

Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional*

[English title]

Enviado: julio 26 de 2012 | Revisado: agosto 19 de 2013 | Aceptado: octubre 3 de 2013

GARCÍA CEDILLO ISMAEL **
JUÁREZ MORENO MARIANA ***

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pmat

Para citar este artículo: García, I. & Juárez, M. (2014). Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional. *Universitas Psychologica*, 13(2). doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pmat

* Agradecimientos:

** Doctor en Psicología. Investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Dirección: Carretera Central km 424.5, San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Teléfono 01 44 44 48 18 25 22. Correo electrónico: ismaelgace@yahoo.com.mx

*** Maestra en Psicología, por parte del Instituto de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Dirección: Carretera Central km 424.5, San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Teléfono 01 44 44 48 18 25 22. Correo electrónico: maju_84@hotmail.com

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar una intervención basada en la entrevista motivacional para promover una mayor adherencia terapéutica (AT) en niños con VIH/SIDA. El método consistió en evaluar la AT con cinco factores, aplicar una intervención basada en la entrevista motivacional y evaluar nuevamente la AT. Los datos se analizaron mediante una prueba *t* de muestras relacionadas. Los resultados mostraron una $t = -2.294$ con una significancia de 0.035, lo que nos indica que hubo diferencias estadísticamente significativas en la pre y post evaluación que valora la AT. En siete casos hubo un aumento de la AT. Once continuaron con el mismo nivel, en dos casos el puntaje era alto desde el pre. A pesar del incremento en la AT, ningún paciente alcanza una adherencia óptima, de más del 95%. Se concluye que, aunque la intervención resultó efectiva para la mitad de los cuidadores, hay muchas variables que impiden que los niños alcancen el nivel de AT requerido, entre ellas la baja escolaridad de los cuidadores primarios, la falta de apoyo de la familia nuclear y extensa y los elevados niveles de pobreza.

Palabras clave autores

Adherencia terapéutica, entrevista motivacional, niños con VIH/SIDA.

Palabras clave descriptores

ABSTRACT

Keywords author

Keywords plus:

Introducción

El SIDA no es solo una enfermedad potencialmente mortal, sino que constituye el mayor reto científico, político y moral de nuestro tiempo (Irwin, Millen & Fallows, 2004). Según el Institute for Health Metrics and Evaluation (2013) a nivel mundial el VIH/SIDA se incrementó en un 351% entre 1990 y 2010. En México, al igual que en el resto del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, ya que constituye una amenaza para el desarrollo económico y social del país, de acuerdo con lo que menciona el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA ([CENSIDA], 2009). Las consecuencias del VIH/SIDA no se limitan a la mortalidad, los niños quedan huérfanos y en algunos casos se resiente toda la economía (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La magnitud de la crisis del SIDA supera las peores previsiones realizadas hace una década (Acebo, 2009; Hereen, 2011). A nivel mundial existen más de 34 millones de personas infectadas con el VIH, de las cuales solo 6 millones reciben tratamiento (WHO, UNAIDS & UNICEF, 2011), 2.1 millones son menores de 15 años. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años (CENSIDA, 2010).

En México, se tiene un registro de 41.667 personas seropositivas al VIH. Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 31 de marzo de 2012, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 155.625 casos acumulados de SIDA. El grupo de edad de 0 a 19 años representa el 4% total de los casos notificados de SIDA en nuestro país (CENSIDA, 2012).

La infección por VIH progresa de manera más agresiva en los niños, por lo que el diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden mejorar sus tasas de supervivencia (Prendergast et al., 2012; Sepúlveda & Rico, 1992; Unicef, 2008); más del 50% de niños menores de dos años que no reciben tratamiento fallecen (Prendergast et al., 2012).

Actualmente, el VIH se considera una enfermedad crónica (Bhattacharya & Dubey, 2011). La enfermedad crónica durante la infancia tiene un gran efecto psicológico, social y familiar. En el caso del VIH/SIDA, la infección se acompaña del estigma, el cual se asocia a los comportamientos de riesgo que llevan a la infección; la infección genera en el niño y su familia culpa, enojo, angustia, ansiedad, estrés y miedo al aislamiento (Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenbur, Ijzendoorn & Juffer, 2010; Hereen, 2011; Pavía, Tovar & Muñoz, 2003). Los niños seropositivos presentan diversas adversidades en su medio ambiente (Dobrova-Krol et al., 2010) y son propensos al abandono por la gran atención que requieren, por el estigma y la pobreza (Moses & Meintjes, 2010).

