

Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH

Mónica Teresa González Ramírez*

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

José Luis Ybarra Sagarduy

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Ciudad Victoria, México

Julio Alfonso Piña López

Investigador, Hermosillo, México

ABSTRACT

Social Relations, Psychological Variables and Adherence Behaviors in Adults with HIV.

A cross-sectional study was conducted with the aim to test if the perceived difficulty to deal with social relationships would affect the role of a set of psychological variables on the practice of the adherence behaviors to antiretroviral therapy in a group of 111 people with HIV. Participants responded at to two self-administered questionnaires: Psychological variables and adherence behaviors, and Stress-related situations. A multiple regression analysis showed that the effect of psychological variables depends on how difficulties to establish social relationships are valued: If there are difficulties, the weight is shifted to the reasons underlying adherence behavior ($F [1, 44]= 49.582, p <.001$), if there are none, it moves to an interaction between motives and competences in the past ($F [2, 62]= 22.280, p <.001$). The results have profound implications for the design of intervention programs, in which the objectives should be targeted to facilitate and/or improve in adults with HIV: Social competence to interact efficiently with significant people in their immediate environment, the individual psychological adjustment, as well as the efficient practice of adherence behaviors.

Key words: adherence, HIV, social relations, motives, behavioral performance.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal con el objetivo de probar si la valoración de dificultades para relacionarse competentemente en el ámbito social afecta, y cómo, el rol de un conjunto de variables psicológicas en la práctica de conductas de adherencia al tratamiento antirretroviral. Participaron en el estudio un grupo de 111 personas con VIH que respondieron a dos instrumentos que evaluaron variables psicológicas y conductas de adherencia y situaciones vinculadas con estrés. Un análisis de regresión múltiple reveló que el peso de las variables psicológicas varía en función de si se valoran o no dificultades para relacionarse socialmente: si hay dificultades, el peso se traslada hacia los motivos que subyacen a las conductas de adherencia ($F [1, 44]= 49.582, p <.001$); si no las hay, el mismo se traslada hacia una interacción entre los motivos y el desempeño competencial en el pasado ($F [2, 62]= 22.280, p <.001$). Los resultados del estudio tienen profundas implicaciones para el diseño de programas de intervención, cuyos objetivos se deben orientar a facilitar y/o mejorar en los adultos con VIH: la competencia social para relacionarse de manera eficiente con personas significativas de su entorno inmediato, el ajuste psicológico en lo individual, así como la práctica consistente y eficiente de las conductas de adherencia.

Palabras claves: adherencia, VIH, relaciones sociales, motivos, desempeño competencial.

* Dirigir la correspondencia a: Mónica Teresa González Ramírez, Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL, Facultad de Psicología, Avenida Universidad s/n, Ciudad Universitaria San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 66451. Correo electrónico: monygz77@yahoo.com

En diferentes estudios se ha confirmado la influencia directa o mediada del apoyo social sobre las conductas de adherencia en adultos con VIH en tratamiento con medicamentos antirretrovirales, TAR por sus siglas en español (Deichert, Fekete, Boarts, Druley y Delahanty, 2008; Gordillo, Fekete, Platteau, Antoni, Schneiderman y Nöstlinger, 2009). Sin embargo, es importante señalar que aun cuando el concepto de apoyo social suele connotar cosas distintas (i.e., recursos sociales, fuerzas sociales protectoras, sistemas sociales y redes sociales, entre muchas más), en general existe consenso de que en dicho fenómeno se encuentran implicadas relaciones sociales entre personas, unas proveyendo a otras de soporte y/o recursos informativos, instrumentales o emocionales (Cohen, 1992; Martos y Pozo, 2011).

Partiendo de esa consideración, el apoyo social podría ser estudiado en términos de relaciones de contingencia en una de sus tres dimensiones, la de intercambio social. En consonancia con esto, recientemente se ha sugerido que el apoyo social podría ubicarse en el nivel para-social de interacción, como parte de un continuo que va de lo psicológico a lo social; por tanto, se entendería aquí por apoyo social clases de conducta en donde adquieren significación dos procesos especiales de intercambio: comunicación y cooperación (González y Piña, 2011). Una ventaja de esta caracterización radica en que haría posible delimitar conceptualmente un fenómeno que se ha concebido indistintamente como psicológico, psicosocial o social (Martos, Pozo y Alonso, 2008). De ello se colige que el de apoyo social -redefinido de esa manera- se podría integrar en calidad de variable “exógena” a un modelo psicológico para la investigación de las conductas de adherencia en personas que viven con enfermedades crónicas en general, y con el VIH en particular (Piña y Sánchez-Sosa, 2007).

