

Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección

Behavioral competences, stress and life quality in HIV+ 100% adherent persons. An analysis based on the infection clinical stage

ÓSCAR CÁZARES ROBLES,* JULIO ALFONSO PIÑA LÓPEZ**
y JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA***

Abstract

A cross-sectional study was carried out with the main objective to assess the effects of psychological variables on quality of life in terms on the clinical stage of the infection among 51 HIV+ persons, whom were 100% adherent. The physical health dimension yielded results as follows: in clinical stage A an effect of current behavioral competencies was observed ($F [1, 13] = 13,372; p < 0,001$); in stage B, effects included low stress-related factors with of tolerance to ambiguity and tolerance to frustration ($F [2, 17] = 19,648; p < 0,001$), and in stage C no effect was apparent. For the dimension of psychological health, results revealed: in clinical stage A, an effect of current behavioral competencies ($F [1, 13] = 4,899; p < 0,05$); in B, stage no effect was found, whereas in stage C low stress-related tolerance to ambiguity had an effect ($F [1, 14] = 4,906; p < 0,05$). The study suggests definitely effects of psychological variables on quality of life, including both physical and psychological dimensions, with differential role in function of the clinical stage of the infection. Some implications are discussed for the development of intervention programs, aimed at improving adherence to medical treatment and quality of life among HIV+ persons.

Keywords: HIV+ persons, behavioral competences, stress, quality of life, intervention.

Resumen

Se realizó un estudio transversal que contó con la participación de 51 personas VIH+ 100% adherentes, cuyo objetivo fue evaluar los efectos de un conjunto de variables psicológicas sobre la calidad de vida, en función del estadio clínico de infección. Para la dimensión salud física los resultados fueron: en el estadio clínico A se encontró un efecto de las competencias conductuales presentes ($F [1, 13] = 13,372; p < 0,001$); en el B, de bajos niveles de estrés vinculados con tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración ($F [2, 17] = 19,648; p < 0,001$), y en el C no se encontraron predictores. Para la dimensión salud psicológica los resultados fueron: en el estadio A hubo un efecto de las competencias conductuales presentes ($F [1, 13] = 4,899; p < 0,05$), en el B no hubo efecto de ninguna variable, mientras que en el C se presentó como respuesta de bajos niveles de estrés, vinculado con tolerancia a la ambigüedad ($F [1, 14] = 4,906; p < 0,05$). El presente estudio sugiere que los efectos de diversas variables psicológicas sobre la calidad de vida en sus dimensiones de salud física y psicológica, ejercen un efecto diferenciado en función del estadio clínico de infección. Se discuten algunas implicaciones de los hallazgos para el diseño de programas de intervención interdisciplinaria dirigidos a mejorar tanto la adhesión a la terapéutica médica, como la calidad de vida en personas VIH+.

Palabras Clave: personas VIH+, competencias conductuales, estrés, calidad de vida, intervención.

* Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA e ITS. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, Hermosillo, México.

** Investigador Independiente, Hermosillo, México. Correspondencia: Guillermo Prieto 18. Col. Constitución. Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (México). Correo electrónico: ja_pina@hotmail.com.

*** Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.

Introducción

El concepto de “Calidad de Vida” (CV) es de naturaleza inter y/o multidisciplinaria, referido a cómo una persona valora su funcionamiento en los planos psicológico –óptimo desempeño competencial, emocional y cognoscitivo– y social –relaciones adaptativas con personas significativas de su entorno inmediato, así como su satisfacción con los servicios de salud y la disponibilidad de oportunidades educativas y socioculturales (Carr y Higginson, 2001; Fernández-Ballesteros, 1998; Trujillo, Tovar y Lozano, 2004).

Desde un punto de vista psicológico, se ha propuesto que el abordaje de la CV se entienda como el estudio de los modos en que los procesos de configuración histórica de lo psicológico devienen en formas eficientes de comportamiento, tendientes a satisfacer determinados criterios que imponen los múltiples requerimientos asociados tanto con la propia condición de salud, como con el ambiente en sus modalidades física y social (Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000). En otras palabras, la CV no constituye sino la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas en los que se encuentra una persona, en un momento particular del continuo de interacción; dicho estado afectará el modo y la medida en que la persona se ajuste a tales condiciones, influyendo sobre ellas en sentido positivo o negativo.

Si, como consecuencia de los diversos procesos psicológicos una persona aprende a desplegar patrones de comportamiento que satisfacen los requerimientos antes mencionados y se puede decir, entonces, que es competente. Ser competente, por consiguiente, supone que una persona VIH+ disponga de los recursos de conocimientos, habilidades y destrezas, para desplegar conductas adecuadas de manera eficiente, las cuales se traducirán en: a) practicar los comportamientos de adhesión relacionados con el consumo de medicamentos, b) asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud, c) realizarse sus estudios de laboratorio periódicamente y d) evitar situaciones negativas de la vida cotidiana que la pongan en riesgo de padecer condiciones como estrés y de-

presión, entre otras (Moreno, Robles y Mendoza, 2008). Siguiendo la lógica de este razonamiento, cabría esperar que esa misma persona valore en mejores términos su calidad de vida, tanto en sus dimensiones físicas, como psicológicas.