Según Ruíz, Enríquez y Hoyos (2009) el objetivo de la terapia antirretroviral, utilizada en el tratamiento contra el VIH, es mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas mediante la supresión de la replicación viral, para restaurar o preservar la función inmune. Estos medicamentos aumentan significativamente la vida de las personas con VIH y han reducido el número de personas que mueren por enfermedades relacionadas al SIDA (WHO et al., 2011).

A pesar de los grandes avances en la terapia antirretroviral, su ingesta no garantiza el control de la enfermedad en los niños (Dobrova-Krol et al., 2010); para que pueda ser efectiva, se requiere una elevada AT de por lo menos el 95% (Bhattacharya & Dubey, 2011). El concepto de “adhesión terapéutica” se define como ‘una implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el médico, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado’ (Bhattacharya & Dubey, 2011; Villa & Vinaccia, 2006). La adherencia es un proceso dinámico, complejo y multidimensional, porque comprende la cultura, tiempo, lugar y edad del paciente (Bhattacharya & Dubey, 2011; Witteveen y Van Ameijdenz, 2002; Villa y Vinaccia, 2000).

En los niños, la adherencia depende del cuidador primario, el cual con frecuencia es una persona diferente a sus progenitores (Ruíz, Enríquez & Hoyos, 2009); esto puede ser una gran desventaja porque la

AT depende de la relación que el niño tenga con su cuidador, además de los factores relacionados con la medicación (Bhattacharya & Dubey, 2011), entre los cuales se encuentran la intolerancia gastrointestinal y el rechazo hacia el medicamento (Centro de Ciencias de la Salud, 2008).

Las intervenciones que han resultado más eficaces para mejorar la adherencia son complejas (Harma, Amico & Johnson, 2005; McDonald, Garg & Haynes, 2002), entre más temprano se hacen, los resultados son mejores (Dobrova-Krol et al., 2010). Las intervenciones más eficaces incluyen en combinación: la información al paciente, el asesoramiento, el uso de recordatorios y reforzadores, el autocontrol, la implicación de la familia y la supervisión (Harman et al., 2005; McDonald et al., 2002). Knobel y Guetar (2004) propusieron la simplificación del tratamiento. Se han propuesto intervenciones farmacológicas (Cerdá & Almiñana, 2004; Codina et al., 2004) y otros, como terapia grupal, técnicas para manejo de estrés, técnicas de consejo breve, técnicas de automanejo, etc. (Ballesster, 2005). Los diferentes enfoques psicológicos que se han trabajado para incrementar la adherencia terapéutica son el cognitivo-conductual, la psicología educativa, la humanista y la salud mental.

Las intervenciones deben estar diseñadas de manera que comprendan la cultura, la estructura familiar, las capacidades y etapas del desarrollo del niño y de su cuidador. También deben centrarse en el beneficio y el bienestar del niño (Hereen, 2011). La Entrevista Motivacional es una técnica de intervención que engloba todas estas características y se ha utilizado con éxito para promover la AT (Murphy, Chen, Naar-King & Parsons, 2012).

La Entrevista Motivacional es un estilo de asesoramiento centrado en el cliente y orientado a las metas (National Registry of Evidence-based Programs and Practices [NREPP], 2013). Es una forma de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Es útil para personas ambivalentes al cambio. Puede ser un empujón a la motivación o un preludio al tratamiento. El terapeuta no asume el rol autoritario, la responsabilidad se deja en manos del paciente. Se ofrecen estrategias persuasivas y de apoyo. El

propio proceso presenta las razones para el cambio (Miller & Rollnick, 1999). Los proveedores de salud la han encontrado efectiva y práctica en entornos clínicos y en la atención de los pacientes con VIH (Gerbert et al., 2006).

De acuerdo con sus iniciadores, Miller y Rollnick (1999), es una forma de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Se basa en la teoría transteórica del cambio de conducta de Prochaska y DiClemente (Prochaska & Bess, 1994) y en el concepto de cambio para la reconstrucción de las condiciones de salud. El punto de inicio es la premisa de que el cambio no es un evento aislado, sino un proceso y que el proceso de aprendizaje debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo. Este modelo está compuesto por dos dimensiones: las etapas y los procesos de cambio. Las etapas de cambio se refieren a lo temporal, motivacional y a la constancia del cambio; mientras que los procesos de cambio son aquellas actividades que tienen lugar entre las etapas (Álvarez, 2008).

