

MODELO PSICOLÓGICO PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DE ADHESIÓN EN PERSONAS CON VIH

JULIO ALFONSO PIÑA-LÓPEZ*

UNIVERSIDAD DE SONORA, MÉXICO

JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Recibido: febrero 21 de 2007

Revisado: mayo 24 de 2007

Aceptado: junio 27 de 2007

PSYCHOLOGICAL MODEL FOR INVESTIGATION OF THERAPEUTIC COMPLIANCE BEHAVIORS IN PEOPLE WITH HIV

ABSTRACT

The present paper proposes a psychological model for research on treatment adherence behavior in persons with HIV. The elements of the model are grouped in four stages, two psychological and two biological. The first includes dispositional variables such as interactive situations related to stress, functional competencies and motives, as well instrumental risk and preventive behaviors. The second includes the disease generated by HIV and others resulting in diverse pathologies. In the third phase, once pathology sets its course, the model involves the role of two types of behaviors, treatment adherence and those typically associated to the disease itself. The fourth includes the potential effects of the psychological components as modulators of both biological vulnerability and the development of further HIV-related pathology.

Key words: psychological model, adherence behaviors, HIV, stress, behavioral competencies.

* Guillermo Prieto 18. Col. Constitución. Hermosillo, Sonora. C. P. 83150 (México). E-mail: ja_pina@hotmail.com.

RESUMEN

Se presenta un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH, cuyos elementos se agrupan en cuatro fases, dos psicológicas y dos biológicas. La primera incluye variables disposicionales –situaciones interactivas vinculadas con estrés, competencias funcionales y motivos– y comportamientos instrumentales de riesgo y prevención; la segunda contempla, en una primera instancia, la enfermedad por VIH y otras resultantes en diferentes patologías; la tercera, el papel que juegan dos tipos de comportamientos, los de adhesión al tratamiento y los asociados a la enfermedad; la cuarta y última, comprende los efectos potenciales que ambos comportamientos tienen sobre la modulación y vulnerabilidad biológicas, y su posterior impacto sobre el desarrollo de otras patologías relacionadas con el VIH, consideradas en la segunda fase.

Palabras clave: modelo psicológico, comportamientos de adhesión, VIH, estrés, competencias funcionales.

Aun cuando el problema de la adhesión al tratamiento se remonta a poco más de cincuenta años (DiMatteo, 2004; Osterberg & Blaschke, 2005), no ha sido sino hasta las últimas dos décadas que ha pasado a ocupar un lugar especial en la agenda de la discusión entre los profesionales de la salud (Bayés, 1998; Christensen & Johnson, 2002; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Wiley, 2003; Sánchez-Sosa, 2002; Villa & Vinaccia, 2006; WHO, 2003). En general, tal discusión ha girado en torno de dos aspectos: la definición de los términos de cumplimiento y adherencia, y la búsqueda de mejores estrategias que favorezcan la práctica de comportamientos de adhesión en las personas que viven con alguna enfermedad crónica.

Con relación al primer aspecto, aun cuando tácita o explícitamente se ha aceptado el uso indistinto de ambos términos, es preciso aclarar que tanto en el lenguaje ordinario como en el técnico denotan cosas distintas. En el lenguaje ordinario *cumplimiento* es un sustantivo masculino que se define como la acción y efecto de cumplir o cumplirse (Real Academia Española, 1985), mientras que en el lenguaje técnico se le define como el 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 (Sackett, 1976).

De entrada, es conveniente señalar que por razones obvias el uso del término cumplimiento no es pertinente, al menos en la psicología, pues no se trata de una cosa, y, por tanto, no es posible hacer referencia a él como a un objeto cualquiera. Pero tampoco resulta adecuado si se acepta la definición de cumplimiento –retomada posteriormente por Haynes (1979) y Miechenbaum y Turk (1986)–, porque hablar del grado con el que se practica determinado comportamiento es incorrecto. En efecto, *grado* en el lenguaje ordinario es un sustantivo masculino que, en sentido figurado, se refiere a “cada uno de los diversos estados, valores o cualidades que, en relación de menor a mayor, puede tener una cosa” (Real

Academia Española, 1985); por otro lado, gramaticalmente se refiere a la manera de significar la *intensidad* relativa de los calificativos. Aseguramos que el comportamiento no puede analizarse a partir de la noción de grado, porque el uso del término implicaría afirmar que una persona se adhirió al tratamiento porque se comportó con mayor intensidad, y ésta se correspondió con la intensidad con la cual el médico o el equipo de la salud le prescribieron clínicamente qué y cómo comportarse.