En el ámbito de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH–, los estudios sobre la CV han adoptado varias modalidades. En algunos casos se ha evaluado su relación con variables sociodemográficas tales como la edad, el género, el estatus socioeconómico y el nivel educativo; también se ha hecho desde variables psicológicas, que incluyen los estados de ansiedad y depresión, y con la naturaleza social, caso de la disponibilidad de redes de apoyo en sus modalidades informativo, emocional y de confianza (Fianchi y Wenzel, 1998; Gore-Felton, Koopman, Spiegel, Vosvick, Brondino y Winningham, 2006; Liu, Johnson, Ostrow, Silvestre, Visscher y Jacobson, 2006; Remor, 2002). Asimismo, se ha considerado su relación con variables clínicas relevantes, como el tiempo de infección, la progresión clínica de la enfermedad y el estadio clínico de infección, principalmente (Carrieri, Spire, Duran, Katlama, Peyramond, Francois, Chene, *et al.*, 2003; Gill, Griffith, Jacobson, Skinner, Gorbach y Wilson, 2002; González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001; Huanguang, Uphold, Zheng, Wu, Chen, Findley *et al.*, 2007; Liu, Ostrow, Detels, Hu, Johnson, Kingsley y Jacobson, 2006).

De especial interés son dichas variables clínicas, en particular por dos razones: primero, porque permiten identificar cómo la valoración de la CV se ve afectada por esas variables, y segundo, porque a su vez permiten identificar en qué medida la CV y aquellas variables afectan a, y son afectadas por variables psicológicas diversas, así como por la práctica misma de los comportamientos de adhesión a la terapéutica antirretroviral (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001; Powers, Marden, McConnell, Leidy, Campbell, Soeken *et al.*, 2006; Yen, Tsai, Lu, Chen, Chen, Chen *et al.*, 2004).

Practicar consistente y eficientemente los comportamientos de adhesión depende de la compleja interacción entre múltiples variables de proceso, estado y resultado, tal y como se ha sugerido en un modelo psicológico de reciente creación (véase Piña y Sánchez-Sosa, 2007). Esas variables inclu-

yen las situaciones vinculadas con estrés, las competencias conductuales pasadas y presentes, los motivos y diversos estados transitorios definidos como ansiedad, depresión, ira, impulsividad, entre otros, agrupados en lo que se ha descrito como comportamientos asociados a la enfermedad (véase la Figura 1).

Se trata de un modelo interactivo y funcional en el que se propone, en su fase uno, que la práctica consistente y eficiente de los mencionados comportamientos dependerá de: a) si una persona enfrenta situaciones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento con bajos niveles de estrés; b) si dispone de los recursos competenciales para hacer las cosas de manera eficiente porque así lo ha hecho en el pasado, y c) si se encuentra motivada para hacerlas. Empero, es posible también que dichos comportamientos se vean afectados por los asociados a la enfermedad (fase tres del modelo). De practicarse los mencionados comportamientos eficientemente, cabría esperar un adecuado funcionamiento del organismo en el plano biológico (fase cuatro en el modelo), lo que reduce de manera considerable la probabilidad de que ocurra alguna de las infecciones oportunistas usuales (fase dos en el modelo).

Resultados arrojados por estudios basados en el modelo conducidos por nuestro equipo de inves-

tigación han revelado que, dependiendo del tipo de análisis realizado –regresión lineal múltiple de manera directa, o bien considerando a la edad, el género y el tiempo de infección como variables criterio–, los predictores más sobresalientes de los comportamientos de adhesión incluyen las variables motivos, desempeño competencial pasado y presente, bajos niveles de estrés en las modalidades de tolerancia a la ambigüedad, toma de decisiones y bajas puntuaciones en sintomatología depresiva. Los valores de la varianza explicada han sido elevados: han oscilado entre 30,6 y 62,9% (Dávila, Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Cázares, Togawa y Corrales, 2009; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008; Sánchez-Sosa, Cázares y Piña, en prensa; Sánchez-Sosa, Piña y Corrales, 2008).

A partir de los elementos anteriores y fundamentado en un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión, se realizó el presente estudio de corte transversal, con el objetivo de evaluar variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en sus dimensiones salud física y salud psicológica en un grupo de personas VIH+, con el estadio clínico de infección como variable criterio.

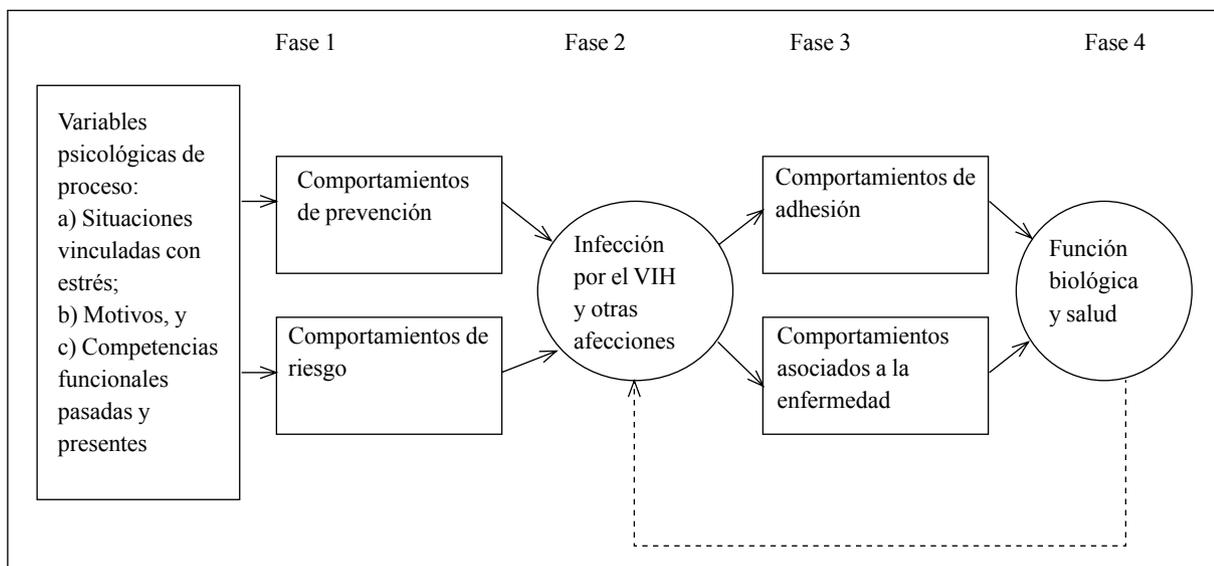


Figura 1. Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión (Piña & Sánchez-Sosa, 2007)