El objetivo de este estudio fue evaluar una intervención basada en la Entrevista Motivacional para promover una mayor adherencia terapéutica (AT) en niños con VIH/SIDA en la ciudad de San Luis Potosí, México.

Método

Material y métodos

El presente estudio es cuasiexperimental, cuantitativo y descriptivo; implica una evaluación inicial (pre), una intervención y una evaluación posterior (post). La muestra se seleccionó por conveniencia. Se invitó a todos los cuidadores primarios que asistieron a consulta a participar en la investigación. Antes de iniciar la investigación, a los cuidadores primarios se les explicó el propósito del estudio y firmaron el consentimiento informado, según las recomendaciones internacionales del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de la CIOMS (Palacios, 2006). A

lo largo de la investigación, el manejo de los datos fue confidencial, respetando así la identidad de los participantes. La muestra final estuvo conformada por 18 niños y sus cuidadores primarios que acuden a un hospital público en la ciudad de San Luis Potosí, México.

Para medir la AT se realizó una revisión bibliográfica sobre los criterios utilizados en otras investigaciones y se encontró que no existe consenso sobre el mejor método para medir la adherencia en los niños (Bhattacharya & Dubey, 2011). Las variables que se consideraron que predecían mejor la adherencia y que se decidió utilizar en esta investigación fueron las siguientes: los análisis de las cargas virales y de las células CD4, un instrumento para medir la AT, la estimación de los investigadores respecto de la adherencia y una valoración del estadio del cambio en que se encontraba el cuidador primario, según la teoría transteórica del cambio de conducta (Prochaska & Bess, 1994).

Los análisis de cargas virales y de células CD4 fueron proporcionados en el hospital donde los niños son atendidos y las otras mediciones fueron realizadas por los investigadores. Debido a que no existe un instrumento para población infantil que evalúe la AT, se utilizó uno para adultos con las modificaciones necesarias. Se trata del instrumento para medir variables psicológicas y comportamiento de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24) de Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006).

La estimación de la AT por parte de los investigadores se basó en las entrevistas semiestructuradas que se tuvieron con los cuidadores primarios y los niños, en las visitas a algunos hogares y en las observaciones en el hospital. El estadio de cambio se evaluó según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (Prochaska & Bess, 1994). La evaluación se realizó tanto al finalizar la primera sesión como final de la última. La recolección de datos se llevó a cabo en un periodo de cuatro meses.

La fase de intervención se realizó en un año, las sesiones se realizaron dentro del hospital, al finalizar la consulta médica. Los niños fueron citados cada 2 o 3 meses al hospital, por lo tanto, se tuvieron de tres a cinco sesiones individuales con

cada cuidador primario, las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora y se basaron en la técnica de la Entrevista Motivacional. Algunos niños tuvieron pocas sesiones debido a que faltaban a sus consultas médicas.

El nivel de adherencia terapéutica se midió en cinco categorías: excelente, buena, regular, mala y nula adherencia. Estas categorías resultaron de promediar las siguientes mediciones:

1. Situación inmunológica: Número de células CD4 según el grupo de edad del niño. Refiriéndose una severa supresión a la condición SIDA, la moderada supresión a un regular control del virus y la no supresión a un buen control del virus.
2. Carga viral: número de partículas de VIH en un mililitro de sangre. Se categorizó de manera individual en cada sujeto, la excelente adherencia se presenta cuando los niveles de carga viral disminuyen con el tiempo, la regular adherencia, cuando los niveles permanecen estables y la no adherencia o resistencia al medicamento sucede cuando los niveles de carga viral aumentan.
3. Instrumento de adherencia terapéutica: Según el puntaje obtenido en este instrumento se podía categorizar en excelente, buena, regular, mala y nula adherencia.
4. Opinión de los investigadores: Se categorizó de la misma forma que el instrumento. Se basó en la información obtenida de los expedientes, en las entrevistas con los cuidadores primarios y algunos niños, en lo observado dentro del hospital y en algunos hogares y en el resultado de los parámetros biológicos.
5. Estadio del cambio: Se evaluó según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1994). Las etapas de cambio son cinco: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento.