Por su parte, en el lenguaje ordinario, *adherencia* es un sustantivo femenino que se define como “la acción o efecto de adherir o pegarse una cosa con otra, o bien como la unión anormal de algunas partes del cuerpo, que naturalmente deben estar separadas” (Real Academia Española, 1985), mientras que en el lenguaje técnico se le define como “la implicación activa y voluntaria del paciente en el curso del comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo & DiNicola, 1982)

Aunque aquí podemos estar de acuerdo con que la definición de ambos autores es mucho más comprensiva que la de cumplimiento propuesta por Sackett, antes de proseguir nos parece también oportuno reflexionar sobre tres aspectos incluidos en aquella. Primero, ¿cómo habremos de entender los comportamientos de adhesión, que no de adherencia: como una categoría relativa a procesos, estados o resultados? Si partimos del presupuesto de que los comportamientos de adhesión constituyen la parte final de una cadena, está claro que no puede concebirse como una categoría de procesos, y mucho menos una de estado. Por consiguiente, es una categoría de resultados.

Entonces, los comportamientos de adhesión son, en el sentido estricto de la palabra, de carácter instrumental, es decir, que sirven como *instrumento* mediante el cual una persona afecta la funcionalidad de su propio comportamiento para producir efectos particulares en el ám-

bito de lo biológico, dirigidos a controlar y/o evitar el avance de una enfermedad. Tal es el caso, por ejemplo, del consumo de medicamentos en personas con VIH, cuyo propósito consiste en favorecer un mejor control del curso de la enfermedad el mayor tiempo posible, y evitar así el avance de un estadio asintomático (estadio A) a uno sintomático (estadio B), o de éste a uno declarado de sida (estadio C).

En segundo lugar, ¿qué se quiere decir con una implicación activa y voluntaria del paciente? *Implicación* en el lenguaje ordinario es un sustantivo femenino que se define como “contradicción, oposición de los términos entre sí”, o como “relación o repercusión que entraña una cosa” (Real Academia Española, 1985). Si partimos de que los comportamientos de adhesión son instrumentales, suponemos que hablar de implicación no tiene el menor de los sentidos, porque, obviamente, se insiste, el comportamiento no es una cosa, ni mucho menos se espera que el paciente, al implicarse en la relación terapéutica, entre en contradicción con el médico o el equipo de salud.

En tercer lugar, en la definición de DiMatteo y DiNicola no se establece, a partir de determinados criterios, qué parámetros es necesarios evaluar con la finalidad de probar si una persona practica o no los comportamientos de adhesión, asunto que inclusive fue estudiado años más tarde por el primer autor (DiMatteo, 2004). Si como profesionales de la psicología estamos interesados en el análisis del comportamiento, lo que se requiere es la definición correcta del término y, a partir de ésta, la delimitación precisa de los parámetros para evaluar los comportamientos de adhesión. Valdría la pena preguntarnos lo siguiente: ¿es más útil definirlos y medirlos a partir de la frecuencia con la que se practican, o por su duración o su intensidad? Debido a que la elección de los parámetros variará en función del tipo de enfermedad y del régimen de tratamiento, para el análisis de los comportamientos de adhesión en personas con VIH proponemos adoptar el parámetro de frecuencia.

Hacia una definición alternativa y los porqué del modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión

Partiendo de los argumentos expuestos antes, proponemos la siguiente definición de comportamientos de adhesión: “Frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica, 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, en primer

lugar, aquí no estamos hablando de un paciente en el sentido tradicional, sino de una persona que, a partir del diagnóstico de una enfermedad, requiere de una intervención profesional.

En segundo lugar, con base en los argumentos esbozados por Ribes (1990a, 2005b), enfatizamos la naturaleza competencial de los comportamientos de adhesión al tratamiento. Para este autor, las competencias constituyen la organización funcional de una diversidad de comportamientos tendientes a cumplir con un tipo de criterio o de ajuste en una situación particular. Una competencia, pues, constituye la organización funcional de las diferentes habilidades e implica siempre *saber hacer* las cosas de acuerdo con los requerimientos impuestos por una situación.

Finalmente, destacamos la importancia de hablar del equipo de salud, antes que del profesional de la medicina como proveedor único de los servicios de salud a las personas. La propia naturaleza del concepto y de los problemas de salud incluye diferentes dominios: el biológico, el social y el psicológico. Por esto, aun cuando reconocemos que la psicología es de dudosa aplicación directa, en el mismo sentido en que se justifica en otras disciplinas profesionales, su aplicación puede darse en dos planos distintos; uno, a través de los profesionales practicantes de una disciplina particular (medicina, enfermería, trabajo social, etc.), y otra, a través de los propios usuarios de los servicios de salud (Ribes, 2005b).

Una vez expuestas tanto la definición alternativa sobre adhesión como los elementos que amparan su justificación, pasaremos ahora a hacer lo propio con el modelo psicológico de investigación de los comportamientos de adhesión. Empero, antes de proseguir estamos obligados a señalar algunas consideraciones en torno al problema del VIH y sus implicaciones con respecto al modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990b).