Método

Participantes

El estudio se inició en abril de 2007 en las instalaciones del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA e ITS –CAPASITS–, dependiente de la Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora, en el noroeste de México. La selección de los participantes se realizó con un muestreo tipo censo (Silva, 2000), cuya población la constituyó la totalidad de personas VIH+ que cada seis meses acude a realizarse los estudios de laboratorio para la determinar las cuentas de linfocitos T CD4+ y los niveles de carga viral. Como criterios de inclusión se adoptaron: a) tener más de 18 años, b) estar en tratamiento con medicamentos antirretrovirales, c) ser 100% adherentes y d) responder a la totalidad de preguntas de los instrumentos del estudio.

De la muestra original conformada por 72 personas VIH+, 21 no cumplieron alguno de esos criterios, por lo que el grupo definitivo quedó constituido por 51 participantes, con una edad media de 37,08 años (DE = 11,03), y edades mínima y máxima de 20 y 69 años, respectivamente. Las restantes características sociodemográficas y clínicas de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (n = 51)

<i>Variables</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Edad	37,08	11,03	20-69		
Género					
Hombres				35	68,6
Mujeres				16	31,4
Pareja					
Con pareja estable				33	64,7
Sin pareja estable				18	35,3
Nivel educativo					
Primaria				16	31,4
Secundaria				15	29,4
Bachillerato o más			35	39,2	

Continúa

<i>Variables</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ingresos económicos					
No tienen				9	17,6
< de \$2,000.00				16	31,4
Entre \$2, 000.00 y \$4,000.00				13	25,5
> de \$4,000.00			13	25,5	
Tiempo de infección (en meses)	54,76	40,15	6-157		
T CD4+					
< 200 células/mL				29	56,9
Entre 201-400 células/mL				17	33,3
> 401 células/mL				5	9,8
Carga viral					
< 400 copias/mL				18	35,3
Entre 401-30 mil copias/mL				24	47,1
> 30 mil copias/mL				9	17,6
Estadio clínico de infección					
A (asintomático)				15	29,4
B (sintomático)				20	39,2
C (caso de sida)				16	31,4

Instrumentos y medidas biológicas

Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos. El VPAD-24, diseñado y validado en México por Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006), evalúa variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento. Es un cuestionario autoadministrado de 24 reactivos, agrupados en cuatro factores: 1) comportamientos de adhesión presentes y variables relacionadas con el tratamiento, 2) motivos que subyacen a la práctica de los comportamientos de adhesión, 3) competencias conductuales presentes y 4) competencias conductuales pasadas. Todos los reactivos tienen estructura escalar tipo *likert* con

cuatro o cinco opciones. Para los propósitos del presente estudio se incluyeron las preguntas de los tres últimos factores.

El factor motivos, con alfa de Cronbach = 0,70 para esta muestra, incluye cuatro preguntas con cuatro opciones de respuesta, las cuales oscilan de uno (“no es un motivo determinante”) a cuatro (“es un motivo bastante determinante”). Un ejemplo de pregunta es: “[...] si usted consumió todos sus medicamentos la semana pasada, nos podría decir qué tan determinante fue cada uno de los motivos que se enlistan a continuación: ‘quise consumirlos porque he observado sus beneficios’, ‘porque mi médico me lo pidió’, ‘lo hice por personas cercanas a mí’ y ‘lo hice porque quiero mantenerme saludable el mayor tiempo posible’”.

El factor competencias conductuales presentes, con alfa = 0,77 para esta muestra, contiene cuatro preguntas con cinco opciones de respuesta, que van de uno (“bastante difícil”) a cinco (“nada difícil”). Un ejemplo de pregunta es: “¿qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que lo depriman o le provoquen tristeza?”

Finalmente, el factor competencias conductuales pasadas, con alfa = 0,81 para esta muestra, consta de cinco preguntas con cinco opciones de respuesta, que van de uno (“ningún día de la semana”) a cinco (“todos los días de la semana”). Un ejemplo de pregunta es: “antes de que a usted le diagnosticaran la infección por el VIH, si enfermaba y el médico le prescribía determinado tratamiento, ¿seguía usted al pie de la letra con éste, es decir, por ejemplo, consumía los medicamentos tal y como se lo indicó su médico?”

El segundo instrumento utilizado –diseñado y validado en México por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006)– fue la escala SVE-12, la cual evalúa situaciones vinculadas con estrés. Es una escala que consta de doce preguntas, agrupadas en tres factores: el primero es *estrés vinculado con toma de decisiones*, con alfa = 0,92 para esta muestra, que incluye tres preguntas que pueden ser respondidas en una escala que va de uno (“no es nada amenazante”) a 10 (“es demasiado amenazante”). Un ejemplo de pregunta es: “usted se encuentra recibiendo tratamiento y otras personas de su

entorno cercano le sugieren seguir un tratamiento alternativo o complementario, entonces usted debe tomar una decisión que le resulta...”.