Resultados

Los datos descriptivos nos muestran que la muestra se conformó por doce niñas y seis niños, con una edad promedio de seis años. Al inicio de la intervención, ocho niños presentaban algún tipo

de desnutrición. El tipo de familia predominante fue la sustituta (familiares cercanos, como tíos o abuelos) y uniparental (familias con padre o madre, únicamente). Once de los niños vivían con la madre, y 13 de los cuidadores primarios estudiaron hasta la primaria. En doce de los casos, uno o ambos padres eran portadores del VIH, y en la mitad de las familias uno de ellos se encontraba fallecido o desaparecido. De acuerdo con las entrevistas, las familias reportaron poco apoyo de la familia nuclear y nulo de la familia extensa; esta situación se originó por el temor a sufrir discriminación si se revelara el diagnóstico. Solo en tres escuelas se conocía el diagnóstico del niño y solamente uno de ellos lo conocía, esto debido a que anteriormente vivía en un hogar de guarda, donde le fue revelado. En promedio, cada niño había padecido cinco enfermedades, siendo la más recurrente la neumonía.

Con el puntaje del instrumento de AT antes y después de la intervención, se realizó una prueba *t* de muestras relacionadas en el programa SPSS versión 17.0. La *t* fue de -2.294, con una significancia de 0.035, lo que nos indica que hubo diferencias es-

tadísticamente significativas a favor de los puntajes del post- en el instrumento mencionado.

Los resultados anteriores son muy importantes. Sin embargo, el interés de los investigadores va más allá de la comparación estadística, por lo que a continuación se presentan los resultados a nivel casuístico, es decir, qué tanto beneficio real tuvieron los niños a partir de la intervención.

Como se puede apreciar en la Figura 1, los resultados de la intervención a nivel casuístico muestran que hubo un aumento de la AT en siete niños, tres de ellos pasaron de mala a buena adherencia, tres aumentaron de mala a regular y uno de regular a buena. Once de los niños continuaron con el mismo nivel. Dos de ellos siguieron con un buen nivel, cinco de ellos con un nivel regular y en cuatro con mala adherencia. Ninguno de los niños tenía un excelente nivel, es decir, una adherencia óptima de más del 95%, AT necesaria para un buen control del virus.

Se realizaron algunas correlaciones con la finalidad de identificar los principales factores asociados con la AT, con el programa estadístico SPSS, versión 17.0. Se encontraron las siguientes correlacio-

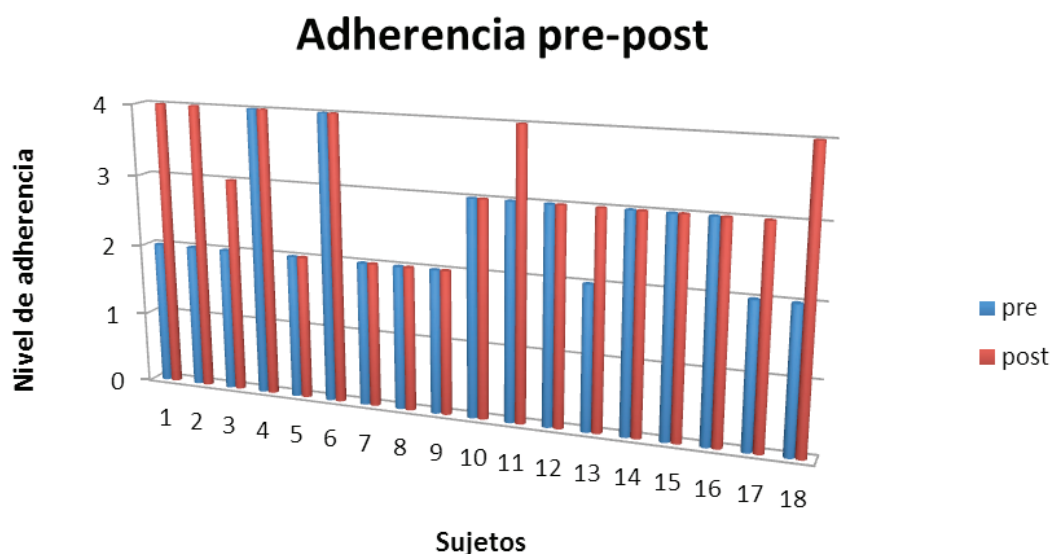


Figura 1. Diferencia pre-post en los puntajes del VPAD-24.