Si nos atenemos de manera puntual al Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, por sus siglas en inglés), la enfermedad por sida pasó a denominarse genéricamente como enfermedad por VIH (códigos B20-B24). Es decir, desde el momento mismo en el que una persona recibe el diagnóstico de seropositividad al VIH, de acuerdo con el CIE-10 ya está enferma, de la misma forma que lo estaría si recibiera un diagnóstico de enfermedad isquémica del corazón (I20-I25), de diabetes mellitus (I60-I69) o de cáncer pulmonar (C33-C34).

¿Por qué es importante lo anterior? Porque en el modelo psicológico de salud biológica de Ribes (ver Figura 1), se contemplan tres elementos en la fase de procesos, uno de los cuales es clave previo al diagnóstico de una enfermedad; nos referimos a la modulación biológica por contingencias. Según este autor, si se considera

que el comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente, no tiene nada de especial asegurar que constituye la dimensión crítica que regula las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo, esto es, sobre los subsistemas reactivos biológicos: el inmune, el cardiovascular y el endocrino, principalmente.

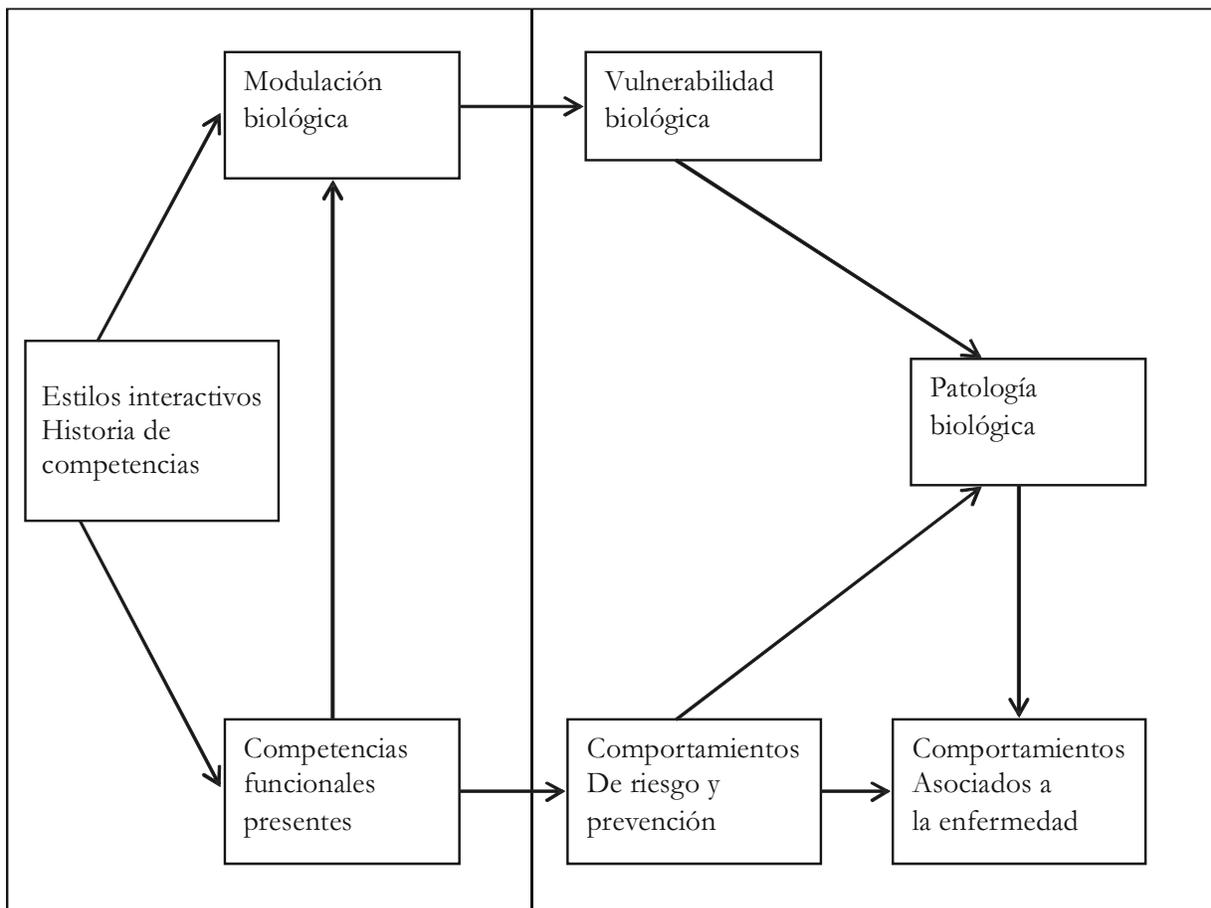
De este modo, a personas expuestas a situaciones en las que, por ejemplo, además de las indicaciones sobre la respuesta, se inducen ciertas disposiciones (como responder de manera impulsiva) se les estaría generando un tipo de modulación del sistema cardiovascular. Éste, a su vez, de mantenerse más o menos consistente, facilitaría determinados niveles de vulnerabilidad y haría más probable el acaecimiento de enfermedades del corazón, concretamente de infarto del miocardio. En síntesis, se trata de lo que se conoce en la literatura como personalidad o patrón de comportamiento tipo A (i.e., Niaura et al., 2002; Ranchor, Sanderman, Bauma, Buunk & Van

den Heuvel, 1997; Reynoso, Álvarez, Tron, De la Torre, & Seligson, 2002).