El segundo factor de la escala es el *estrés vinculado con ambigüedad*, con alfa = 0,82 para esta muestra. Tiene tres preguntas que se responden en los mismos términos que las del factor anterior. Un ejemplo de pregunta es: “usted se encuentra recibiendo tratamiento, pero no sabe si éste le ayudará a controlar el curso de la enfermedad, entonces ello le resulta...”.

Finalmente, el tercer factor de la escala SVE-12 es el estrés vinculado con tolerancia a la frustración, con alfa = 0,85 para esta muestra. Este factor consta de cinco preguntas que se evaluaron de la misma forma que las anteriores. Un ejemplo de pregunta es: “a pesar de que usted sigue al pie de la letra las instrucciones que le dio el médico sobre el tratamiento, por parte de éste no recibe ninguna consecuencia positiva, entonces ello le resulta...”.

El tercer instrumento utilizado en el estudio fue el CV-VIH-26, diseñado y validado en México por Félix y Piña (2008). Este cuestionario, que evalúa la calidad de vida en personas VIH+, tiene 26 preguntas distribuidas en cuatro factores: 1) salud física y problemas agudos, 2) salud física y problemas crónicos, 3) salud psicológica y 4) habilidades personales y sociales. Para los propósitos del presente estudio se consideraron únicamente los tres primeros factores. El primero y el segundo se agruparon en uno solo. El factor salud física, con alfa = 0,69 para esta muestra, incluye 11 preguntas en un formato tipo *Likert*, con cuatro opciones de respuesta, que van de uno (“no me ha afectado nada”) a cuatro (“me ha afectado demasiado”). Un ejemplo de pregunta es: “de los siguientes problemas de salud, en el transcurso del último mes, ¿qué tanto se ha visto afectado usted por náuseas?”.

El factor salud psicológica, con alfa = 0,84 para esta muestra, contiene ocho preguntas en un formato tipo *Likert*, cuyas posibilidades de respuesta son las mismas que en el factor anterior; un ejemplo de pregunta es: “en el transcurso del último mes, ¿qué tanto se ha visto afectado usted por estados de irritabilidad o ira?”

Medidas biológicas

De los expedientes clínicos se obtuvo la información relacionada con el tiempo de infección en meses, las cuentas de linfocitos T CD4+ y los niveles de carga viral. Con base en la información de estos dos últimos marcadores biológicos y la ausencia o presencia de infecciones oportunistas, se determinó el estadio clínico de infección en sus tres categorías A –asintomático–, B –sintomático– y C –caso declarado de sida–.

Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Investigación y Enseñanza de la Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora, México, se invitó a las personas VIH+ a participar en el presente estudio de manera voluntaria. Después de explicarles las razones del estudio y sus objetivos, a quienes aceptaron colaborar se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado. Enseguida se les hizo entrega de los instrumentos y las hojas de respuesta y se les ofrecieron las instrucciones sobre cómo responder; se les aclaró que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y que en caso de alguna duda podían acercarse a los responsables de la administración de los instrumentos. El proceso de respuesta de las pruebas osciló entre 55 y 80 minutos.

Análisis estadístico

Para el tratamiento de los datos se utilizaron los siguientes procedimientos en orden sucesivo. En primer término se obtuvieron estadísticas descriptivas para cada uno de los factores. Para análisis posteriores las preguntas de los dos instrumentos se agruparon en sus respectivos factores –motivos, competencias conductuales pasadas y presentes, y situaciones vinculadas con estrés–, respetando en todo momento la estructura factorial de los estudios de validación correspondientes. Se consideró la suma total de preguntas en cada factor, se extrajeron los índices globales, así como los valores mínimos y máximos esperados y observados.

Se aplicó un ANOVA, a fin de examinar posibles diferencias entre los factores en los tres instrumen-

tos, en función del estadio clínico de infección. Por último, y con el propósito de identificar qué factores predecirían la calidad de vida relacionada con problemas de salud física y psicológica, se empleó un análisis de regresión lineal múltiple (método hacia atrás), con el estadio clínico de infección como variable criterio. Finalmente, para probar la bondad de ajuste de los datos al modelo, se empleó el coeficiente de determinación R^2 ajustado (Gardner, 2003).

Resultados

Índices globales –X de respuestas– de factores psicológicos y los relacionados con la calidad de vida

Los índices globales para cada uno de los factores en los tres instrumentos se muestran en la Tabla 2. Se puede observar que las puntuaciones mínimas y máximas observadas coincidieron en gran medida con las esperadas, toda vez que las puntuaciones medias observadas en los factores motivos (15,27), competencias conductuales pasadas (18,00) y competencias conductuales presentes (18,05) fueron cercanas a las puntuaciones máximas posibles –a mayor puntuación, mayor motivación y mejor el desempeño competencial en el pasado y el presente–. En cuanto situaciones vinculadas con estrés, en los tres casos las puntuaciones medias se inclinaron a los mínimos posibles: toma de decisiones (10,47), tolerancia a la ambigüedad (10,96) y tolerancia a la frustración (16,31), de modo que a menor puntuación, se experimenta menos estrés en cualquiera de las tres modalidades. Algo similar se encontró en las dimensiones salud física (14,50) y psicológica (12,19), cuyos promedios se acercaron más a las puntuaciones mínimas posibles.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de los factores psicológicos y de la calidad de vida

<i>Factores</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>Rango posible</i>	<i>Rango observado</i>
Motivos	15,27	1,42	4-16	10-16
Competencias pasadas	18,00	5,73	5-25	5-25
Competencias presentes	18,05	2,79	4-20	8-20

