones cognitivas de la misma como las expectativas del tratamiento y satisfacción, ya que pueden ser elementos que favorezcan o no la toma de un medicamento de manera indefinida.

## Referencias

- Amhad, M. (2005). Psychometric evaluation of the cognitive appraisal of health scale with patients with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1): 78-86.
- Amico, R., Harman, J., y Blair, J. (2006). Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41 (3), 285-297. Doi: 10.1097/01.qai.0000197870.99196.ea
- Anand, P., Springer, S.A., Copenhaver, M.M., Altice, F.L. (2010). Neurocognitive impairment and HIV risk factors: a reciprocal relationship. *AIDS and Behavior*, 14(6):1213–26.
- Anderson, S. (1995). Personality, appraisal, and adaptational outcomes in HIV seropositive men and women. *Research in Nursing y Health*, 18(4): 303-312.
- Anderson, S. (2000). Self-esteem and optimism in men and women infected with HIV. *Research in Nursing y Health*, 49(5):262-71
- Antoni, M., Carrico, A., Durán, R., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., et al. (2006). Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress management on human immunodeficiency virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatic Medicine*, 68 (1):143-151.

- Arnsten, J., Li, X., Mizuno, Y. (2007). Factors associated with antiretroviral therapy adherence and medication errors among HIV infected injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46 (Suppl2):S64–71.
- Asch, S., Kilbourne, A., Gifford, A., Burnman, M., Turner, B., et al. (2003). Underdiagnosis of Depression in HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (6): 450-460.
- Azar, M., Springer, S.A., Meyer, J.P., Altice, F. (2010). A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug and Alcohol Dependency*, 112(3):178–93.
- Bae, J., Guyer, W., Grimm, K. y Altice, F. (2011). Medication persistence in the treatment of HIV infection: a review of the literature and implications for future clinical care and research. *AIDS*, 25(3):279-290.
- Bagozzi, R. (1993). An examination of the psychometric properties of measures of negative affect in PANAS-X scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65:836-851.
- Bangsberg, D., Hecht, F., Charlebois, E., Zolopa, a., Holoding, M., Sheiner, L., et al. (2000). Adherence to protease inhibitors, HIV- 1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*, 14 (4):357-366.

- Barroilhet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Basu, S., Chwastiak, L., Bruce, D. (2005). Clinical management of depression and anxiety in HIV-infected adults. *AIDS*, 19(18): 2057-2067
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebraheim, S., Kidd, M., Haines, M. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 372 (372), 940-949.
- Berg, C., Michelson, S. y Safren, S. (2007). Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use and HIV transmission behaviors. *Infectious Diseases Clinicians of North America*, 21 (1), 181-200.
- Berger S, Schad T, von Wyl V, Ehler U, Zellweger C, Furrer H, et al. Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *AIDS*. 2008;22:767-75.
- Bogart, L.M., Catz, S.L., Kell, J.A, Grey-Bernhardt, M.L., Hartman, B.R., Otto-Salaj, L.L., Kack, K.L. y Bloom, F.R. (2001). Psychological Issues in the era of new AIDS treatments from the perspective of persons living with HIV. *Journal of Health Psychology*, 5 (4), 500-516.

- Bower, P. (2002). Primary care mental healthworkers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52, 926-933.
- Bower, P. y Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.
- Braunstein, J. (2004). An Investigation of Irrational Beliefs and Death: Anxiety as a Function of HIV Status. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1):21-38.
- Brown, J. y Vanable, P.A. (2008). Stress Management Interventions for Persons Living with HIV: A Review and Critique of the Literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 26-40.
- Camacho, M. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En S. Ponce de León y S. Rangel (Comps.) *SIDA: Aspectos clínicos y terapéuticos*. (pp.115-138). México: Mc Graw-Hill Interamericana
- Carrobbles, J.A., Remor, E., Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, Apoyo Social Percibido y Distrés Emocional en Pacientes con Infección por VIH. *Psichotema*, 15(3), 420-426.
- Carroll, J., Yik, M., Russell, J. y Keldman, L. (1999). On the psychometric principles of affect. *Review of General Psychology*, 3: 14-22.

- Carver, S., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 267-283.
- Cates, W. (2011). HPTN 052 and the future of HIV treatment and prevention. *The Lancet*, 378 (9787):224-225.
- Catz, S.L., Kelly, J.A., Bogart, L.M. Benotsch, E.G., y McAuliffe, T.L. (2000). Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence among Persons prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology*, 19 (2), 124-133.
- CDC. (1986). *Classification System for human T lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infection*. MMWR, 35(RR-35), 334-339.
- CDC. (1993) *Revised classification system for HIV infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults*. MMWR, 41(RR-17), 1-17.
- CDC. (2001). *Revised guidelines for HIV Counselling, testing and referral*. MMWR, 50(RR19), 1-81 Center of Disease Control. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5019.pdf>
- CDC. (2008). *HIV/AIDS Surveillance report. Survival rates after AIDS diagnosis*. MMWR, 17. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2005report/pdf/2008surveillancereport.pdf>

Censida. (2002). *Programa de acción: VIH/SIDA en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. Secretaría de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx>

Censida. (2010). Estadísticas. *Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México*. Ciudad de México: Censida. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/estadist30Jun2010.pdf>

Chalker, J., Anduaem, T., Gitau, L., Ntaganira, J., Obua, C., Tadeg, H., et al. (2010). Measuring adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings: The feasibility of collecting routine data for key indicators. *BMC Health Services Research*, 10:43.

Chesney, M.A., Ickovics, J.R., Chambers, D.B., Gifford, A.L., Neiding, J., Zwickl B. (2000). Selfreported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials. The AACTG adherence instruments. Patient Care Committee y Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the adult. *AIDS Care*, 12(3):255-266.

Cicconi, P., Cozzi-Lepri, A., Castagna, A., Trescarichi, F., Antinori, A., Gatti, F., et al. (2010). Insights into reasons for discontinuation according to year of starting first regimen of highly-active antiretroviral therapy in a cohort of antiretroviral naïve patients. *HIV Medicine*, 11(2): 104-113.

- Clark, D.A., Beck, A.T., y Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory view on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu, L., Catalan, J., y Sherr, L. (2011). A systematic review of Interventions for anxiety in people with HIV. *Psychology, Health y Medicine*, 16(5), 528–47. doi:10.1080/13548506.2011.579989
- Cohen, C., Hellinger, J., Norris, D., et al. (2000). Evaluation of simplified protease inhibitor dosing regimens for the treatment of HIV infection. *The AIDS Reader*, 10(5):296-313.
- Cohen, F. y Lazarus, R.S. (1979). Coping with stress of illness. En: C. Stone, F. Cohen, y E. Adler (Eds.), *Health Psychology: A handbook* (pp.217-254). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Côte, J., Godin, C., García, P., Gagnon, M. y Rouleau, G. (2008). Program development for enhancing adherence to antiretroviral therapy among persons living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 92(12):965-975.
- Cunningham, A. (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology*, 9 (5): 367-371.