Se trata de un modelo en el que se propone la interacción entre un conjunto de variables psicológicas con otras de naturaleza biológica a lo largo de cuatro fases. En la fase uno se incluyen tres variables psicológicas, a saber, las situaciones vinculadas con estrés, los motivos y las competencias conductuales (ver en la figura 1 una versión simplificada de la primera versión de Piña y Sánchez-Sosa, 2007). Las primeras comprenden situaciones de la vida cotidiana relacionadas con la enfermedad y el tratamiento en las que:

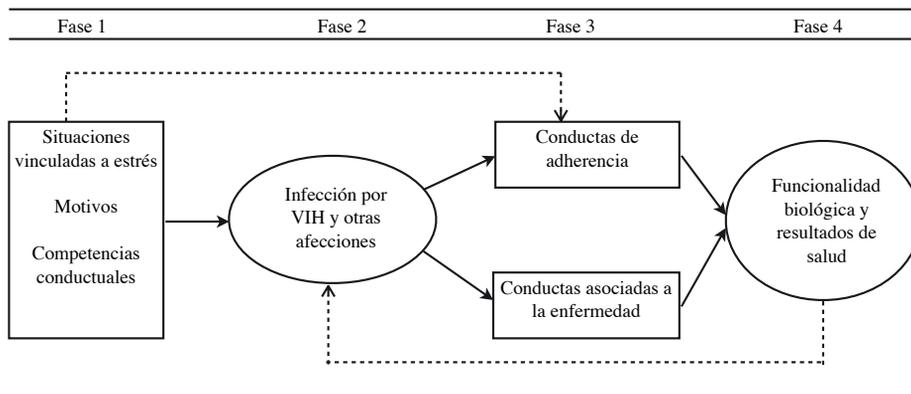


Figura 1. Versión simplificada del modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007).

(a) las consecuencias al comportarse son impredecibles y opcionales (impredecibilidad); (b) las señales de estímulo a las que hay que responder son ambiguas (ambigüedad); y (c) las consecuencias de estímulo al responder, nocivas biológicamente, o su pérdida, son independientes de la conducta de las personas (incertidumbre) (véase Ribes, 1990).

Por su parte, los motivos se definen como inclinaciones o propensiones para comportarse en situaciones socialmente valoradas. Se dice que una persona se encuentra motivada para comportarse de cierta forma cuando se inclina o es propensa a hacer algo, siempre y cuando lo quiera hacer porque lo considera oportuno y pertinente; y hacerlo, supone que, previamente y en situaciones funcionalmente similares, haya recibido consecuencias de estímulo positivas (recompensas, halagos, etcétera) al practicar determinada conducta. Finalmente, las competencias conductuales tienen que ver con la funcionalidad adquirida en el pasado, lo que permite a una persona interactuar de manera eficiente en situaciones en donde se prescriben ciertos criterios sobre qué hacer. Ser competente presupone que una persona dispone de los recursos (conocimientos, habilidades y destrezas) necesarios y suficientes para poner en práctica las conductas de adherencia, es decir, que puede hacer las cosas. En la medida en que una persona haya demostrado haber sido competente en otros momentos y en otras circunstancias, la probabilidad de que esas competencias se actualicen en una diversidad de conductas instrumentales de adherencia será mayor.

Ahora bien, si las variables psicológicas de la fase uno o una amplia gama de conductas propias de la fase tres (las conocidas como asociadas a la enfermedad en sus modalidades de depresión, ira, impulsividad, etcétera) no interfieren con la práctica consistente y eficiente de las conductas de adherencia, es muy probable que se mantenga estable la funcionalidad biológica y de que se alcancen óptimos resultados de salud, como parte de la fase cuatro (Grossman y Gordon, 2010; Hoffman, van Griensven, Colenbunders y McKellar, 2010). Esto último eventualmente traerá consigo que se reduzcan los riesgos para la progresión clínica de la enfermedad y con ello la aparición de otras afecciones de la fase dos, las referidas en la literatura como infecciones oportunistas (Ford, Darder, Spelman, MacLean, Mills y Boule, 2010; Simoni, Amico, Smith y Nelson, 2010).