Nótese, por tanto, que con el modelo expuesto en la Figura 1 se ejemplifica de manera particular la interacción entre los factores psicológicos y biológicos de ambas fases, los cuales son pertinentes para el posterior acaecimiento de una enfermedad. Sin embargo, y retomando el ejemplo de la enfermedad por VIH, la relación entre esos factores no se da de manera puntual. Practicados determinados comportamientos instrumentales de riesgo (fase de resultados) –sea por la influencia del estilo interactivo tendencia al riesgo (fase de procesos) o bien porque no se disponga de los recursos competenciales (fase de procesos)–, cuando se identifica la presencia del VIH en el organismo se diagnostica la enfermedad, es decir, la enfermedad por VIH. Hasta ese momento ni la variable modulación biológica ni la variable vulnerabilidad biológica juegan un papel preponderante, pues el diagnóstico de la enfermedad se plantea de manera directa e independiente del esta-

FIGURA 1

MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA



do de modulación biológica en el que se encuentre el organismo y de su nivel de vulnerabilidad.

Es necesario hacer una aclaración adicional: de ninguna manera estamos asegurando que las variables modulación y vulnerabilidad biológicas, no sean importantes frente al problema del VIH. Lo que hemos señalado es que en el caso de esta enfermedad, que bien podríamos caracterizar como “atípica”, la operación funcional de esas variables no sigue las mismas reglas, sobre todo si se le compara con buena parte de las enfermedades crónicas (del corazón y los tumores malignos, principalmente), por lo que habría de destacarse su papel una vez diagnosticada la enfermedad.

Hechas las aclaraciones y retomando algunos de los elementos conceptuales aportados por el modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990b), presentamos un modelo psicológico de adhesión al tratamiento, incorporando para ello otros elementos contemplados en una teoría de la conducta (Ribes & López, 1985) y una teoría de la personalidad (Ribes & Sánchez, 1990). Nos referiremos de manera especial al de motivos.

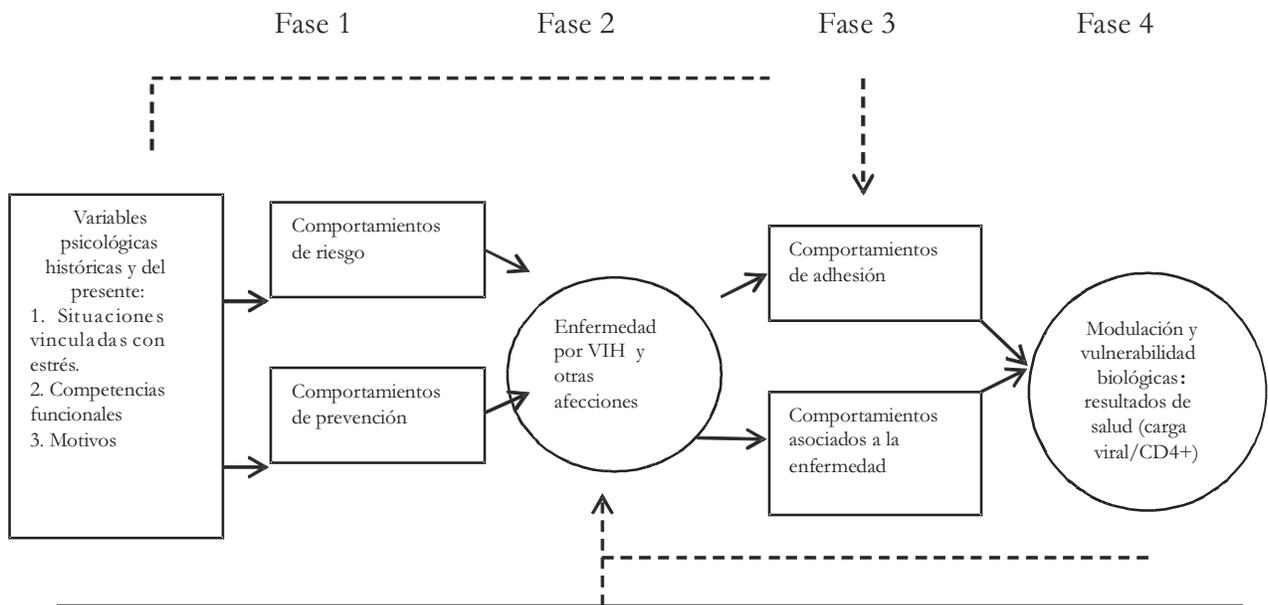
Desarrollo del modelo psicológico de adhesión