- Crum, N. F., Riffenburgh, R. H., Wegner, S., Agan, B. K., Tasker, S. A., Spooner, K. M., et al. (2006). Comparisons of Causes of Death and Mortality Rates. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2): 194–200.
- De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W. (2004) Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care; A follow-up study. *J Psychosom Res* 56: 279–285. doi:10.1016/S0022-3999(03)00127-2.
- Denson, T., Spanovic, M. y Miller, N. (2009). Cognitive appraisals and emotions predict cortisol and immune responses: a meta-analysis of acute laboratory social stressors and emotion inductions. *Psychology Bulletin*, 135 (6): 823-853. doi: 10.1037/a0016909
- DiMatteo, M. y DiNicola, D. (1982). *Achieving patient compliance*. Nueva York, Pergamon.
- DiMatteo, M., Lepper, H. y Croghan, T. (2000). Depression as a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patients adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14):2101-2107.
- Drever, J. (1952). *A dictionary of psychology*. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin.
- Dryden, W., y David, D. (2008). Rational Emotive Behavior Therapy: Current Status. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 195-209. doi:10.1891/0889-8391.22.3.195.
- Estéves-Casellas, C. (2000). *Variables psicosociales asociados a la adhesión terapéutica en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral*

*de alta eficacia*. Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante. Tesis doctoral no publicada.

Fairley, C., Levy, R., Ragner, C., Allardice, K., Costello, K., Thomas, C. et al. (2003). Randomized trial of an adherence programme for clients with HIV. *International Journal of STDs and AIDS*, 14(12):805-809.

Fernández F. y Pedro, R. (2006). *Psychiatric Aspects of HIV/AIDS*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins.

Finney, J.W. y Moos, R.H. (1986). Matching patients with treatment: Conceptual and Methodological Issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 22-34.

Fisher, J.D., Cornman, D.H., Norton, W.E., Fisher, W.A. (2006). Involving Behavioral Scientists, Health Care Providers, and HIV-Infected Patients as Collaborators in Theory Based HIV Prevention and Antiretroviral Adherence Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43 (Suppl1), S10-S17.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45: 1207-1221.

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress y Coping*, 21(1):3-14.

Folkman, S. y Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6):647-654.

- Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55:745-74.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter : Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5): 992–1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3): 571–579.
- Galindo, S. y Ortega, R. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH-SIDA en el Hospital General de Zona 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social Lic. Ignacio Díaz Tellez. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. 30 (4), 129-133.
- Gallo, R. y Montagnier, L. (1988), AIDS in 1988. *Scientific American*, 259: 41.
- Gara, M.A., Woolfolk, R.L., Cohen, B.D., Golston, R.B., Allen, L.A., y Novalanyy, J. (1993). Perception of self and other in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 93-100.
- García-Huete, E. (1993). *SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*. España: Eudemea Psicología.

- Gatchel, R, Peng Y., Peters M., Fuchs, P. y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychology Bulletin*, 133: 581-624.
- Gatell, JM y Zamora, L. (1994) *SIDA*. España: IDEPSA
- Gaviria, M., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L. y Otalvaro, C. (2009). Estrategias de afrontamiento y depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 22(1):5-13.
- Gilbody, S. y Whitty, P. (2002). Improving the delivery and organization of mental health services: beyond the conventional randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 180, 13-18.
- Goldie, S., Paltiel, A., Weinstein, M., Losina E., Seage, G, Kimmel, A., Walensky, R., Sax, P., Freedberg, K. (2003). Projecting the cost-effectiveness of adherence interventions in persons with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Medicine*, 115(8):632-641.
- González, J., Batchelder A., Psaros, C., Safren S. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment non-adherences: a review and metaanalysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58(2): 181-187.
- Gonzalez, J.S., Penedo, F.J., Antoni, M.H., et al. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4):413–8.

- González-Puente, J.A. (2001). Valoración y restauración de la calidad de vida de pacientes con VIH SIDA. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gore-Felton, C., Koopman, C. (2002). Traumatic Experiences: Harbinger of Risk Behavior Among HIV-Positive Adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(4): 121-135.
- Gottlieb, M., Schroff, R., Schanker, H., Weisman, J., Thim, P., Wolf, R. y Saxon, A. (1981). Pneumocystis carini pneumonia and mucosas candidiasis in previously healthy homosexual men. *The New England Journal of Medicine*, 305 (24): 1425-1431.
- Goujard, C., Bernard, N., Sohier, N., et al. (2003). Impact of a patient education program on adherence to HIV medication: randomized clinical trial. *Journal of Acquired Immune Defic Syndrome*, 34: 191-194.
- Greer, S. y Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 7: 439-453.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J., Watson, M., Robertson, B., Mason, A., et al. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 304 (6828): 675-680.
- Greer, S., Morris, T. y Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: effect and outcome. *Lancet*, 2(8146): 785-787.

- Grossberg R, Zhang Y, Gross R. (2004). A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted changes in viral load in HIV. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57:1107-1110.
- Grossberg R, Zhang Y, Gross R. (2005). Medication refill logistics and refill adherence in HIV. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14(11):789-793.
- Haaga, D. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 547-548.
- Halkitis, P., Palamar, J., Mukherjee, P. (2008). Analysis of HIV medication adherence in relation to person and treatment characteristics using hierarchical linear modeling. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(4):323–35.
- Harding, R., Liu, L., Catalan, J., y Sherr, L. (2011). What is the evidence for effectiveness of interventions to enhance coping among people living with HIV disease? A systematic review. *Psychology, health y medicine*, 16(5), 564–87. doi:10.1080/13548506.2011.58035
- Herbst JH, Sherba RT, Crepaz N, DeLuca JB, Zohrabyan L, Stall RD, Lyles CM. Team atHAPRS. A meta-analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behavior of men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*.2005;39: 228–241.