De acuerdo con los elementos previamente expuestos se planteó el presente estudio de corte transversal, cuyo objetivo fue probar si en un grupo de adultos con VIH, con y sin dificultades para relacionarse socialmente, el peso de las variables psicológicas (situaciones vinculadas con estrés, motivos y desempeño competencial) variaría o no respecto de la práctica consistente y eficiente de las conductas de adherencia al TAR.

MÉTODO

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por 126 personas con VIH que en el momento del estudio se encontraban recibiendo atención en una institución sanitaria de la ciudad de Hermosillo, Sonora (México). La selección de los participantes se realizó

mediante un muestreo probabilístico intencional, utilizándose como criterios de inclusión los siguientes: a) tener 18 o más años; b) encontrarse en tratamiento con medicamentos antirretrovirales, y c) que no presentaran problemas psicológicos o médicos que les impidieran responder a los instrumentos. Se eliminaron 15 participantes por no cumplir alguno de los criterios mencionados, quedando la muestra definitiva conformada por 111 adultos con VIH, de los cuales 71 (64%) eran hombres; la edad promedio fue de 37 años ($DT= 10,5$), rango de edad 20-66 años. Finalmente, 70 (63,1%) informaron vivir con una pareja estable, mientras que el resto informó vivir solas/os. Las características sociodemográficas y otras de interés se resumen en la tabla 1.

Procedimiento

El protocolo seguido en el estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora, que evalúa tanto los aspectos formales como los bioéticos vinculados con la investigación con humanos. Una vez que se invitó a los adultos con VIH a participar de manera voluntaria en el presente estudio, a quienes aceptaron colaborar se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado, en el que se especificaban los objetivos que se perseguían y se les garantizaba la confidencialidad de los datos. A continuación se les hizo entrega de los instrumentos y las hojas de respuesta, ofreciéndoles las instrucciones sobre cómo responder. Asimismo se aclaró que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y que en caso de tener alguna duda podían consultar con los responsables de la administración de los instrumentos. El proceso de toma de datos tuvo una duración de entre 40 y 60 minutos.

Tabla 1. Características de los participantes adultos con VIH ($n= 111$).

		Con dificultades ($n= 46$) \bar{X} (DT)	Sin dificultades ($n= 65$) \bar{X} (DT)	p^*
Edad		38,3 (10,2)	36 (10,6)	.264
Escolaridad		3,2 (0,98)	3,3 (1,2)	.565
Tiempo de infección		58,5 (39,2)	56,6 (36,4)	.797
Linfocitos T CD4+		260 (222,5)	189,7 (139,2)	.062
		n (%)	n (%)	
Sexo	Hombre	30 (65,2)	41 (63,1)	.005
	Mujer	16 (34,8)	24 (36,9)	
Estado civil	Con pareja estable	34 (73,9)	36 (55,4)	.010
	Sin pareja estable	12 (26,1)	29 (44,6)	
Vía de transmisión	Sexual	39 (84,8)	55 (84,6)	.001
	Droga IV	3 (6,5)	3 (4,6)	
	Sexual + droga IV	2 (4,3)	4 (6,2)	
	Desconocida	2 (4,3)	3 (4,6)	

* χ^2 de Pearson se utilizó para variables discretas y la prueba T para variables continuas.