Con el objeto de representar conceptualmente el citado modelo, en la Figura 2 se describen los elementos participantes, los cuales se han agrupado en cuatro fases. En la primera se encuentran las variables disposicionales y

los resultados psicológicos, así como su influencia posterior sobre una enfermedad; en la segunda, la transición hacia una enfermedad, que en este caso se presentaría como el diagnóstico de enfermedad por VIH. La fase tres incluye, una vez diagnosticada la enfermedad, el ejercicio instrumental de dos tipos de comportamientos, los de adhesión al tratamiento y los asociados a la enfermedad. Finalmente, en la fase cuatro se incluyen la modulación y vulnerabilidad biológicas y los resultados de salud que darían cuenta de una menor o una mayor probabilidad de mantener la salud o de desarrollar otras patologías resultantes, como por ejemplo, neumonía por *Pneumocistis Carinni* (B20.5), sarkoma de Kaposi (B21.0) o síndrome de infección aguda por VIH (B23.0), que se insertarían en la fase dos.

Con respecto a la fase uno, el primer elemento es el de las situaciones interactivas, en su modalidad vinculada con estrés. Este elemento guarda una importante relación con lo que en la jerga tradicional se conoce como personalidad (Ribes & Sánchez, 1990), que se define como los modos consistentes de interacción. En otras palabras, la personalidad constituye la manera única, singular e idiosincrásica con la que un individuo enfrenta una situación con la que entra en contacto por primera vez. Su papel es el de modular la oportunidad, velocidad y precisión de los comportamientos efectivos frente a una situación en la que no se prescriben criterios sobre cómo hay que responder. Como tales, las situaciones interactivas no se identifican

FIGURA 2 REPRESENTACIÓN CONCEPTUAL DEL MODELO PSICOLÓGICO DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON VIH



con acciones o comportamientos particulares, sino con conjuntos o colecciones de acciones o de comportamientos. Para los autores existen doce estilos interactivos, seis que se vinculan con el fenómeno del estrés y seis con competencias. Aquí resultan de especial interés los primeros seis, considerando el papel del fenómeno de estrés sobre el sistema inmune, que, como se sabe, es el principal sistema que se ve afectado en las personas con VIH (Antoni et al., 1990; Remor, Penedo, Shen & Schneiderman, 2007; Siegel & Schrimshaw, 2005; Weaver et al., 2005).

Las seis situaciones o estilos en cuestión son las siguientes: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, tendencia al riesgo, impulsividad/no-impulsividad y reducción de conflicto. Piénsese en los comportamientos de una persona previo al diagnóstico de infección por VIH. Para ello el estilo tendencia al riesgo puede servir como ejemplo. En dicho estilo se establece que el individuo enfrenta condiciones que reconoce como estables, en términos de la probabilidad y cantidad en las consecuencias a su respuesta. Así mismo, se encuentra frente a condiciones variables e impredecibles, pero que aparentan consecuencias mayores. Su respuesta consiste en optar por las últimas cuando se muestran ventajosas en: a) probabilidad; b) cantidad o magnitud, y c) en ambas. Un caso hipotético es el de un individuo que mantiene relaciones sexuales con diferentes parejas, y su elección de no utilizar preservativo representaría una mayor probabilidad y una mayor magnitud asociadas con las consecuencias inmediatas—obtener placer sexual— vs. la opción de evitarlas o utilizar preservativo sistemática y efectivamente. En la primera opción las consecuencias son constantes y estables. Sin embargo, al desconocer los antecedentes sexuales de sus parejas desconoce su seroestatus, lo que, a su vez, representaría la práctica de una diversidad de comportamientos altamente consistentes que lo colocarían en mayor riesgo de infección por VIH.

Ahora, piénsese en un estilo interactivo una vez ha sido diagnosticada una enfermedad, en este caso, la infección por VIH. Se puede pensar como ejemplo en el estilo tolerancia a la ambigüedad, a propósito de su importante relación con los comportamientos de adhesión. El citado estilo se define como una situación en la que existe una demanda a la que el individuo responde, pero no hay correspondencia entre la demanda y las consecuencias de su comportamiento, porque ambas: a) son independientes; b) son cambiantes; c) en un momento se vuelven antagónicas, y d) en un momento se vuelven imprevisibles. Una persona a quien ya se ha diagnosticado la enfermedad por VIH, dependiendo de sus niveles de carga viral, las cuentas de linfocitos CD4+ o la presencia de otra sintomatología, requerirá un plan de intervención que contempla, entre

otras cosas, el consumo de medicamentos. Empero, toda vez que el plan de intervención puede incluir hasta más de ocho medicinas al día, se considerará menos tolerante a la ambigüedad a un individuo que no encuentre correspondencia entre el consumo de los medicamentos y su estado de salud (bien sea porque no se percibe bienestar físico inmediato o por la presencia de infecciones oportunistas). En contraposición estaría un sujeto más tolerante a la ambigüedad, en el sentido en que sabe que el consumo de los medicamentos le traerá beneficios en el mediano o largo plazo.