- Himelhoch, S., Moore, R.D., Treisman, G.J., Gebo, K.A. (2004). Does the presence of a current psychiatric disorder in AIDS patients affect the initiation of antiretroviral treatment and duration of therapy? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(4):1457–1463
- Hofman, P. y Nelson, A. (2006). The pathology induced by highly active antirretroviral therapy against human immunodeficiency virus: an update. *Current Medicine Chemistry*, 13, 3121-3132.
- Hogg, R., O’Shaughnessy, M., Gataric, N., et al. (1997). Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals. *The Lancet*: 349:1294.
- Hogg, R.S., O’Shaughnessy, M.V., Gataric, N., et al. (1997). Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals. *The Lancet*, 349:1294.
- Horne, R., Buick, D., Fisher, M., Leake, H., Cooper, V., Weinman, J. (2004). Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with nonadherence to HAART. *Int. J. STD AIDS*, 15(1):38–44.
- Hugen, P.W., Langebeek, N., Burger, D.M., Zomer, B., van Leusen, R., Schuurman, R., et al. (2002). Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30 (3):324-

- Hunt, P., y Deeks, S. (2006). Immune –based therapy for HIV infection: are acute and chronic HIV infectios different diseases? *Journal of Infectious Diseases*, 194(12):1632.1634.
- Hutton, H., Lyketsos, C., Zenilman, J., Thompson, R., Erbeding, E. (2004). Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Psychiatry*, 161: 912-914.
- Ickovics, J. y Chesney, M. (1997). Issues regarding antiretroviral treatment for patients with HIV-1 infection. *Journal of the American Medical Association*, 278(15):1233-1234.
- Ickovics, J. y Meade C. (2002) Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: a critical link between behavioral and biomedical sciences. *Journal of Aquired Immune Syndrome*, 31 (Suppl1): S98-102.
- Ickovics, J., Hamburger, M., Vlahov, D., Schoenbaum, E., Schuman, P., Boland, R., et al. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *Journal of the American Medical Association*, 285: 1466–1474. doi:10.1001/jama.285.11.1466.
- Jaffee HW, Bregman JD, Selik RM. (1983). Acquired immune deficiency syndrome in the United States: the first 1000 cases. *Journal of Infectious Diseases*, 148: 339



- Jin, H., Atkinson, J., Yu, X., Heaton, R.K., Shi, C., Marcotte, T.P., et al. (2006). Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *Journal of Affective Disorders*, 94:269–275.
- Johnson, E., Bakas, T. , Lyon , B. (2008). Cognitive Appraisal of Health Scale Early Instrument Development in Stroke, *Clinical Nurse Specialist*, 22 (1): 12-18.
- Jurado S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998, 21(3), 26–31.
- Kalichman, S.C., Rompa, D. (2000). Distinguishing between overlapping somatic symptoms of depression and HIV disease in people living with HIV-AIDS. *J Nervous Mental Dis*, 188:662–670.
- Kalichman, S., y Catz, S. (2000). Stressors in HIV infection. En K. Nott y K. Vedhara (Eds.). *Psychosocial and biomedical interactions in HIV infection* (pp. 31-60). Harwood Academic: Amsterdam.
- Kaltenthaler, E., Shackley, P., Stevens, P., et al. (2002). A systematic review and economic evaluation of computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety. *Health Technology Assessment*, 6(22): 1-89.
- Katz, J., Ritvo, P., Irvine, M. y Jackson, M. (1996). Coping with chronic pain. (pp. 252-278). En Zeidner, M. y Endler, N. *Handbook of coping: Theory, research, applications*. John Wiley y Sons: New York.

- Kemppainen, J., Wantland, D., Voss, J., Nicholas, P., Kirskey, K., Corless, I., et al. (2012). Self-care behaviors and activities for managing HIV-related anxiety. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23(2):111-123. doi: 10.1016/j.jana.2011.05.004
- Kessler, T. A. (1998). The Cognitive Appraisal of Health Scale : Development and Psychometric Evaluation. *Research in Nursing and Health*, 21: 73–82.
- Kindelán, J., Del amo, J. Martín, C., Saiz de la Hoya, P., Pulido, F., Laguna, F. (2002). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20 (suppl2): 19–28.
- Knobel, H., Escobar, I., Polo, R., Ortega, L., Martín-Conde, M.T., Casado, J.L., et al. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 23(4), 221-231.
- Kremer, H., Ironson, G., Schneiderman, N., y Hautzinger, M. (2006). To take or not to take: decision-making about antiretroviral treatment in people living with HIV/AIDS. *AIDS patient care and STDs*, 20(5), 335–349. doi:10.1089/apc.2006.20.335
- Kyser, M., Buchacz, K., Bush, T. J., Conley, L. J., Hammer, J., Henry, K., Kojic, E. M., et al. (2011). Factors associated with non-adherence to antiretroviral

therapy in the SUN study. *AIDS care*, 23(5), 601–11.  
doi:10.1080/09540121.2010.525603

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1: 141-169.

Lazarus, R., y Smith, C. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cognition and Emotion*, 2: 281-300.

Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A., Phillips L.A. (2008). Health Psychology: The Search for Pathways between Behavior and Health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505.

Leserman, J., Petitto, J.M., Gu, H., Gaynes, B.N., Barroso; J., Golden, R.N., Perkins, D.O, Folds, J. D., Evans, D.L. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and Psysiological predictors. *Psychological Medicine*, 32(6): 1059-1073.

Ley General de Salud. (2010) Últimas reformas DOF 27-04-2010. Secretaría General. Recuperado de:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

Li. X., Huang, L., Wang, H., Fennie, K.P., He, G., Williams, A.B. (2011). Stigma mediates the relationship between self-efficacy, medication adherence, and

quality of life among people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(11): 665–71.

Lima, V., Harrigan, R., Bangberg, D., et al. (2009). The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquire Immune Defic Syndr*, 50 (5): 529-536.

López, J., Páez, F., Apiquián, R., Sánchez de Carmona, M., Fresán, M., Robles, R. y Nicolini, H. (1996). Estudio sobre la traducción y validación del Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). *Salud Mental*, 19 (3): 39-42.

López-Alveranga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., González-Barranco, J. y Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en un muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.

Lyons, A., Pitts, M., y Grierson, J. (2012). Exploring the Psychological Impact of HIV: Health Comparisons of Older Australian HIV-Positive and HIV-Negative Gay Men. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2340–2349. doi:10.1007/s10461-012-0252-8

Mackinnonm A., Jorm, A., Christensen, H., Korten, A., Jacomb, P., Rodgers, B. (1999). A short form of the positive and negative affect schedule: Evaluation

of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality Individual Differences*, 27: 405-416.

Manirankunda, L., Loos, J., Alou, T.A., Colebunders, R., Nostlinger, C. (2009). "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education and Prevention*, 21:582–589.

Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., Chesney, M. (2002). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*, 34: 1115–1121

Markham, P., Shaw, G., Salahuddin, S., Hahn, B., Sarngadharan, M. y Gallo, R. (1985). Etiology of AIDS: biological and biochemical characteristics of HTLV-III. *Adv Exp Medical Biology*, 187: 13-34.

Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., et al. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.

Mathes, T., Pieper, D., Antoine, S.L., Eikerman, M. (2013). Adherence-Enhancing Interventions for Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients: A systematic review. *HIV Medicine*, 14(10): 583-595.