Continúa

<i>Factores</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>Rango posible</i>	<i>Rango observado</i>
Toma de decisiones	10,47	7,59	3-30	3-30
Tolerancia a la ambigüedad	10,96	9,69	3-30	3-30
Tolerancia a la frustración	16,31	12,18	6-60	6-51
Salud física	14,50	2,75	11-44	11-21
Salud psicológica	12,19	3,80	8-32	8-23

Estadísticas descriptivas de los factores psicológicos y calidad de vida en función del estadio clínico de infección

El comportamiento de la totalidad de factores en función del estadio clínico de infección se muestra en la Tabla 3. Salvo ligeras variaciones, dicho comportamiento se mantuvo prácticamente constante, pues entre los estadios A, B y C las diferencias en las puntuaciones se mantuvieron dentro de una gama de \pm tres, razón por la cual la prueba ANOVA no reveló ninguna diferencia estadísticamente significativa. En función de esto último se omite la descripción pormenorizada de los resultados.

Predictores psicológicos de la calidad de vida en función del estadio clínico de infección

La Tabla 4 resume los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple. La calidad de vida, en sus modalidades salud física y psicológica, funciona como variable dependiente, y las variables psicológicas motivos, competencias conductuales y situaciones vinculadas con estrés, como variables independientes; el estadio clínico de infección funciona como variable criterio.

Para el factor salud física, en el estado clínico de infección A el único predictor fue la variable competencias conductuales presentes, con valor ANOVA significativo ($F [1,13] = 13,372; p < 0,005$), y un coeficiente de determinación R^2 ajustado = 0,476, lo que implica que la mencionada variable explica 47,6% de la varianza. En el estadio clínico B de infección, aparecieron dos predictores: bajos niveles de estrés vinculados con tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración, con ANOVA significativo ($F [2,17] = 19,648; p < 0,001$), con coeficiente de determinación R^2 ajustado = 0,312, lo que explica el 31,2% de la varianza. Finalmente, en el estadio clínico de infección C no se encontraron predictores, confirmado con el ANOVA no significativo de ($F [5,10] = 0,649; p = 0,669$).

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de los factores psicológicos y las dimensiones de la calidad de vida, en función del estadio clínico de infección

	<i>Estadio A</i>	<i>Estadio B</i>	<i>Estadio C</i>
Factores	X DE R ^a	X DE R	X DE R
Motivos	15,40 1,18 12-16	15,70 0,73 13-16	14,62 2,02 10-16
Competencias pasadas	19,20 4,98 9-25	18,40 5,84 5-25	16,37 6,20 5-25
Competencias presentes	18,06 2,34 13-20	17,60 3,57 8-20	18,62 2,02 14-20
Toma de decisiones	9,33 9,29 3-30	12,50 11,09 3-30	10,56 9,35 3-30
Tolerancia a la ambigüedad	9,93 6,94 3-23	9,95 7,02 3-25	11,62 9,09 3-30
Tolerancia a la frustración	18,00 12,21 6-44	15,30 12,64 6-51	16,00 12,19 6-45
Salud física	14,33 3,22 11-20	14,35 1,78 12-18	14,87 3,36 11-25
Salud psicológica	11,60 2,77 8-16	11,85 3,32 8-19	13,18 5,03 8-23

^a Rango de puntuaciones observado.

Tabla 4. Análisis de regresión de predictores psicológicos de la calidad de vida en función del estadio clínico de infección

Calidad de vida	Predictores	β	t	P
(Dimensiones) psicológicos				
Estadio clínico de infección A				
Salud física	Competencias presentes	0,717	3,706	< 0,005
	Constante	5,839	< 0,001	
Salud psicológica	Competencias presentes	0,523	2,213	< 0,05
	Constante	4,475	< 0,001	
Estadio clínico de infección B				
Salud física	Tolerancia a la ambigüedad	-0,939	-5,244	< 0,001
	Tolerancia a la frustración	-0,900	-4,935	< 0,001
	Constante		16,455	< 0,001
Salud psicológica	Ninguno			
Estadio clínico de infección C				
Salud física	Ninguno			
Salud psicológica	Tolerancia a la ambigüedad	-0,509	-2,215	< 0,05
	Constante	5,337	< 0,001	

Para la dimensión salud psicológica, en el estadio clínico A de infección apareció como predictor la variable competencias conductuales presentes, con ANOVA significativo de ($F [1,13] = 4,899; p < 0,05$) y coeficiente de determinación R^2 ajustado = 0,218, lo que explica el 21,8% de la varianza. Para el estadio clínico B de infección no se encontró predictor alguno ($F [5,14] = 0,775; p = 0,584$), mientras que en el estadio clínico C de infección el único predictor fue la variable bajos niveles de estrés vinculados con tolerancia a la ambigüedad ($F [1,14] = 4,906; p < 0,05$), con coeficiente de determinación R^2 ajustado = 0,207, lo que explica el 20,7% de la varianza.

Discusión

Las puntuaciones medias para cada una de las variables incluidas en los tres instrumentos se acercaron a los valores máximos –motivos, competencias pasadas y presentes– y mínimos –estrés, en sus tres modalidades, y calidad de vida, en sus dos modalidades–. En términos generales, esto refleja un buen ajuste psicológico hacia la enfermedad y una buena valoración de la calidad de vida. Ello podría deberse al hecho de que se trabajó con un grupo de personas VIH+ 100% adherentes, que vivían con VIH desde hacía poco más de cuatro años y medio, y que sólo 31,4% de ellos había recibido el diagnóstico de caso declarado de sida.