Con respecto a las competencias, éstas se definen como la diversidad de comportamientos que tienen como objetivo cumplir o satisfacer determinado criterio o ajuste. Ser competente, siguiendo con el ejemplo del VIH, implicaría saber antes del diagnóstico de la enfermedad: qué es el VIH, qué es el sida; cómo se transmite el VIH; cómo se puede evitar la infección por VIH, es decir, qué comportamientos son pertinentes—por ejemplo, evitar o posponer una relación sexual con penetración o utilizar condón. Una vez diagnosticada la enfermedad, ser competente supondría, entre otros conocimientos: saber cuáles son los estadios de la infección por VIH; qué medicamentos existen, cuántos hay que consumir al día y en qué horarios; cuáles van acompañados de líquidos o de alimentos; cómo funcionan los medicamentos sobre las funciones del organismo, en particular, sobre el sistema inmune; qué efectos secundarios producen y cómo hay que atacarlos; por qué es importante evitar el consumo de determinados alimentos o de sustancias como alcohol o drogas; en qué consisten la resistencia viral y la replicación virales, etc.

Con relación a los motivos, una variable que no se encuentra incluida directamente en el modelo psicológico de Ribes (1990b), se define como una propensión a comportarse de determinada manera. Los motivos, previos a una interacción, le dan direccionalidad al comportamiento y se representan como la elección o preferencia que se manifiesta en la forma de diversas actitudes hacia objetos, eventos o personas con los que se entra en contacto en una situación socialmente valorada. Decir que una persona con VIH se encuentra motivada para practicar comportamiento de adhesión al tratamiento antirretroviral, supone que no sólo es competente—sabe hacer las cosas—, sino que adicionalmente *quiere* hacerlas porque es oportuno y pertinente (Ribes, 2005a). Si bien es cierto que la de motivos es una variable que no ha recibido la atención debida en el caso de las personas con VIH, en años recientes ya se ha empezado a tener en cuenta como una variable de crítica que ha permitido explicar los cambios que operan en el plano psicológico (Adamian, Golin, Shain, & De Vellis, 2004; Amico, Toro-Alfonso & Fisher, 2005; García et al., 2005; Kalichman et al., 2001; Starace, Massa, Amico & Fisher, 2006).

Ahora bien, ¿qué es lo que ocurre una vez diagnosticada la enfermedad y qué papel suponemos jugarían esas variables incluidas en la fase uno, con respecto a la práctica de los comportamientos de adhesión al tratamiento? Se espera que, dependiendo del estado biológico en el que se encuentre la persona –medido a través de dos indicadores, los niveles de carga viral y las cuentas de linfocitos CD4+, así como por la presencia o ausencia de infecciones oportunistas (Massa, A., Amico, K. R. & Fisher)–, inicie con el tratamiento antirretroviral, que podría incluir un esquema doble (un inhibidor de análogos de nucleósidos y un inhibidor de la proteasa), o uno triple (un inhibidor de análogos de nucleósidos y dos inhibidores de la proteasa). Dicho en otras palabras, a partir de ese momento se espera que la persona ponga en práctica los comportamientos de adhesión al tratamiento.

La probabilidad de que finalmente los practique eficientemente dependerá de la interacción de las variables de proceso de la fase uno. Es posible que tanto un bajo nivel de estrés como una elevada motivación faciliten directamente un mejor desempeño competencial y la práctica de los comportamientos de adhesión, o que un alto nivel de estrés y una baja motivación afecten ambos. Sin embargo, también habría que considerar su interacción con determinados comportamientos asociados a la enfermedad de la fase tres, dentro de los cuales destacan los estados de ansiedad, aislamiento social, depresión, ira o coraje, principalmente (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín & Tovar, 2006; Godin, Côté, Naccache, Lambert & Trottier, 2005; Hosek, Harper & Domanico, 2005; Penedo et al., 2003; Walch, Roetzer & Minnett, 2006).