- Mayne, T.J., Vittinghoff, E., Chesney, M.A., Barrett, D.C., Coates, T.J. (1996). Depressive Affect and Survival Among Gay and Bisexual Men Infected With HIV. *Arch Intern Med*, 156(19):2233-2238
- McDaniel, S. y Blalock, A. (2000). Diagnosis and management of HIV-related mood and anxiety disorders. *New Directions in Psychiatric Services*, 87, 51–56.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1987). Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York: Plenum Press.
- Miller, T. y Bellack A. (1993). AIDS accommodation syndrome: clinical and legal implications. *AIDS Patient Care*, 7, 314-318.
- Moitra, E., Herbert, J.D. y Forman, E.M. (2011). Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care*, 23 (12): 1660-1667. doi: 10.1080/09540121.2011.579945.
- Moneyham, L., Seals, B., Sowell, R., Hennessy, M., Demi A., Brake, S. (1997). The impact of HIV on emotional distress of infected women: cognitive appraisal and coping as mediators. *Scholarly Inquiry of Nursing Practice*, 11(2): 125-145.
- Moore RD, Chaisson RE. (1999). Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS*, 13:1933–1942.

- Moore, R.D., Chaisson, RE. (1999). Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS*, 13: 1933–1942.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. Heinemann Medical Book: Londres.
- Morbidity Mortal Wkly Report. (1983). Update: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-United States, 32 (298).
- Moskowitz, J. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS Mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65:620-626.
- Moynihan, C, Bliss, J., Davisdon, J., Burchell, A. y Horwich, A. (1999). Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 316: 429-435.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2003). *Depression Core Interventions in the Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline*. Draft for Consultation. London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute of Health. (2009). Tratamiento, prevención y otra información sobre VIH/SIDA. AIDSInfo. Recuperado de <http://www.aidsinfo.nih.gov/infoSIDA/>

- Newman, M. (2000). Recommendations for a cost offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 549-555.
- Nezu, A., Nezu, C. y Geller, P. (2003). Health Psychology. (Vol. 9). En Weiner, I. *Handbook of Psychology*. Wiley y Sons: New Jersey.
- Noguera-Orozco, M.J., Caro-Vega, Y., Crabtree-Ramírez, B., Vázquez-Pineda, F. y Sierra-Madero, J.G. (2015). Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Salud Pública de México*, supl 2, S135-S141.
- Noguera-Orozco, M.J., Fresán-Orellana, A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Sosa, J.J., Sierra-Madero, J.G., y Robles-García, R. (En publicación). Escala de Apreciación Cognitiva del VIH/SIDA: adaptación y evaluación psicométrica en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 24(1).
- O'Clérigh, C., Safren, S. (2008). Optimizing the effects of stress management interventions in HIV. *Health Psychology*, 27 (3), 297-301.
- OMS. (1990) Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease. *Weekly Epidemic Record*, 65, 221-228.
- OMS. (2009). *Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por VIH en adultos y adolescentes*. Recomendaciones para la prevención y control de la infección por VIH. Ginebra Serie OMS sobre SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/es/index.html>



OMS. (2010). *Handbook for improving HIV testing and counseling services*. Field-test version. 1/11/2010. Recuperado de: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

ONUSIDA. (2010). *Report on Global AIDS Epidemic*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Recuperado de: [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm)

Organización Panamericana de la Salud (2004). *Adherencia a tratamientos de largo plazo: Pruebas para la acción*. Washington, D.C.

Orlando, M., Tucker, J., y Burnam, M. (2005). A cross-lagged model of psychiatric problems and health-related quality of life among a national sample of HIV-positive adults. *Medical Care*, 43, 21-27.

Pakenham, K. I., y Rinaldis, M. (2001). The Role of Illness , Resources , Appraisal, and Coping Strategies in Adjustment to HIV / AIDS : The Direct and Buffering Effects, *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3): 259-279.

Pakenham, K. y Rinaldis, M. (2002). Development of the HIV/AIDS Stress Scale. *Psychology and Health*, 17(2):203-219.

Pakenham, K., Dadds, R. y Terry, D. (1996). Adaptive demands along the HIV disease continuum. *Social Science and Medicine*, 42: 245-256.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents.

- Department of Health and Human Services. (2011) Disponible en:  
<http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- Park, C., Folkman, S., Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3): 481-488.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 21–30.
- Pence, B. W., Miller, W. C., Whetten, K., Eron, J. J., y Gaynes, B. N. (2006). Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 42(3), 298–306.  
doi:10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa
- Penedo, F. J., Antoni, M. H., Schneiderman, N., Ironson, G. H., Malow, R. M., Cruess, S., Hurwitz, B., et al. (2001). Dysfunctional Attitudes , Coping , and Depression Among HIV-Seropositive Men Who Have Sex with Men, 25(5), 591–606.
- Pérez-Patrigéon, S., Franco-San, S., Soto-Ramírez, L., Villasis-Keever, A. y Sierra-Madero, J. (2004). Use of two spanish translated instruments (SMAQ and AACTG) to evaluate prevalence of non-adherence to antirretroviral

treatment in HIV infected subjects in Mexico City. XV International AIDS Conference.

Petronella, J., Vant Veer-Tazelaar, P.J., VanMarwijk, H., Van Oppen, P., Van Hout, H.P., Van der Horst, H.E., Cuijpers, P., Smith, F., Beekman, A.T. (2009). Stepped care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 279-304.

Piña, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicologico para la investigacion de los comportamientos de adhesion en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.

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(6), 377-383.

Pradier, C., Bentz, L., Spire, B., et al. (2003). Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clinical Trials*, 4:121–131.

Press, N., Tyndall, M. W., Wood, E., Hogg, R. S., y Montaner, J. S. G.(2002). Virologic and immunologic response, clinical progression, and highly active antiretroviral therapy adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S112–S117.

- Quiroga, H.A., Sánchez-Sosa, J.J., Medina, M.E., Aparicio, C.F. (2007). Desarrollo de un modelo cognitivo conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (003), 563-577.
- Rabin, J. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Report*, 5: 163-171.
- Rabkin J., y Chesney, M. (1999). Treatment adherence to HIV medications: The Archilles heel of the new therapeutics. En: Ostrow D, Kalichman S (Eds.) Behavioral and health impacts of new HIV therapies. New York: Plenum.
- Rabkin J., y Ferrando, S. (1997). A 'second life' agenda. Psychiatric research issues raised by protease inhibitor treatments for people living with the human immunodeficiency virus or the acquired immunodeficiency syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 54 (11): 1049-1053.
- Ramalingam, S., Kannangai , R., Zachariah, A., Mathai, D., Abraham, C. (2001). CD4 counts of normal and HIV-infected south indian adults: do we need a new staging system? *National Medicine Journal of India*, 14, 335-339.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. y López, A. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12: 749-756.
- Redfield, R., Wright, D., Tramont, E. (1986). The Walter Reed staging classification for HTLV III/LAV infection. *New England Journal of Medicine*, 314, 131-132.