Instrumentos

De los expedientes clínicos se obtuvo información acerca del régimen antirretroviral bajo el que se encontraban los participantes y de las variables biológicas, que incluían al tiempo de infección en meses desde el diagnóstico de seropositividad al VIH, y las cuentas de linfocitos T CD4+. Para la medida de las variables psicológicas se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de variables psicológicas y conductas de adherencia (VPAD-24). Diseñado y validado en México (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006). Consta de 24 preguntas agrupadas en cuatro factores: el factor uno tiene que ver con tres tipos de conductas de adherencia (consumo de medicamentos, asistir puntualmente a las citas y evitar el consumo de sustancias como alcohol, principalmente) y con variables relacionadas con el tratamiento; el factor dos se refiere a los motivos que subyacen a esas conductas; y los factores tres y cuatro al desempeño competencial presente y pasado, respectivamente. Las conductas de adherencia relacionadas con el consumo de medicamentos se encontraban definidas en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que iban de uno (“no los consumí ningún día de la semana”) a cinco (“los consumí los siete días de la semana”). Por su parte, el factor motivos incluía cuatro preguntas en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de uno (no fue un motivo determinante) a cuatro (fue un motivo determinante); un ejemplo de pregunta era: “De los motivos que se enlistan a continuación, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno para que usted consumiera los medicamentos todos los días de la semana?” (i.e., “lo hice porque quiero mantenerme saludable el mayor tiempo posible”). A menor puntuación menor motivación para comportarse, y viceversa. Por su parte, el desempeño competencial pasado incluía cinco preguntas en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que iban de uno (nunca) a cinco (siempre). Un ejemplo de pregunta era: “Antes de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, si usted enfermaba de gripe, del estómago, etcétera, ¿consumía usted los medicamentos tal y como lo indicó su médico?” Por último, el desempeño competencial presente incluía cuatro preguntas definidas en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de uno (muy difícil) a cuatro (nada difícil). A menor puntuación menor desempeño competencial, y viceversa. Puesto que esta variable contempla dos preguntas sobre la competencia en el plano individual y dos en el plano social, para los propósitos de este estudio se decidió considerar esta última, conformándose un índice general que denominamos de competencia social. Un ejemplo de pregunta sobre la misma enunciaba lo siguiente: “¿Qué tan difícil se le hace a usted relacionarse socialmente con sus familiares o amigos más cercanos?”.

Escala de situaciones vinculadas con estrés (SVE-12). Diseñada y validada en México (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006). Contiene 12 preguntas agrupadas en tres subescalas: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración; cada pregunta se encontraba definida en una escala de 10 puntos, donde uno representaba una situación valorada como nada amenazante y 10 como demasiado amenazante. Un ejemplo de pregunta sobre toma de decisiones era: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da instrucciones que debe seguir al pie de la letra, pero usted decide seguir un tratamiento alternativo (consumir remedios caseros o naturistas), entonces ello le resulta...”. Un ejemplo de pregunta sobre tolerancia a la ambigüedad fue: “A usted se le diagnosticó una enfermedad que no sabe si tendrá

cura en el corto o mediano plazos, pero debe seguir un tratamiento, entonces ello le resulta...". Un ejemplo de pregunta sobre tolerancia a la frustración fue: "Usted se encuentra recibiendo tratamiento y hace todo lo que se le indica, pero no recibe consecuencias positivas por parte del personal de salud, entonces ello le resulta...". A menor puntuación menor valoración del estrés en cada situación, y viceversa.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 17.0). En un primer análisis se obtuvieron las estadísticas univariadas (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes de respuesta). La χ^2 de Pearson se empleó para evaluar diferencias entre los adultos con VIH no y 100% adherentes. La *U* de Mann-Whitney se calculó para identificar diferencias en los participantes con y sin dificultades para relacionarse socialmente en función de los porcentajes de adherencia. Para evaluar si entre personas con y sin dificultades para relacionarse socialmente se encontrarían diferencias en las cinco variables psicológicas del modelo, se efectuó un análisis con la prueba *t* de Student. Finalmente, para evaluar la posible influencia de la variable relaciones sociales sobre las variables independientes y las conductas de adherencia, se realizaron sendos análisis de regresión (método hacia adelante), considerando a la primera de ellas como variable criterio. El modelo se evaluó con el coeficiente de determinación [R^2 ajustado] un indicador del peso específico de cada variable independiente sobre la dependiente. Para detectar colinealidad entre la variable dependiente y las independientes se emplearon el índice de tolerancia (*IT*, para el cual valores cercanos o iguales a 1,000 sugerirían que las variables no están relacionadas linealmente) y el factor de inflación de la varianza (*FIV*, para el cual se esperan valores superiores a 1,000; cuando mayor sea éste, mayor será la varianza del coeficiente de regresión). El estadístico de Durbin-Watson se utilizó para evaluar el nivel de correlación de los residuales y los diagramas para los casos particulares que cumplieran con los criterios de selección -valores atípicos que se encuentran por arriba de *n* desviaciones estándar (Gardner, 2001).