En principio, son entendibles los predictores psicológicos de las dos dimensiones de la calidad de vida en función del estadio clínico de infección. En efecto, en el estadio clínico A, para cada una de las dimensiones el único predictor fue la variable competencias conductuales presentes, lo que sugiere que practicar de manera consistente y eficiente los comportamientos necesarios en razón de la enfermedad, en efecto atenúa la presencia de problemas de salud –como dolor, cansancio, náuseas, etcétera– y favorece, buenos niveles de ajuste psicológico –en términos de un mejor control sobre su vida y de saber manejar situaciones potencialmente adversas relacionadas con desesperación, miedo, irritabilidad, etc.– (Jia, Uphold, Wu, Chen y Duncan, 2005; Protopopescu, Marcellin, Spire, Préau, Verdon, Peyramond *et al.*, 2007; Remor y Ulla, 2002).

Ser competente significa, como se apuntó antes, que una persona dispone de los recursos de conocimientos, habilidades y destrezas para hacer las cosas, porque *puede* hacerlas (Ribes, 2005). En el contexto de nuestro modelo teórico, la categoría conceptual de competencias conductuales nos ayuda a entender una parte de la historia psicológica de las personas VIH+. Se trata de una historia cambiante con el transcurrir del tiempo y a partir de las demandas que imponen, la enfermedad por un lado, y el ambiente por el otro. No sería aventurado plantear que a medida que esas demandas aparecen y crecen en importancia, las personas precisan de cambios que favorecerán en todos los casos un

mejor ajuste psicológico. Por ello, no es de extrañar que las puntuaciones observadas de la variable en los tres estadios clínicos de infección fueran elevadas (18,06 en el A, 17,60 en el B y 18,02 en el C), considerando los rangos mínimos y máximos posibles, que llegaron a 4 y 20, respectivamente.

Este hallazgo es consistente con los obtenidos en estudios de corte transversal y longitudinal conducidos con grupos similares, que muestran distintos grados de avance (por ejemplo Félix y Piña, en revisión; Piña, Sánchez-Sosa y Cázares, en preparación; Sánchez-Sosa, Fierros, Cázares y Piña, en preparación). Sin embargo, contrastan con los de otros estudios que han comparado personas no adherentes y 100% adherentes, en los que la competencia no pareciera jugar un papel de primer orden como predictor de los comportamientos de adhesión (Piña *et al.*, 2008; Piña *et al.*, 2009). Todo parece sugerir, pues, que la variable de competencias es crítica y adquiere singular relevancia cuando la muestra está constituida por participantes altamente adherentes.

Las competencias conductuales entrañan un concepto que explica una parte de la historia psicológica, habría ahora que entender el papel desempeñado por otras variables. Una de ellas es la de las situaciones vinculadas con estrés, categoría conceptual que deriva de la teoría de la personalidad propuesta por Ribes y Sánchez (1990). En tanto que el de personalidad es un concepto biográfico relativo al perfil funcional de cada persona, la manera como se afronte cada situación dependerá de *cómo* haga las cosas, porque así lo ha hecho consistentemente en el pasado (Ribes, 2005).

Como se recordará, en los análisis relativos a los estadios clínicos de infección B y C los predictores fueron dos situaciones vinculadas con bajos niveles de estrés, en sus modalidades de tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración. En la primera modalidad, las personas VIH+ enfrentan situaciones en las que existen demandas concretas, tales como consumir los medicamentos prescritos, a lo cual responden, no obstante sepan que eventualmente la mejora en su condición de salud podría presentarse en el mediano o largo plazo. Es decir, ese grupo de personas no suele experimentar estrés importante en dichas situaciones, aunque valora la

ausencia de efecto inmediato del consumo de medicamentos en su salud, ya que puede pasar más de un año antes de que se incrementen las cuentas de linfocitos T CD4+ y disminuyan los niveles de carga viral.

Desde la óptica del modelo aquí utilizado, el papel de la tolerancia a la ambigüedad figura como una de las claves para entender por qué, a pesar de que tal correlación entre demandas y consecuencias se desplaza en el tiempo, se siguen practicando dichos comportamientos. De hecho, las tres preguntas que conforman ese factor en el instrumento se plantearon justamente con el objeto de valorar qué tan factible sería que diversas situaciones típicas relacionadas con el tratamiento, su efectividad y los eventuales efectos secundarios asociados con el consumo de los medicamentos facilitarían (y en qué grado) la aparición o no de estrés. En efecto, los resultados descritos en la Tabla 3 muestran que las puntuaciones en tolerancia a la ambigüedad fueron bajas en los tres estadios clínicos, particularmente en el B y en el C (9,95 y 11,62, respectivamente), de rangos mínimos y máximos posibles de 3 y 30, respectivamente, con aquellas ubicándose entre el tercer y cuarto percentiles.

En este mismo sentido, se planteó el papel de las situaciones vinculadas con estrés, en su modalidad de tolerancia a la frustración. Aquí se propone que las personas VIH+ enfrentan una situación en la cual su comportamiento no guarda relación con determinadas consecuencias de estímulo, tales como aprobación y halagos por parte del personal de salud o de otras personas significativas. Esto puede ocurrir por diversas razones, por ejemplo, dichas consecuencias son menores de lo esperado, se le demoran, no se otorgan, se le retiran sin razón o se le exige más para obtenerlas (Ribes, 1990). En otras palabras, a pesar de que practican de manera consistente y eficiente los comportamientos de adhesión, esas consecuencias de estímulo positivas no se les relacionan ni directa ni inmediatamente. Esto sugiere que ese grupo de personas ha aprendido a responder a consecuencias positivas que ocurren en el mediano plazo, en la forma de consecuencias demoradas. Conviene recordar que las preguntas que conformaban éste factor se orientaban a evaluar el grado de estrés a partir de si el tratamiento

demandaba un esfuerzo mayor de los participantes y si éstos recibían o no consecuencias positivas del personal de salud u otras personas significativas del entorno social.