- Reed, G., Kemeny, M., Taylor, S., Wang, H. y Visscher, B. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13: 299-307.
- Remor, E. (2008). International Psychometric Study of the Adherence to Antiretroviral Treatment Questionnaire. Paper presented at the 22<sup>nd</sup>. Annual conference of the European Health Psychology Society y the 11<sup>th</sup>. Annual Conference of the BPS Division of Health Psychology. Bath, UK.
- Remor, E.A. y Ulla, S. (2002a). Sexuality, Perceived Illness and Quality of Life in Spanish Gay and Bisexual Men Living with HIV. *The Journal of the Gay Lesbian Medical Association*, 6(2), 41-45.
- Remor, E.A., Carrobbles, 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 (2), 323-336.
- Remor,E.. (2002b). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psichotema*, 14(2), 262-267.
- Richards, D., Richards, A., Barkham, M., et al. (2002). PHASE: a health technology approach to psychological treatment in primary mental health care. *Primary Health Care Research and Development*, 3, 159-168.
- Rigsby MO, Rosen MI, Beauvais JE, Cramer JA, Rainey PM, O'Malley SS, Dieckhaus KD, Rounsaville BJ. (2000). Cue-dose training with monetary

- reinforcement: pilot study of an antiretroviral adherence intervention. *J Gen Intern Med*, 15:841-7.
- Roberts, J.E., Ciesla, J.A., Drenfeld, D.M., y Hewitt, R.G. (2001). Vulnerability to psychological distress among HIV-positive individuals: The roles of acute stressful life events and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 30, 241-257.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1): 69-75.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18: 211-217.
- Romero, R. (2003). La Terapia Psicológica Adyuvante en el entorno oncológico. (pp. 76-94). En Caro I. (Ed.) *Psicoterapias cognitivas*. Paidós: Barcelona.
- Romero, R., Ibáñez, E. y Monsalve, V. (2000). La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. En Gil, F. (comp.) *Manual de Psico-oncología* (pp. 15-37). Nova Sidonia Oncología: Madrid.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. Vol. 2 No. 4.

- Sabate, E. (2001). *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva, World Health Organization.
- Sackett, D.L., Haynes, R.B. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Safren, S. A., Otto, M. W. y Worth, J. (1999). Life-Steps: Applying Cognitive Behavioral Therapy to HIV Medication Adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6: 332–341.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., y Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1151–62.
- Safren, S.A., O'Cleirigh, C., Tan, J.Y., Raminani, S.R., Reilly, L.C., Otto, M.W., et al. (2009) A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28:1-10.
- Salovey, P., Detweller, J., Steward, W. y Bedell, B. (2000). Affect and Health- Relevant Cognition (pp. 347-366). En Forgas, J. (Ed.) *Handbook of Affect and Social Cognition*. Taylor y Francis: Reino Unido.

- Samson, A., y Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counselling*, 70(3): 426-429.
- Sánchez, H., Loredó, C., Infante, D., Casarrubias, M., Vilchis, E., Martínez, M. y Garduño, J. (2002). Medical Outcomes Study modificado. Validación para evaluar la calidad de vida del paciente con sida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 40 (3), 197-201.
- Sánchez-Sosa, J. J., y Poldrugo, F. (2001). Family and cultural influences on alcohol and young people. In E. Houghton y A. M. Roche (Eds.), *Learning about drinking* (pp. 57–83). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Sánchez-Sosa, JJ. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19:85-92.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9(2): 133-170.
- Sarngadharan, M., DeVico A., Brunch, L., Schüpbach, J., y Gallo, R. (1984). HTLV-III: the etiologic agent of AIDS. *Princess Takamatsu Symp*, 15:301-308.
- Schneiderman, N., Antoni, M.H., Saab, P.G., Ironson, G. (2001). Health Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555-80.



- Scogin, F., Hanson, A. y Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 341-349.
- Scott-Sheldon, L. y Kalichman, S. (2008). Stress management interventions for HIV+ Adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychology*, 27 (2), 129-139.
- Shacham, E., Morgan, J. C., Önen, N. F., Taniguchi, T., y Overton, E. T. (2012). Screening anxiety in the HIV clinic. *AIDS and behavior*, 16(8), 2407–13. doi:10.1007/s10461-012-0238-6
- Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., y Catalan, J. (2011). HIV and Depression - a systematic review of interventions. *Psychology, Health y Medicine*, (October), 37–41. doi:10.1080/13548506.2011.579990
- Siegel, K. (2005). Stress, appraisal and coping: a comparison of HIV infected women in the pre-HAART and HAART era. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3): 225-233.
- Simoni, J.M., Huh, D., Wang, Y., Wilson, I., Reynolds, N., Remien, R. y cols. (2014). The validity of self-reported medication adherence as an outcome in findings from the MACH14 study. *AIDS and Behavior*, 18(12): 2285-2290.
- Simoni, J. M., Pearson, C. R., Pantalone, D. W., Marks, G., y Crepaz, N. (2006). Efficacy of interventions in improving highly active antiretroviral therapy adherence and HIV-1 RNA viral load. A meta-analytic review of randomized

controlled trials. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 43 Suppl 1(September 2005), S23–35. doi:10.1097/01.qai.0000248342.05438.52

SINAIS. (2010). *Principales causas de mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años)*. Sistema Nacional de Información en Salud. Recuperado de: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>

Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J. C., Mohr, J. a, Squier, C., y Wagener, M. M. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 29(4), 824–30. doi:10.1086/520443

Smit, C., Hallett, T. B., Lange, J., Garnett, G. y De Wolf, F. (2008). Late entry to HIV care limits the impact of anti-retroviral therapy in The Netherlands. *PLoS one*, 3(4), e1949. doi:10.1371/journal.pone.0001949

Smith , C. y Kirby, L. (2000). Consequences require antecedents: Toward a process model of emotion elicitation. En J.Forgas (Ed.) *Feeling and thinking: The role of affect in social cognition* (pp. 83-106). Cambridge University Press.

Smith, C. y Lazarus, R. (1990) Emotion and adaptation. En: L. A. Pervin (Ed.9) *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp.609-637). Guilford: New York.

- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 573-579.
- Soto Blanco, J., Pérez, I. y March, J. (2005). Adherence to antirretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *International Journal of STD's and AIDS*, 16(2): 133-138.
- Spire, B., Duran, S., Souville M., Leport et al. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science y Medicine*, 54:1481-1496.
- Springer, S., Dushaj, A. y Azar, M. (2012). The impact of DSM-IV Mental Disorders on Adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 16: 2119-2143.
- Stanton, A., Tennen, H., Affleck, G., Mendola, R. (1991). Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women y Health*, 17(3): 1-15.
- Sullivan, P., Campsmith, M., Nakamura, G., Begley, E., Shculden, J., Nakashima, A. (2007). Patient and regimen characteristics associated with self-reported non-adherence to antiretroviral therapy. *PLoS One*, 2(6): e552.
- Sumari-de Boer, I., Sprangers, M., Prins, J. y Nieuwark, P. (2012). HIV Stigma and Depressive Symptoms are related to adherence and virological response to

antiretroviral treatment among immigrants and indigenous HIV infected patients. *AIDS and Behavior*, 16: 1681-1689.

Schwartz, G.E., y Weiss, J.M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 6, 187-198.

Tegger, M.K., Crane, H.M., Tapia, K.A., Uldall, K., Holte, S.E., Kitahata, M.M. (2008). The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care and STDS*, 22(3):233–43.

Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J, Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.

Teva, I., Paz Bermúdez, M. d. I., Hernández Quero, J. y Buela Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28(5) 40-49.

Thompson, M.A. Aberg, J., Hoy J.F., et al. (2012). Antiretroviral treatment of adults HIV infection: 2012 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*, 308(4): 387-402. doi: 10.1001/jama.2012.7961

Tuldra, A. y Wu, A. (2002). Interventions to improve adherence to antirretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Syndrome*, 15 (Suppl3): s154-157.

- Van Tam, V., Pharris, A., Thorson, A., Alfven, T., Larsson M. (2011). “It is not that I forget, it’s just that I don’t want other people to know”: barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. *AIDS Care*, 23(2):139–45.
- Von Korff, M. y Moore, J. (2001). Stepped care for back pain: activating approaches for primary care. *Annals of Internal Medicine*, 134, 911-917.
- Von Korff, M. y Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *West Journal of Medicine*, 172(2), 133-137.
- Wafaa, M.E. y Abrams, E.J. (2007). Scale-up of HIV Care and Treatment: can it transform healthcare services in resourced-limited settings? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 21(Suppl5), S65-S70.
- Wagner, G. J., Goggin, K., Remien, R. H., Rosen, M. I., Simoni, J., Bangsberg, D. R., y Liu, H. (2011). A Closer Look at Depression and Its Relationship to HIV Antiretroviral Adherence. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*: 352–360. doi:10.1007/s12160-011-9295-8
- Wainberg, M. y Cournos, F. (2000). Adherence to treatment. *New Direction on Mental Health Services*, 87:85-93.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S. y Dobbins, C.J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Review*, 6, 5-25.

Walsh, J.C., Mandalia, S., Gazzard, B.G. (2002). Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS*, 16: 269-277.

Watson, D. y Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96: 465-490.

Watson, D. y Clark, L.A. (1993). Behavioral desinhibition versus constraint: A dispositional perspective. En: Wegner, D.M. y Pennebaker, *Handbook of mental control (pp. 506-527)*. Prentice Hall: New York.

Watson, D. Y Clark, L.A. (1997). The measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 86:267-296.

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative affect: The PANNAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6): 1063-1070.

Watson, D., y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96: 234-254.

Weaver, K. E., Llabre, M. M., Durán, R. E., Antoni, M. H., Ironson, G., Penedo, F. J., y Schneiderman, N. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active

antiretroviral therapy (HAART). *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(4): 385-392. doi:10.1037/0278-6133.24.4.385

Weiss, SM., Tobin, J.N., Antoni, M., Ironson, G., Ishii, M., Vaughn, A., et al (2011). SMART/EST Women's Project Team. Enhancing the health of women living with HIV: the SMART/EST Women's Project. *International Journal of Women's Health*, 3:63-77.

Wohl, A., Galvan, F., Myers, H., Garland, W., George, S., Witt, M., et al. (2011). Do Social Support, Stress, Disclosure and Stigma Influence Retention in HIV Care For Latino and African American Men Who Have Sex With Men and Women? *AIDS and Behavior*, 15(6):1098-1110.

Wolff, C., Alvarado, R. y Wolff M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1): 65-74.

Zúñiga, P. y cols. (1998). *Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA*. Segunda ed. México: Censida.

## Anexos

### Anexo 1 Ficha de Identificación y variables clínicas

El propósito de este cuestionario es conocer las variables psicológicas y sociales que están relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del VIH. Sus respuestas son de carácter confidencial y forman parte de estudios que permitirán mejorar la atención a los pacientes. Ninguna de sus respuestas compromete los servicios que le brinda la Clínica. Por favor conteste cada una de las preguntas marcando la opción que usted considere lo describe mejor en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan.

Folio Instrumento:	Fecha de aplicación: ____/____/____	Número de registro: _____
--------------------	--	------------------------------

1. Edad: \_\_\_\_ (años cumplidos)
2. Sexo:  Masculino  Femenino
3. Estado Civil:  
 Soltero(a)  Casado(a)  Unión libre  Divorciado (a)  Viudo(a)  Otro: \_\_\_\_\_
4. Ocupación: \_\_\_\_\_
5. Marque su nivel de escolaridad terminada:  
 No tiene estudios  Primaria  Secundaria  Preparatoria  Licenciatura  Posgrado
6. En caso de que usted ya haya sido evaluado por Trabajo Social, marque el nivel socioeconómico que le fue otorgado.  
 Nivel 1  Nivel 2  Nivel 3  Nivel 4  Nivel 5  Nivel 6  Nivel 7
7. ¿Actualmente tiene pareja estable?  Sí  No
8. ¿Suele tener relaciones con?  Hombres  Mujeres  Ambos
9. Ahora, las siguientes preguntas son datos sobre su diagnóstico. Si no recuerda la fecha exacta, es suficiente con que recuerde el mes y el año.  
Fecha en que recibió el primer diagnóstico de VIH+: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CD4: \_\_\_\_\_  
Fecha en que comenzó el tratamiento antirretroviral: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Actualmente que carga viral tiene: \_\_\_\_\_ y CD4: \_\_\_\_\_



## Anexo 2 Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted. Indique cómo se ha sentido usted durante **LA ÚLTIMA SEMANA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

Nada o muy poco 1	Algo 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Extremadamente 5
----------------------	-----------	--------------------	---------------	---------------------

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en **LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: *Triste: 5*

Motivado	_____	Irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	Alerta	_____
emocionado	_____	Avergonzado	_____
de malas	_____	Inspirado	_____
Fuerte	_____	Nervioso	_____
Culpable	_____	Decidido	_____
Temeroso	_____	estar atento	_____
Agresivo	_____	Inquieto	_____
entusiasmado	_____	Activo	_____
estar orgulloso	_____	Inseguro	_____