Con base en el modelo, en un primer estudio realizado recientemente (Sánchez-Sosa et al., sin fecha a) hemos encontrado como predictores de los comportamientos de adhesión dos variables: motivos ($\beta = 0.780$; $p = 0.000$) y estrés vinculado con toma de decisiones ($\beta = 0.179$; $p = 0.026$), con un coeficiente de determinación [R^2] ajustado = 0.612. Es decir, que las tres variables en conjunto explican una elevada varianza, equivalente a 61.2% ($F [2, 64] = 50.385$; $p = 0.000$). En otros, utilizando el tiempo de infección en meses, la edad o el sexo como variables “control”, junto con algunas de esas variables han emergido como predictores el estrés vinculado con toma de decisiones, el estrés vinculado con alta tolerancia a la frustración y una baja frecuencia de comportamientos asociados a la enfermedad (Piña, Corrales, Mungaray & Valencia, en prensa; Sánchez-Sosa et al., sin fecha b).

Esos resultados obtenidos hasta el momento nos permiten plantear la pertinencia empírica del modelo,

aunque obviamente reconocemos que todavía hay mucho camino por recorrer. Aún hace falta emprender nuevos proyectos en los que se examine, por ejemplo, cómo interactúan las variables psicológicas de la fase 1 con estados psicológicos como la depresión o el aislamiento social y sus efectos sobre los comportamientos de adhesión. Por otro lado, es necesario indagar hasta qué punto el estadio clínico de infección afecta y eventualmente se ve afectado –en el sentido de que se acelera su tránsito desde el A al B, del B al C, del A al C.– a partir de las variables psicológicas y, finalmente, qué impacto tienen sobre la calidad de vida, y el bienestar físico, psicológico y social de las personas con VIH (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2001; Sánchez-Sosa & González-Puente, 2002).

Conclusiones

Tal y como se advierte a partir de lo previamente expuesto y de los resultados reseñados, no es difícil asegurar que la práctica o no de los comportamientos de adhesión al tratamiento se limite única y exclusivamente a la complejidad *per se* de los regímenes de tratamiento y los efectos secundarios que se le asocian. En este sentido, no es difícil asegurar que las variables psicológicas históricas ubicadas en la fase 1 del modelo probabilizan la ocurrencia de los comportamientos instrumentales de riesgo o prevención, y que, a través de ambos, ejerzan una influencia indirecta sobre los comportamientos instrumentales de adhesión, los cuales eventualmente podrían ser afectados también, y de manera directa, por los comportamientos asociados con la enfermedad. Teniendo en cuenta que se trata de los primeros estudios, tales resultados no son del todo concluyentes, si bien nos proporcionan indicios sobre la pertinencia del modelo aquí descrito.

Si aspiramos a explicar o predecir, según sea el caso, por qué las personas se adhieren eficazmente al tratamiento antirretroviral, nuestra obligación como profesionales de la psicología es ofrecer soluciones plausibles al problema, manteniendo a lo largo del proceso tanto congruencia como coherencia en los niveles teórico, conceptual y empírico (Piña & Rivera, 2006). Un primer paso en esa dirección consiste en apoyarse en modelos teóricos parsimoniosos, que guíen y le den sentido a las intervenciones psicológicas que se realizan bajo el concurso interdisciplinario. Ha sido nuestro interés discutir aquí la importancia de desarrollar un modelo que contribuya a los propósitos ya comentados, por lo que el siguiente paso consistiría en ampliar la evidencia empírica de que se dispone al momento de escribir estas líneas.