Con respecto a las dos situaciones vinculadas con estrés, los resultados apuntan a que, tratándose de un grupo de personas VIH+ 100% adherentes y que experimentaban niveles de estrés relativamente bajos a lo largo del proceso de la enfermedad, lo que se tiene es precisamente a personas que han aprendido a ajustarse gradualmente a los múltiples requerimientos impuestos tanto por la enfermedad, como por el tratamiento antirretroviral en sí mismo (véase Chiou, Kuo, Lee, Chen, Chuang y Lin, 2006; Park, Choe, Kim, Jo, Bang, Kim *et al.*, 2007). Esto último es especialmente importante porque, tal y como se ha documentado en varios estudios (Alonso, Ferrer, Gandek, Ware, Aaronson, Mosconi *et al.*, 2004; Berger, Schad, von Wyl, Ehlert, Zellweger, Furrer *et al.*, 2008; Uribe, 2005), es posible que la instrumentación de programas de intervención de tipo conductual favorezca tanto ajustes basados en la habituación, como mejoría en el funcionamiento biológico. Este último se vería reflejado en mantener bajos los niveles de virus circulante en el organismo y altos los niveles de linfocitos T-CD4+, con la consiguiente posposición de infecciones oportunistas (Badia, Podzamczar, García, López-David, Consiglio y The Spanish MOS-HIV y MQOL-HIV Validation Group, 1999; Phalazde, Human, Dlamini, Hulela, Hadebe, Sukati *et al.*, 2005; Sánchez-Sosa y González-Puente, 2002).

Sin embargo, conviene asumir una posición de mesura en la interpretación de hallazgos como los presentes, ya que se carece de información metodológicamente pertinente y sujeta a verificación acerca de cómo es que se han instrumentado esos programas en la institución en la que se realizan los estudios. Lo que se desea subrayar, es que ante la carencia de tales controles metodológicos, sólo se puede inferir que, eventualmente, los programas de intervención que rutinariamente se llevan a cabo en la institución donde se realizó el presente estudio han coadyuvado en alguna forma a mantener estable el funcionamiento psicológico de las personas VIH+.

Por ello, sería esperable el papel de los predictores psicológicos de las dimensiones de la calidad de vida aquí analizadas. Pareciera que conforme transcurre el tiempo de infección y a las personas VIH+ se les ubica en alguno de los tres estadios clínicos, se van haciendo ajustes diferenciales según los requerimientos que va imponiendo la enfermedad a lo largo del proceso de infección. Así, no es difícil entender por qué en el estadio clínico A los predictores de ambas dimensiones de la calidad de vida evidenciaran un óptimo desempeño competencial, y que ocurran bajos niveles de estrés relativos a tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración en los estadios B y C.

En síntesis, se puede afirmar que las variables psicológicas no operan de la misma manera, ni necesariamente se mantienen constantes en el tiempo. Eventualmente será posible observar el peso específico de algunas de ellas en momentos concretos del continuo de interacción, sobre todo cuando se analiza su peso relativo en función, por ejemplo, del estadio clínico de infección. Justamente por ello habría que evaluar periódicamente cómo es que variables como las consideradas aquí, u otras no incluidas en el presente estudio (por ejemplo sintomatología depresiva y apoyo social), varían, en qué sentido y debido a la influencia de qué eventos, incluyendo la propia historia psicológica de las personas VIH+ o bien por la instrumentación de programas de intervención.

Siguiendo la línea de argumentación de Nieuwkerk, Tollenaar, Oort y Sprangers (2007), habría que ser cautos en la interpretación de los hallazgos, en particular si se tiene en cuenta un hecho a todas luces inequívoco con relación a la medición de la calidad de vida: no es lo mismo su medición en términos retrospectivos, que prospectivos.

No obstante se reconocen aquí limitaciones como las comentadas, consideramos que el presente estudio aporta información relevante sobre cómo un conjunto de variables, definidas con base en un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión (Piña y Sánchez-Sosa, 2007) ayuda a entender su influencia sobre la manera en que un grupo de personas VIH+ 100% adherentes hace frente a la enfermedad a lo largo del proceso de infección, iniciando con su diag-

nóstico, pasando por la etapa de sintomatología menor, hasta concluir con el diagnóstico de caso de sida como tal.

En aras de ampliar dicha información será necesario incorporar estudios de corte longitudinal, con el objeto de examinar hasta qué punto y en función de qué factores de naturaleza psicológica cambian las diversas dimensiones de la calidad de vida. En la misma dirección será conveniente, y de acuerdo con los controles metodológicos propios de la investigación científica, evaluar de manera sistemática el efecto de los programas de intervención interdisciplinaria que rutinariamente se instrumentan en el CAPASITS.