Niveles de adherencia: 1 = nula adherencia, 2 = mala adherencia, 3 = regular adherencia, 4 = buena adherencia, 5 = excelente adherencia.

Fuente: elaboración propia.

nes significativas: entre el porcentaje de asistencia a consultas y el grado de escolaridad de los cuidadores ($r = 0.502$; a mayor escolaridad, mayor porcentaje de asistencia a consultas). El conteo de carga viral se correlacionó de manera inversa con el apoyo de la familia nuclear ($r = -0.503$) y de la familia extensa ($r = -0.472$; a menor conteo en la carga viral, mayor apoyo de la familia extensa y nuclear). El estadio del cambio se correlacionó inversamente con la cercanía con el cuidador primario ($r = -0.488$; entre más avanzado el estadio en que se encuentra la persona, es menor su cercanía consanguínea con el niño).

Otros resultados que se obtuvieron gracias a la intervención –que no se buscaban y que puede resultar importante mencionar– son: dos de las madres iniciaron su tratamiento antirretroviral a partir de la intervención y otra de ellas inició trámites para reiniciarlo; una de las niñas, que a raíz de la muerte de sus padres pasó a vivir con sus tíos, anteriormente era rechazada; a partir de la intervención, los tíos iniciaron su asistencia a un grupo de autoapoyo para adultos con VIH/SIDA y actualmente la familia acepta y trata a la niña como un integrante más de la familia; una de las madres dejó de ejercer violencia física y psicológica con su hija, dejando de culparla por sus problemas de salud y su poca adherencia. Estos resultados son importantes, porque, aunque no formaban parte de los objetivos de la investigación, indican que la intervención tuvo algunos efectos colaterales.

Discusión

La presente investigación resulta de gran relevancia para la población de niños mexicanos infectados por el VIH/SIDA, porque son muy escasas las investigaciones realizadas en el país que describan sus niveles de AT, así como el medio social, familiar, económico y social en que viven y se desarrollan. Prácticamente, no hay trabajos publicados que muestren la evaluación de intervenciones para mejorar la AT.

Al igual que otros trabajos con otras muestras, los resultados sugieren que el VIH no es solo un problema médico del sujeto infectado, se trata de una enfermedad con importantes repercusiones

familiares, escolares y sociales (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2001).

En el país, Tovar, Muñoz, Cruz, Ramírez y Pavia (1998) encontraron que más del 95% de las familias de los niños con VIH/SIDA provienen del medio socioeconómico bajo, la mayoría de ellas de hogares disfuncionales, con alteraciones importantes en la dinámica familiar que repercuten en el manejo médico y psicológico del niño. Estos resultados coinciden con los de esta investigación, pues 12 de 18 niños provienen de comunidades rurales, 13 de sus cuidadores tienen estudios máximos de primaria y en todos los casos su medio socioeconómico es bajo. En las sesiones con los cuidadores, la mayoría refirió problemas económicos, y esto impidió que asistieran a algunas consultas o exámenes médicos, por el costo del transporte. Cuatro de los niños viven con su familia nuclear y la mayoría de los niños vive con familias uniparentales o sustitutas. Lo anterior tiene repercusiones sobre la AT, pues los problemas familiares afectan la inmunosupresión de los niños y también su adherencia al tratamiento (Bhattacharya & Dubey, 2011; Howland et al., 2000).

Una vez que se identificaron las condiciones de vida de los niños y su bajo nivel de AT, se procedió a realizar una intervención para incrementarla. Se ha mencionado en algunas investigaciones sobre la necesidad de proporcionar estrategias de intervención psicológica para mejorar calidad de vida del niño con VIH/SIDA y su familia (Hereen, 2011; Tovar et al., 1998). De acuerdo con Remor (2000a, 2000b) y Chart et al. (2008), las intervenciones psicológicas han mostrado resultados beneficiosos en diferentes enfermedades, contribuyendo a mejorar la calidad de vida, una mayor supervivencia a la enfermedad, mejores tasas de adhesión al tratamiento y una regulación de la respuesta inmune.