RESULTADOS

En el momento de realización del estudio 7 (6,3%) de los participantes informaron no haber consumido sus medicamentos ningún día de la semana, 3 (2,7%) lo hicieron pocos días, 13 (11,7%) aproximadamente la mitad de los días de la semana, 12 (10,8%) la mayoría de los días de la semana, y 76 (68,5%) todos los días de la semana. Para fines de análisis, la variable fue dicotomizada entre quienes no y sí informaron haber practicado las conductas de adherencia (consumo de medicamentos) de manera consistente y eficiente, que fueron 35 (31,5%) y 76 (68,5%) respectivamente, diferencia que fue significativa ($\chi^2 [1] = 18,243$; $p < .001$). Al comparar las conductas de adherencia en función de la pertenencia a los grupos de adultos con VIH con y sin dificultades para relacionarse socialmente, 46 (rango= 56,9) señalaron haber experimentado dificultades para relacionarse y 65 no informaron dificultad alguna (rango= 55,3), diferencia que no fue significativa.

Con el objeto de evaluar si entre ambos grupos se observarían diferencias en las cinco variables (independientes) psicológicas, la prueba *t* de Student no arrojó ninguna diferencia estadísticamente significativa para toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, competencias conductuales pasadas y motivos.

En relación a los análisis de regresión (método hacia adelante), el primero de ellos contempló a los adultos con VIH cuya puntuación en el índice se ubicó por debajo de la media (7,5 de un rango entre 2 y 10 puntos), es decir, el grupo que informó mayores dificultades para relacionarse socialmente. De acuerdo con lo que se observa en la tabla 2, para este grupo se encontró que la variable *motivos* emergió como el único predictor de las conductas de adherencia, con la prueba del ANOVA siendo significativa ($F [1, 44] = 49,582; p < .001$) y con el coeficiente de determinación [R^2 ajustado] arrojando un valor de 0,530, lo que significa que esa sola variable explica 53% de la varianza total. Tanto el *IT* como el *FIV* ascendieron a 1,000, lo que es esperable en virtud de que se trata de un único predictor. Por otro lado, el estadístico de Durbin-Watson fue de 1,914, ubicándose en el rango óptimo entre 1,500 y 2,500, por lo que se puede asegurar que hay independencia entre los residuos, cuya media para este grupo fue de cero (valores mínimos = -2,670; valores máximos = 1,000; $DT = 0,744$).

Por lo que respecta al segundo de los grupos (adultos con VIH que se ubicaron por encima de la media en el índice, es decir, que informaron menores dificultades para relacionarse socialmente), en la tabla 3 se resumen los resultados. En el modelo dos se encontró que los motivos y el desempeño competencial en el pasado emergieron como predictores de las conductas de adherencia, con la prueba del ANOVA confirmando la significación estadística de los datos ($F [2, 62] = 22,280; p < .001$). El valor del coeficiente de determinación [R^2 ajustado] fue de 0,399, en el sentido de que ambas variables explican el 39,9% de la varianza total. En cada una de esas variables se obtuvieron valores de 0,911 en el *IT* y superiores a 1,000 en el *FIV*; la pertinencia de los datos y la ausencia de colinealidad se confirma con el estadístico de Durbin-Watson, cuyo valor ascendió a 1,769, por lo que también se puede afirmar que los residuos son independientes, que alcanzaron para este grupo una media de cero (valores mínimos = -3,133; valores máximos = 2,113; $DT = 0,949$).

Tabla 2. Regresión lineal múltiple para el grupo de adultos con VIH con dificultades para relacionarse socialmente ($n = 46$).

Variables	β	<i>t</i>	<i>p</i>	Colinealidad		
				<i>IT</i>	<i>FIV</i>	Durbin-Watson
Motivos	0,728	7,041	.001	1,000	1,000	1,914
Constante		2,824	.010			
Estadísticas de los residuales	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	Mín	Máx	
Valores del predictor	46	4,39	0,790	2,00	5,10	
Residuales	46	0,000	0,744	-2,670	1,000	
Valores del predictor estandarizado	46	0,000	1,000	-3,028	0,900	
Residuales estandarizados	46	0,000	0,989	-3,550	1,329	

Tabla 3. Regresión lineal múltiple para el grupo de adultos con VIH sin dificultades para relacionarse socialmente ($n = 65$).