Referencias

- Adamian, M. S., Golin, C. E., Shain, L. S. & De Vellis, B. (2004). Brief Motivational Interviewing to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: Development and Qualitative Pilot Assessment of an Intervention. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 229-238.
- Amico, K. R., Toro-Alfonso, J. & Fisher, J. D. (2005). An Empirical Test of the Information, Motivation and Behavioral Skills Model of Antiretroviral Therapy. *AIDS Care*, 17, 661-673.
- Antoni, M. H., Schneiderman, N., Fletcher, A., Goldstein, D. A., Ironson, G. & Laperriere, A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L. & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica*, 5, 659-667.
- Bayés, R. (1998). El problema de la adhesión a la terapéutica de la infección por VIH. *Intervención Psicosocial*, 8, 229-237.
- Christensen, A. J. & Johnson, J. A. (2002). Patient Adherence with Medical Treatment Regimens: An Interactive Approach. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 94-97.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in Patient's Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care*, 42, 200-209.
- DiMatteo, M. R. & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving Patient Compliance*. Elmsford, New York: Pergamon.
- García, R., Podé, M., Lima, M., De Souza A. R., De O. Stolze, S. M. & Badaró, R. (2005). Lack of the Effect of Motivation on the Adherence of HIV-positive/AIDS Patients to Antiretroviral Treatment. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9, 494-499.
- Godin, G., Côté, J., Naccache, H., Lambert, L. D. & Trottier, S. (2005). Prediction of Adherence to Antiretroviral Therapy: A One-year Longitudinal Study. *AIDS Care*, 17, 493-504.
- González-Puente, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). Systematic Assessment of Quality of Life in HIV-positive Patients in Three Clinical Stages of the Infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 519-528.
- Haynes, R. B. (1979). Introduction. En R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp. 1-7). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hosek, S. G., Harper, G. W. & Domanico, R. (2005). Predictors of Medication Adherence among HIV-infected Youth. *Psychology, Health & Medicine*, 10, 166-179.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. J. & Wiley, C. (2003). Behavioural Mechanisms Explaining Adherence: What Every Health Professional Should Know. En WHO (Ed.), *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action* (pp. 157-171). Geneva: Author [WHO/MNC/03.01].
- Kalichman, S. C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Kyomugisha, F. & Buckles, J. (2001). HIV Treatment Adherence to Women Living with HIV/AIDS: Research Based on the Information-motivation-behavioral Skills Model of Health Behavior. *Journal of the Association of Nurses AIDS Care*, 12, 58-67.
- Kremer, H. & Ironson, G. (2006). To Tell or not to Tell: Why People with HIV Share or don't Share with their Physicians whether They Are Taking Their Medications as Prescribed. *AIDS Care*, 18, 520-528.
- Miechenbaum, D. & Turk, D. C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum.
- Niaura, R., Todaro, J. F., Stroud, L., Spiro, A., Ward, K. D. & Weiss, S. (2002). Hostility, the Metabolic Syndrome, and Incident Coronary Heart Disease. *Health Psychology*, 21, 588-593.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P. & Schneiderman, N. (2003). Personality, Quality of Life and HAART Adherence among Men and Women Living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278.
- Piña, J. A., Corrales, A. E., Mungaray, K. & Valencia, M. A. (en prensa). ¿Influye el tiempo de infección en meses sobre los predictores psicológicos de comportamientos de adhesión en personas con VIH? *Terapia Psicológica*, 22.
- Piña, J. A. & Rivera, B. M. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su *qué* y su *para qué*. *Universitas Psychologica*, 5, 669-679.
- Ranchor, A. V., Sanderman, R., Bauma, J., Buunk, B. P. & Van den Heuvel, W. J. A. (1997). An Exploration of the Relation Between Hostility and Disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 223-240.

- Real Academia de la Lengua. (1985). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Océano.
- Remor, E., Penedo, F. J., Shen, B-J. & Schneiderman, N. (2007). Perceived Stress Is Associated with CD4+ Cell Decline in Men and Women Living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care, 19*, 215-219.
- Reynoso, L., Álvarez, M. A., Tron, R., De la Torre, I. & Seligson, I. (2002). Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular. En L. Reynoso & I. Seligson (Coords.), *Psicología y Salud* (pp. 43-70). México: UNAM/CONACYT.
- Ribes, E. (1990a). *Psicología general*. México: Editorial Trillas.
- Ribes, E. (1990b). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Ribes, E. (2005a). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología?: La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamental, 13*, 37-52.
- Ribes, E. (2005b). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología, 22*, 5-14.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Editorial Trillas.
- Ribes, E. & Sánchez, S. (1990). El estudio de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento* (pp. 79-99). México: Editorial Trillas.
- Sackett, D. L. (1976). Introduction. En D. L. Sackett & R. B. Haynes (Eds.), *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp. 1-9). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment Adherence: The Role of Behavioral Mechanisms and Some Implications for Health Care Interventions. *Revista Mexicana de Psicología, 19*, 85-92.
- Sánchez-Sosa, J. J. & González-Puente, J. A. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. México: UNAM/CONACYT.
- Sánchez-Sosa, J. J., Piña, J. A., Corrales, A. E., Vázquez, R. L., Valencia, M. A. & Mungaray, K. (Sin fecha a). Aplicación de un modelo psicológico a la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Revista de Saúde Pública*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Sánchez-Sosa, J. J., Piña, J. A., Vázquez, R. L., Valencia, M. A., Mungaray, K. & Corrales, A. E. (Sin fecha b). Interacción entre la edad y variables psicológicas: su influencia sobre los comportamientos de adhesión en personas seropositivas al VIH. En J. A. Piña & J. J. Sánchez-Sosa (Eds.), *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. Manuscrito no publicado.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E. W. (2005), Stress, Appraisal, and Coping: A Comparison of HIV-infected Women in the Pre-HAART and HAART Eras. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 225-233.
- Starace, F., Massa, A., Amico, K. R. & Fisher, J. D. (2006). Adherence to Antiretroviral Therapy: An Empirical Test of the Information-motivation-behavioral Skills Model. *Health Psychology, 25*, 153-162.
- Villa, I.C. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud, 16*, 51-62.
- Walch, S. E., Roetzer, L. M. & Minnett, T. A. (2006). Support Group Participation among Persons with HIV: Demographic Characteristics and Perceived Barriers. *AIDS Care, 18*, 284-289.
- Weaver, K. E., Llabre, M. M., Durán, R. E., Antoni, M. H., Ironson, G., Penedo, F. J. & 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, 24*, 385-392.
- WHO (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: Author [WHO/MNC/03.01].