En la presente investigación, se realizó una intervención basada en la Entrevista Motivacional porque los proveedores de salud la han encontrado efectiva y práctica en entornos clínicos y en la atención de los pacientes adultos con VIH (Gerbert et al., 2006). Como mencionan Miller y Rollnick (1999), este estilo de asesoramiento permite que el paciente o sus cuidadores encuentren sus propias

razones para el cambio sin ser confrontados; al contrario, se ofrecen estrategias persuasivas y de apoyo.

El principal objetivo de la investigación fue evaluar los resultados de la intervención para elevar la AT de los niños, los resultados estadísticos muestran que la intervención sí fue efectiva. A nivel casuístico, se pudo apreciar que en siete de ellos hubo un aumento en su nivel de adherencia y dos de los niños permanecieron con una buena adherencia terapéutica. En el resto de los niños no se logró un buen avance, y continuaron con un nivel de adherencia malo o regular.

La intervención pretendía lograr que los cuidadores primarios mejoraran el nivel de AT de los niños, lo cual también implica no solamente la toma de medicamentos de la manera prescrita por los médico, sino también mejorar su cuidado, porque se ha observado que los niños con VIH\SIDA presentan desnutrición de leve a severa en un 30% a un 60%, entre otras complicaciones derivadas del descuido en sus cuidados. La desnutrición actúa como cofactor de disfunción inmunitaria, influyendo en la susceptibilidad a la infección por VIH y la progresión de la enfermedad. Por lo tanto, como indicaron Martínez-Rojano y Gorbea (2001), el mejoramiento del estado nutricional mejora su sistema inmunológico. Además, se debe tener especial cuidado en la higiene de sus alimentos, para evitar cualquier infección que se pueda presentar (Pavía, 2008). Este objetivo no se consiguió de manera más completa, a pesar de la información dada en las pláticas a los cuidadores primarios y en las intervenciones individuales. Se observó que la intervención psicológica no es suficiente, se necesita crear programas que apoyen económicamente a estas familias para poder lograr un cambio en su alimentación, y más sesiones psicoinformativas para lograr cambios en sus hábitos higiénicos y, en general, los cuidados que ofrecen a los niños.

En los niños que no se lograron avances en su nivel de AT se encontró lo siguiente:

- En dos casos la madre se negó a hablar del diagnóstico; una de ellas trataba de eludir el contacto con la investigadora y cuando esta intentaba hablar sobre el VIH\SIDA, busca-

ba terminar la conversación. Es importante mencionar que ninguno de los cuidadores primarios le puso nombre al padecimiento (VIH o SIDA), siempre se referían a “la enfermedad”, o “eso que tengo”, o “mi condición”. Se ha encontrado que no aceptar el diagnóstico origina que las personas tengan poca adherencia (Witteveen & Van Ameijden, 2002).

- Cuatro cuidadores primarios mostraron poca o nula cooperación en la intervención. Se negaban a la entrevista o bien hablaban muy poco, lo cual puede deberse a una cuestión cultural o a la asimetría que habitualmente se da entre el personal de salud y los pacientes.
- A lo largo de la intervención, se presentaron fuertes problemas económicos en cinco de las familias. Por ejemplo, una de ellas se quedó sin hogar; a otra familia el padre retiró el apoyo económico para el tratamiento del niño; en otra familia se dio una crisis económica debido al largo internamiento de la niña). Se ha observado que una baja adhesión al tratamiento se asocia con bajos ingresos económicos (Bhattacharya & Dubey, 2011; Kleeberger et al., 2001).
- Tres de las familias atravesaron por problemas familiares, como depresión e incluso el intento de suicidio de la madre, entre otras. El desgaste emocional (Bhattacharya & Dubey, 2011; Hereen, 2011; Dobrova-Krol et al., 2010; Margulies, Barber & Recoder, 2006) y la inestabilidad en el hogar amenaza frecuentemente la continuidad del tratamiento (Bhattacharya & Dubey, 2011; Mellins et al., 2002; Moses & Meintjes, 2010). Millán (2009) encontró que existe una tasa mayor de ideación suicida en la población con VIH\SIDA.