Variables	β	t	p	Colinealidad		
				IT	FIV	Durbin-Watson
Motivos	0,555	5,470	.001	0,911	1,098	2,300
Competencias pasadas	0,205	2,016	<.05	0,911	1,098	
Constante		2,236	<.05			
Estadísticas de los residuales						
	N	$Media$	DT	$Mín$	$Máx$	
Valores del predictor	65	4,28	0,804	2,36	5,13	
Residuales	65	0,000	0,949	-3,133	2,113	
Valores del predictor estandarizado	65	0,000	1,000	-2,381	1,059	
Residuales estandarizados	65	0,000	0,984	-3,250	2,192	

DISCUSIÓN

En dos estudios realizados a partir del modelo psicológico para la investigación de las conductas de adherencia, en los que se incluyó al apoyo social como variable “exógena”, los resultados obtenidos fueron abiertamente discordantes. Mientras que en uno de ellos no se hizo evidente influencia alguna de aquella ni sobre las variables psicológicas ni sobre las conductas de adherencia (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Cázares, Togawa y Corrales, 2009), en el otro utilizando un modelamiento con ecuaciones estructurales, se observó que junto con la variable *motivos* ambas influyeron sobre las mencionadas conductas, explicando hasta el 49% de la varianza total (González y Piña, 2011).

En el presente estudio se confirmó lo informado por el segundo de los anteriores estudios, aun cuando se debe hacer la precisión de que mientras que aquél midió el apoyo social funcional con el instrumento conocido como DUKE-UNC-11, en este estudio se optó por emplear el índice de competencia social (descriptor de las relaciones para interactuar de manera consistente y eficiente en circunstancias que involucran a otras personas significativas o no del entorno social inmediato) que forma parte del VPAD-24, diseñado y validado por nuestro equipo de investigación.

Lo antes dicho es particularmente interesante, pues tratándose de grupos de adultos que en su mayoría informaron ser totalmente adherentes al TAR ($n = 76$; 68,5%), se puede entender por qué los motivos en el primero de los grupos, y los motivos en interacción con un óptimo desempeño competencial en el segundo, emergieron como predictores de las conductas de adherencia.

Con el objeto de ubicar al lector en el contexto de lo que representan ambas variables en el modelo teórico que sirvió de soporte al presente estudio, haremos referencia a las puntuaciones obtenidas por cada uno de los grupos en esas dos variables independientes, teniendo en cuenta que fueron las que predijeron las conductas de adherencia. En el caso de los *motivos*, en el grupo de adultos con VIH que valoró tener dificultades para relacionarse socialmente las puntuaciones promedio más altas fueron en los motivos “porque he experimentado sus beneficios” (3,48, de un rango posible de 1 a 4) y “lo hice porque mi médico me lo pidió” (3,26), mientras que en el de

adultos con VIH sin dificultades lo fueron en los motivos “porque quiero mantenerme saludable el mayor tiempo posible” (3,22), “porque he experimentado sus beneficios” (3,17) y “lo hice por personas cercanas a mí” (3,17). Lo que se pretende subrayar es que ambos grupos de adultos con VIH pueden querer hacer las cosas (están particularmente motivados para practicar las conductas de adherencia), aunque por razones especiales y eventualmente distintas, lo que supondría que hay motivos diferentes que subyacen a la práctica de las mencionadas conductas. Asimismo, en el caso de la variable *competencias conductuales pasadas*, las puntuaciones promedio fueron de 17,5 y de 19 para los dos grupos, respectivamente, aunque no fue una diferencia estadísticamente significativa.

De acuerdo con los resultados reseñados parece que podemos asegurar que los mismos avalan el supuesto de que, dependiendo de si los adultos con VIH valoran o no dificultades para relacionarse competentemente en el plano social, el peso de esta variable sobre las psicológicas del modelo y sobre las conductas de adherencia será diferenciado. Consistente con lo informado en otros lugares (Piña y González, 2010; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009), los motivos subyacentes a la práctica consistente y eficiente de las conductas de adherencia se afirmaron como el predictor más potente. Decir que una persona está motivada equivale a decir que se inclina o que es propensa a hacer algo porque quiere hacerlo y por las consecuencias de estímulo reforzante que han sido asociadas con ese hacer algo; dichas consecuencias, sin embargo, pueden adquirir un valor funcional distinto para cada adulto con VIH, reflejando con ello un valor motivacional intrínseco y/o extrínseco.