### Anexo 3 Escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA para población mexicana (EAC-VIH)

#### EAC-VIH

*Instrucciones:* A continuación encontrará una serie de frases a las que deberá responder tomando en cuenta qué tanto daño considera que le ha causado el VIH/SIDA en diferentes áreas de su vida. Por favor, lea cuidadosamente y elija el número del 1 al 5 que mejor describa su respuesta. Es importante que responda sin detenerse mucho tiempo, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

<b>EN QUÉ MEDIDA EL VIH LE HA CAUSADO DAÑO EN:</b>	<b>Nada de daño</b>		<b>Algo de daño</b>		<b>Mucho daño</b>
<b>1</b> Sus metas en la vida	1	2	3	4	5
<b>2</b> Su relación con los demás	1	2	3	4	5
<b>3</b> Su bienestar físico	1	2	3	4	5
<b>4</b> Su bienestar emocional	1	2	3	4	5
<b>5</b> El respeto a sí mismo	1	2	3	4	5
<b>6</b> El bienestar de sus seres queridos	1	2	3	4	5

<b>EN QUÉ MEDIDA EL VIH LE HA BENEFICIADO EN:</b>	<b>Nada</b>		<b>Algo</b>		<b>Mucho</b>
<b>7</b> Su crecimiento personal	1	2	3	4	5
<b>8</b> Sus retos personales	1	2	3	4	5
<b>9</b> Fortalecimiento de una relación	1	2	3	4	5

<b>EN QUÉ MEDIDA EL VIH ES ALGO QUE:</b>	<b>De ninguna manera</b>			<b>Completamente</b>	
<b>10</b> Puede cambiar o hacer algo al respecto	1	2	3	4	5
<b>11</b> Debe aceptar o acostumbrarse a ello	1	2	3	4	5

**Anexo 4 Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (CEAT-VIH) © Eduardo Remor**

Fecha de evaluación:													
Nombre y Apellidos:													
Fecha de nacimiento:								Edad:					
Nivel de estudios:													
Centro:													

**Instrucciones:** Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”.

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?	1	2	3	4	5
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?	1	2	3	4	5
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?	1	2	3	4	5

5. ¿Recuerda qué fármacos está tomando en este momento? (Escribir los nombres)

---

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 con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5

	No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
--------------	----------	-----------------------	---------------	---------------

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
----------------	----------------	---------	----------	---------------

18. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
------------------	---------------------	---------	-----------------	--------------------

19. Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo/más de uno?

	SÍ	NO
--	----	----

Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?

\_\_\_\_\_

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?

	SÍ	NO
--	----	----

¿Cuál?

\_\_\_\_\_

Está apartado **no** lo conteste.

Puntuación directa = _____	Centil = _____	Clasificación = _____
----------------------------	----------------	-----------------------

## **Anexo 5 Carta de Consentimiento Informado**

### **APRECIACIÓN COGNITIVA DEL VIH/SIDA: SU RELACION CON EL ESTADO AFECTIVO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

(10 DE DICIEMBRE DE 2012, VERSIÓN 1 PROTOCOLO 834-13/14-1)

**Investigador principal: Dr. Juan Sierra Madero**

**Dirección del investigador: Vasco de Quiroga 15 Tlalpan 14000**

**Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias):  
54870900 ext.5506**

**Investigadores participantes: Dra. Rebeca Robles García, Mtra. Psic. María José Noguera Orozco, Dr. Juan José Sánchez Sosa**

#### **INTRODUCCIÓN**

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con su médico tratante o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

## INVITACION A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado Sr.(a) \_\_\_\_\_

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Examinar la relación entre la apreciación cognitiva y el estado afectivo (positivo y negativo) del paciente y si éste se relaciona con el nivel de adherencia terapéutica (adecuada e inadecuada).

El estudio consta de dos fases:

**Fase I:** consiste en contestar una serie de cuestionarios cuya duración es de aproximadamente 30 minutos. La duración aproximada del estudio es de un año. El número de participantes será de 200 pacientes.

**Fase II:** En base a los resultados de sus cuestionarios y si es identificado con alguna problemática de tipo emocional y/o problemas en su adherencia al tratamiento, se le invitará a participar en una intervención de terapia psicológica de forma individual y semanal con duración aproximada de 6 sesiones y un seguimiento a 3 meses.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: es paciente que se encuentra dentro del programa de atención al VIH.

### PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio consiste en contestar 5 cuestionarios breves que le serán aplicados de manera personal. En dado caso que presente alguna necesidad psicológica al momento de la aplicación las intervenciones incluidas en el estudio son parte de su tratamiento estándar en la consulta de Infecto-Psicología. Su responsabilidad consiste en proporcionar información completa y verídica.

### RIESGOS E INCONVENIENTES

Los cuestionarios incluyen preguntas personales y podrían generar diversas reacciones emocionales en alusión a ciertos temas. Algunas de estas reacciones pueden incluir estrés psicológico.

Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos clínicos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante la codificación de su información.

### BENEFICIOS POTENCIALES

Este estudio no está diseñado para beneficiarle directamente. Sin embargo, la búsqueda de información podría permitir desarrollar nuevos blancos terapéuticos y con esto hacer

un tratamiento más personalizado de esta enfermedad. Además gracias a su participación altruista, su comunidad se puede beneficiar significativamente al encontrar nuevas formas de atender a las personas que viven con VIH.

### **CONSIDERACIONES ECONÓMICAS**

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

### **COMPENSACIÓN**

Si sufre reacciones emocionales displacenteras como resultado de su participación en este estudio, y además se encuentra en niveles inadecuados de adherencia terapéutica, nosotros le proporcionaremos el tratamiento inmediato y lo referiremos, en caso de ameritarlo, al especialista médico que requiera. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán no brinda ningún tipo adicional de compensación.

### **ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO**

Los resultados de los cuestionarios serán propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Usted puede solicitar los resultados de sus exámenes clínicos y de las conclusiones del estudio al Dr. Juan Sierra Madero del INCMNSZ (Tel: 54870900 ext. 5502 y 5506). La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

### **PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO**

Su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se le informará a tiempo si nueva información es obtenida que pueda afectar su decisión para continuar en el estudio.

### **CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN**

Su nombre no será usado en ninguno de los estudios. Los códigos que identifican sus cuestionarios estarán únicamente disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados, por Ley, a no divulgar su identidad. Estos códigos y todas las hojas de recolección de datos serán guardados en un archivero. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o



- Es solicitado por la ley.

La Comisión de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición aprobó la realización de éste estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueban y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con la Comisión de Ética que supervisa este estudio para que decidamos la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice recontactarlo y revisar su expediente, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted lo solicita su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio.