Es importante resaltar que después de la intervención se continuó asistiendo al hospital y el personal médico, tanto enfermeras como el pediatra infectólogo mostraron un gran interés por el trabajo terapéutico que se realizaba. Anteriormente, el per-

sonal médico no mostraba interés sobre los aspectos psicológicos de los pacientes; al parecer, se han dado cuenta de lo importante que es la intervención psicológica para el incremento de la AT y la mejoría en el estado de salud de los pacientes con VIH/SIDA.

Conclusiones

1. Los factores que se relacionan con la AT de los niños con VIH/SIDA son la escolaridad del cuidador primario (entre mayor es su escolaridad, mayor adherencia) y el apoyo de la familia nuclear y extensa (a mayor apoyo, mayor adherencia). Esto coincide con los resultados encontrados por Bhattacharya y Dubey (2011) en una investigación sobre AT en 90 niños con VIH en la India.
2. La intervención basada en la Entrevista Motivacional sí resultó, en general, efectiva para aumentar el nivel de AT. Lo anterior se refleja en que siete de los niños incrementaron su nivel de adherencia y dos de ellos permanecieron con un buen nivel de AT, lo cual implica que sus niveles de salud y bienestar se incrementaron.
3. La AT constituye un logro difícil de alcanzar, pues no depende solamente de cuestiones psicológicas. La baja AT se relaciona con aspectos emocionales, personales, sociales, culturales y de salud, lo cual implica que su promoción debe ser integral, es decir, se deben conjuntar los esfuerzos de psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y nutriólogos, para conseguir que esta sea óptima.
4. Entre las limitaciones del presente estudio se pueden mencionar: el grupo reducido de sujetos con los que se trabajó y el lapso. Se recomienda para futuras investigaciones ampliar la población y hacer la investigación por un lapso más amplio para poder obtener mejores resultados.

Referencias

- Acebo, C. (2009). [Editorial]. *Revista Perspectivas*, 152, 1-5.
- Álvarez, C. (2008). Teoría transteórica del cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *Revista MHSalud*, 5(1), 1-12.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69.
- Bhattacharya, M. & Dubey, A. (2011). Adherence to antiretroviral therapy and its correlates among HIV-infected children at an HIV clinic in New Delhi. *Annals of Tropical Paediatrics*, 31(4), 331-337.
- Centro de Ciencias de Salud. (2008). *Directorio Médico Mexicano*. Universidad de Nuevo México. Consultado el 8 de mayo, 2009, en www.aidsinfonet.org
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (2009). *El VIH/SIDA en México 2009*. México: Secretaría de Salud.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (2010). *Estimador de personas con VIH viviendo en México para 2010*. México: Secretaría de Salud.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (2012). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA, actualización al 30 de junio de 2012*. México: Secretaría de Salud.
- Cerdá, J. M. & Almiñana, A. (2004). Programa de atención farmacéutica a pacientes VIH con tratamiento antirretroviral: metodología y documentación. *Farmacia Hospitalaria*, 28(Supl. 1), 72-79.
- Chartt, R., Tovar, P., Campos, G., Villalobos, P., Muñoz, R., Martínez, P., Vázquez, G., et al. (2008, agosto). *Alteraciones de la conducta en niños y adolescentes infectados con VIH. Un estudio multicéntrico*. Trabajo presentado en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ciudad de México, México.
- Codina, C., Tuset, M., Ibarra, O., Delgado, O., Moranchó, O. & García, B. (2004). Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farmacia Hospitalaria*, 28(Supl. 1), 19-26.
- Unicef. (2008, julio). La niñez y el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio* (Nº 7). México: Naciones Unidas. [http://www.unicef.org/lac/Desafios7_esp\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafios7_esp(2).pdf)
- Dobrova-Krol, N., Bakermans-Kranenburg, M., Ijzendoorn, M. & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection

- and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1368-1376.
- Gerbert, B., Danley, D., Herzig, K., Clanon, K., Ciccarone, D., Gilbert, P. & Allerton, M. (2006). Reframing "Prevention with Positives": Incorporating counseling techniques that improve the health of HIV-positive patients. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(1), 19-31.
- Harman, J., Amico, K. & Johnson, B. (2005). Standard of care: Promoting antiretroviral adherence in clinical care. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(2), 237-251.
- Hereen, A. (2011). Changing methods of disclosure. Literature review of disclosure to children with terminal illnesses, including HIV. *Innovation. The European Journal of Social Science Research*, 24(1-2), 199-208.
- Howland, L., Gortmaker, S., Mofenson, L., Spino, C., Gardner, J. & Gorski, H. (2000). Effects of negative life events on immune suppression in children and youth infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatrics*, 106(3), 540-546.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy* (Policy Report). Seattle: Autor.
- Irwin, A., Millen, J. & Fallows, D. (2004). *SIDA GLOBAL: verdades y mentiras*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Kleeberger, C., Phair, J., Strathdee, S., Detels, R., King-ley, L. & Jacobson, L. (2001). Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26(1), 82-92.
- Knobel, H. & Guetar, A. (2004). Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Intervenciones en la pauta terapéutica. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 22(2), 106-112.
- Margulies, S., Barber, N. & Recoder, L. (2006). VIH\SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 3, 281-300.
- Martínez-Rojano, H. & Gorbea, M. (2001). Valoración del estado nutricional de niños infectados con el virus de inmunodeficiencia humana. *Revista Mexicana de Pediatría*, 68(6), 264-269.
- McDonald, H., Garg, A. & Haynes, R. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 22(288), 2868-2879.
- Mellins, C., Havens, J., McCaskill, E., Leu, C., Brudney, K. & Chesney, M. (2002). Mental health, substance use and disclosure are significantly associated with the medical treatment adherence of HIV-infected mothers. *Psychology, Health and Medicine*, 7(4), 451-462.
- Millán, R. (2009, 9 de diciembre). Esquema de psicoterapia breve durante fase de diagnóstico de portación del VIH. *Psiquiatría.com*. Consultado el 17 de agosto del 2010, en <http://www.psiquiatria.com/tratamientos/psicoterapias-144/esquema-de-psicoterapia-breve-durante-fase-de-diagnostico-de-portacion-del-vih/>
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas* (A. Tejero, Trad.). Barcelona: Paidós.
- Moses, S. & Meintjes, H. (2010). Positive care? HIV and residential care for children in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 9(2), 107-115.
- Murphy, D., Chen, X., Naar-King, S. & Parsons, J. (2012). Alcohol and marijuana use outcomes in the Healthy Choices Motivational Interviewing Interventions for HIV-positive youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(2), 95-100.
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2013). Motivational Interviewing. Consultado el 27 de agosto de 2013, en <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=130>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2001). *Los niños y los jóvenes en mundo con SIDA*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe para la salud en el mundo 2002. Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Palacios, M. (2006). La ética en los estudios sobre VIH/SIDA. En *SIDA: Aspectos de Salud Pública, Manual* (pp. 1-103). México: Centro Nacional para la

- Prevención y el Control del VIH/SIDA/Instituto Nacional de Salud Pública.
- Pavía, N. (2008). *Infección en pediatría. 15 preguntas frecuentes en pacientes con VIH/SIDA*. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Pavía, N., Tovar, P. & Muñoz, R. (2003). Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 23(4), 126-132.
- Piña, J., Corrales, A., Mungaray, K. & Valencia, M. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), 217-228.
- Prendergast, A., Penazzato, M., Cotton, M., Musoke, P., Mulenga, V., Abrams, E. & Gibb, D. (2012). Treatment of young children with HIV infection: Using evidence to inform policymakers. *PLoS Medicine*, 9(7), e1001289.
- Prochaska, J. & Bess, M. (1994). The transtheoretical model: Applications to exercise. En R. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180). New York: Human Kinetics Publishers.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Remor, E. (2002b). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 143-149.
- Ruiz, A., Enríquez, S. & Hoyos, P. (2009). Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 175-190.
- Sepúlveda, J. & Rico, B. (1992, septiembre). *Infancia y SIDA*. Boletín Médico (Nº 9). México: Hospital Infantil de México.
- Tovar, L., Muñoz, H., Cruz, B., Ramírez, G. & Pavía, N. (1998, octubre). *Aspectos psicosociales del niño con VIH/SIDA y la familia*. Trabajo presentado en el XXIII Congreso de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, Guanajuato, México.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62.
- Witteveen, E. & Van Ameijdenz, E. (2002). Drug users and HIV-combination therapy (HAART): Factors which impede or facilitate adherence. *Substance Use and Misuse*, 37(14), 1905-1925.
- WHO, UNAIDS & UNICEF. (2011). *Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards universal access* (Progress report). Ginebra, Suiza: WHO, HIV/AIDS Department.