Referencias

- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., *et al.* (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, *13*, 283-298.
- Badia, X., Podzameczer, D., García, M., López-David, C., Consiglio, E. y the Spanish MOS-HIV y MQOL-HIV Validation Group (1999). A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS*, *13*, 1727-1735.
- Berger, S., Schad, T., von Wyl, V., Ehlert, U., Zellweger, C., Furrer, H., *et al.* (2008). Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *AIDS*, *22*, 767-775.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, *14*, 3-15.
- Carr, A.J. y Higginson, I.J. (2001). Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, *322*, 1357-1360.
- Carrieri, P., Spire, B., Duran, S., Katlama, C., Peyramond, D., Francois, C., *et al.* (2003). Health-related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *32*, 38-47.
- Chiou, P. Y., Kuo, B. I. T., Lee, M. B., Chen, Y. M., Chuang, P. y Lin, L. C. (2006). A programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients. *Journal of Advanced Nursing*, *55*, 169-179.
- Dávila, M., Piña, J. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH: un análisis en función del sexo. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, R. Sánchez y I. Reyes-Lagunes (eds.), *La psicología social en México. Vol. XII* (pp. 61-66). México: AMEPSO.
- Félix, M. y Piña, J. A. (en revisión). Relación entre variables biológicas y psicosociales con la adhesión en personas VIH+ en Sonora, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Félix, M. y Piña, J. A. (2008). Construcción y validación de un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en personas con VIH. *Terapia Psicológica*, *26*, 27-37.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, *2*, 57-65.
- Franchi, D. y Wenzel, R. P. (1998). Measuring health-related quality of life among patients infected with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Disease*, *26*, 20-26.
- Gardner, R. C. (2003). *Estadística para psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación.
- Gill, C.J., Griffith, J. L., Jacobson, D., Skinner, S., Gorbach, S. L. y Wilson, I. B. (2002). Relationship of HIV viral loads, CD4 cell counts and HAART use to health-related quality of life. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *30*, 485-492.
- González-Puente, J. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *1*, 519-528.
- Huangang, J., Uphold, C., Zheng, Y., Wu, S., Chen, G. J., Findley, K., *et al.* (2007). A further investigation of health-related quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. *Quality of Life Research*, *16*, 961-968.
- Jia, H., Uphold, C. R., Wu, S., Chen, G. L. y Duncan, P. W. (2005). Predictors of change in health-related quality of life among men with HIV infection in the HAART era. *AIDS Patient Care & STDS*, *19*, 395-405.
- Liu, C., Johnson, L., Ostrow, D., Silvestre, A., Visscher, B. y Jacobson, L. (2006). Predictors for lower quality of life in the HAART era among HIV-infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *42*, 470-477.
- Moreno, D., Robles, S. y Mendoza, G. (2008). Evaluación de comportamiento preventivo eficaz en pacientes seropositivos. En S. Robles y D. Moreno (eds.), *Psicología y salud sexual* (pp. 120-136). México: UNAM.

- Nieuwkerk, P., Tollenaar, M., Oort, F. y Sprangers, M. A. (2007). Are retrospective measures of change in quality of life more valid than prospective measures? *Medical Care*, 45, 199-205.
- Park, W. B., Choe, P. G., Kim, S. -H., Jo, J. H., Bang, J. H., Kim, H. B., *et al.* (2007). One-year adherence to clinic visits after highly active antiretroviral therapy. A predictor of clinical progression in HIV infected patients. *Journal of Internal Medicine*, 261, 268-275.
- Phaladze, N. A., Human, S., Dlamini, S. B., Hulela, E. B., Hadebe, C. M., Sukati, N. A., *et al.* (2005). Quality of life and the concept of “living well” with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 120-126.
- Piña, J. A., Corrales, A. E., Mungaray, K. y Valencia, M. A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Piña, J. A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, Cázares, O., Togawa, C. y Corrales, A.E. (2009). Efectos del tiempo de infección sobre la adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 67-78.
- Piña, J. A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J. J., Togawa, C. y Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 377-383.
- Piña, J. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña, J. A., Sánchez-Sosa, J. J. y Cázares, O. (en preparación). Efectos de variables psicológicas y biológicas sobre la adhesión en personas con VIH 100% adherentes: un análisis de trayectoria.
- Piña, J. A., Valencia, M. A., Mungaray, K. y Corrales, A. E. (2006). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas VIH positivas. *Terapia Psicológica*, 24, 15-21.
- Powers, A. E., Marden, S., McConnell, R., Leidy, N. K., Campbell, C. M., Soeken, K. L., *et al.* (2006). Effect of long-cycle structured intermittent versus continuous HAART on quality of life in patients with chronic HIV infection. *AIDS*, 20, 837-845.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.
- Remor, E. y Ulla, S. (2002). Sexuality, perceived illness and quality of life in Spanish gay and bisexual men living with HIV. *Journal of the Gay and Bisexual Medical Association*, 6, 41-45.
- Sánchez-Sosa, J. J., Cázares, O. y Piña, J. A. (2009, en prensa). Un modelo psicológico en la investigación de los comportamientos de adhesión a la terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Puente, J. A. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. México: CoNaCyT-SMAC-UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. J., Piña, J. A. y Corrales, A. E. (2008). Interacción entre la edad y variables psicológicas: su influencia sobre los comportamientos de adhesión en personas seropositivas al VIH. En J. A. Piña y J. J. Sánchez-Sosa (coords.), *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención* (pp. 125-140). México: UNISON-Plaza & Valdés Editores.
- Sánchez-Sosa, J. J., Fierros, L. E., Cázares, O. y Piña, J. A. (en preparación). Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral. En J. L. Ybarra y J. A. Piña (Eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Silva, L. C. (2000). *Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3, 89-98.

Uribe, A. F. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 28-33.

Yen, C. F., Tsai, J. J., Lu, P. L., Chen, Y. H., Chen, T. C., Chen, P. P., *et al.* (2004). Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 501-506.

Recepción: 24 de diciembre de 2008
Aceptación: 17 de junio de 2009