### **IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES**

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio, por favor póngase en contacto con el Dr. Juan Sierra Madero en el INCMNSZ (Tel: 54870900 ext. 5502)

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con la Psic. María José Noguera Orozoco en el INCMNSZ (Tel: 54870900 ext. 5506).

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Éticas en Investigación del INCMNSZ (Dr. Carlos A. Aguilar Salinas. Tel: 54870900 ext. 6101).

### **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo en que se utilicen mi información personal y medica en este estudio.

Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional o si encuentran información relevante

para mi salud.

Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

	<b>SÍ (marque por favor)</b>	<b>NO (marque por favor)</b>
a. ¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Autoriza se dé acceso a sus registros médicos para este estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Entiende los posibles riesgos de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento, para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Declaración del paciente:**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que es mi decisión participar en la Fase \_\_\_\_ (I o II) de este estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mi atención médica o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis exámenes clínicos si los solicito.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con el Dr. Juan Sierra Madero Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Carlos A. Aguilar Salinas. Tel: 54870900 ext. 6101).

He leído y entendido toda la información sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____	_____	_____
<b>Nombre del Participante</b>	Firma del Participante	Fecha

\_\_\_\_\_

Coloque su huella digital si no sabe escribir

_____	_____	_____
Nombre del representante legal (si aplica)	Firma del representante legal	Fecha

_____	_____	_____
<b>Nombre del Investigador que explicó el documento</b>	Firma del Investigador	Fecha

_____	_____	_____
<b>Nombre del Testigo 1</b>	Firma del Testigo 1	Fecha

Dirección:

---

Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Dirección:

\_\_\_\_\_

Relación que guarda con el participante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**(El presente documento es original y consta de 6 páginas)**

## **Anexo 6 ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA APRECIACIÓN COGNITIVA, EL ESTADO AFECTIVO Y LA ADHERENCIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH**

**Especificaciones:** Esta intervención está diseñada para ser adaptada a la medida del paciente. La estructura de las sesiones es en formato individual de una hora aproximadamente, una vez a la semana, con duración de 6 sesiones. Cabe mencionar, que si el paciente así lo requiere, el número de sesiones se puede extender o disminuir. El seguimiento se realiza a los 3 meses de haber concluido la terapia.

El contenido de la intervención está basado en tres variables principales:

1. Apreciación Cognitiva
2. Adherencia Terapéutica
3. Estado afectivo

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación inicial, se comenzará dando mayor énfasis a uno de los 3 temas de esta intervención. Sin embargo, los 3 temas se trabajan de manera concurrente en la sesión debido a las evaluaciones semanales.

### **Evaluación inicial, final y de seguimiento:**

1. Ficha de identificación del paciente
2. Escala de Apreciación Cognitiva del VIH/SIDA (Noguera, et al. 2014)
3. Escala de Afecto Positivo y Negativo (Robles y Páez, 2003)
4. Cuestionario de Adhesión al Tratamiento (Remor, 2002)
5. Línea retrospectiva semanal de adherencia terapéutica como medida pre-tratamiento
6. Inventario de Depresión de Beck
7. Inventario de Ansiedad de Beck

### **Evaluación semanal:**

1. Escala de Afecto Positivo y Negativo (Páez y Robles, 2009)
2. Registro semanal de adherencia
3. Registro de pensamientos disfuncionales

### **Guía para la primera sesión:**

1. Establecer una relación terapéutica de empirismo colaborativo basada en la confianza y el *rapport*.
2. Instruir al paciente con respecto a sus resultados de la evaluación inicial, los beneficios de la terapia cognitivo conductual y firmar consentimiento informado.
3. Normalizar las dificultades del paciente.
4. Averiguar (y en caso necesario, corregir) las expectativas del paciente respecto de la intervención.
5. Recabar información adicional acerca de las dificultades del paciente.
6. Explicar el modelo cognitivo-conductual (ABC).
7. Comenzar con uno de los tres temas, la recomendación es iniciar con aquél en que los resultados del paciente arrojaron una mayor área de oportunidad. En dado caso que las tres áreas estén a la par, siempre es recomendable iniciar con Apreciación Cognitiva.
8. Fijar tareas para el hogar.
9. Lograr retroalimentación por parte del paciente.

### **Guía para las sesiones subsecuentes:**

1. Breve actualización y control del estado de ánimo con la aplicación del PANAS. Permitir la expresión de sentimientos.
2. Revisión de la sesión anterior
3. Revisión de la tarea. En dado caso, que el paciente no complete como tarea uno o ambos registros, se llenan junto con él al principio de la sesión.
4. Conversación sobre los temas planificados.
5. Resumen y retroalimentación.

### **Guía para la sesión final:**

1. Aplicación de instrumentos para evaluación final.
2. Atribuir el progreso del paciente a sus recursos propios y de ser posible mostrarle de forma gráfica los resultados.
3. Repasar lo aprendido a lo largo de la intervención.
4. Diseñar junto con el paciente una estrategia de prevención de recaídas.
5. Fijar la fecha para el seguimiento.
6. Solicitar retroalimentación por parte del paciente hacia el tratamiento y terapeuta.
7. Cierre de la terapia.

## **Contenido y Técnicas a utilizar en la Intervención:**

### **APRECIACIÓN COGNITIVA**

**Objetivo:** Modificación de la apreciación cognitiva de amenaza del VIH/SIDA.

#### **Técnicas:**

1. Reestructuración cognitiva, por medio de técnicas como: comprobación de realidad, reatribución e inversión del rol racional.
2. Expresión de sentimientos
3. Ensayos cognitivos y/o conductuales. Planeación del futuro.

### **ESTADO AFECTIVO**

**Objetivo:** Regulación emocional entendida como la habilidad de terminar con estados afectivos negativos y/o prolongar los estados afectivos positivos.

#### **Técnicas:**

1. Activación conductual
2. Relajación por medio de respiración diafragmática

### **ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y MANTENIMIENTO**

**Objetivo:** Mejorar la adherencia terapéutica y global, buscando un nivel por arriba del 95% en ambas.









































#### **Técnicas:**

1. Psicoeducación sobre conceptos básicos del VIH/SIDA y tratamiento, contestar dudas específicas del paciente.
2. Mostrarle el adecuado llenado de los registros semanales de adherencia
3. Solución de problemas
4. Exploración de creencias, expectativas y satisfacción con el tratamiento antirretroviral.

## Anexo 7 Ejemplo de registro semanal de adherencia

**Instrucciones:** Cada día registre con una paloma (✓) si tomó sus antirretrovirales, en caso contrario marque con una cruz (×).

### Semana 1

Día							
ZIDOVUDINA 							
							
TENOFOVIR 							
RALTEGRAVIR 							
							

Fecha y hora de la próx. cita: \_\_\_\_\_