Si, como fue el caso en el segundo de los grupos, esta motivación es bien dirigida y se acompaña de un óptimo desempeño competencial en el pasado, la probabilidad de que éste se “actualice” en la forma de múltiples conductas de adherencia será mayor. De ahí que sea necesario entender que, por decirlo en un tono coloquial, los motivos y las competencias conductuales por lo regular van de la mano. En efecto, ambas variables, aun cuando son por definición históricas (se estructuran como parte del tránsito en la evolución psicológica), nos remiten a la historia más cercana e inmediata en la vida de las personas, en el sentido de que es una historia acumulable y continuamente modificable (Ribes, 2005).

Es posible, por tanto, que así como se plantea la importancia de la evolución psicológica, sea también pertinente entender que ésta no puede concebirse al margen de la evaluación biológica en las personas con VIH y de la manera en que, por ejemplo, estar viviendo más o menos tiempo con la seropositividad puede traer consigo el despliegue de patrones de conducta cuya influencia parece depender de si estamos hablando de personas que no son o son totalmente adherentes al TAR. Esto último es clave, pues al menos en dos estudios en los que se ha trabajado con personas con VIH totalmente adherentes (estudios de corte transversal y longitudinal con seguimiento a los 6 meses), se ha puesto de manifiesto una constante: la interacción entre los motivos y el desempeño competencial (Piña, García, Ybarra, Fierros y Sánchez-Sosa, en prensa; Sánchez-Sosa, Fierros, Cázares y Piña, 2011).

Con las reservas correspondientes al caso, lo previamente expuesto podría aplicarse parcialmente al presente estudio (hay que recordar que el 70,3% informó ser totalmente adherente), con la diferencia de que en esta ocasión se incorporó un elemento nuevo: el

papel de las competencias sociales respecto de las restantes variables psicológicas del modelo y las conductas de adherencia. Ciertamente, habría también que hacer notar que las personas con VIH con las que se trabajó en esta ocasión evidenciaron un óptimo desempeño competencial en el ámbito social, a juzgar por las puntuaciones obtenidas por ambos grupos, cuyas medias ascendieron a 7,50 (grupo con dificultades para relacionarse socialmente) y 7,52 (grupo sin dificultades). En otras palabras, se trata de grupos de personas de las que se podría asegurar que, para fines prácticos, no tienen problemas manifiestos en la necesidad de relacionarse con personas de su entorno social inmediato.

Como corolario, es precisamente sobre ello sobre lo que se tendría que ahondar en posteriores estudios, con la finalidad de resolver el asunto acerca de cómo habría que integrar para su análisis y evaluación lo que hemos dado en llamar aquí al apoyo social, como relaciones sociales en su dimensión de intercambio. Una forma podría ser entender que tanto lo psicológico como lo para-social y lo social forman parte de un continuo de interacción (figura 2), a partir del cual sería posible delimitar los fenómenos que eventualmente pudieran ser relevantes al momento de pretender predecir, con un grado razonable de certeza, cuán probable es que una persona con VIH adulta practique las conductas de adherencia en determinada situación interactiva.

Tal y como se puede observar en la figura 2, entre los niveles psicológico y social se colocan dos fenómenos que, para fines del presente y de posteriores estudios, consideramos que permitirían redefinir conceptual y funcionalmente a la variable *apoyo social*. Se trata, en esencia, de entender que si en el apoyo social se encuentran implicadas relaciones de intercambio entre personas, la mejor manera de representarlas sería mediante el establecimiento de relaciones de contingencia en las que se especifique con detalle, por ejemplo, si los adultos con VIH responden a contingencias individuales o sociales. Si lo hacen respecto de unas u otras se tendría que evaluar sistemáticamente en qué términos se da la comunicación con otras personas (significativas o no) del entorno social, cómo es que aquéllos son afectados funcionalmente, y adicionalmente en qué sentido es que esta afectación se traduce en la práctica eficiente o no de las conductas instrumentales de adherencia (Haug y Sorensen, 2006; Littlewood, Ganable, Carey y Blair, 2010; Yadav, 2010). En la misma dirección se tendría que evaluar el fenómeno de cooperación, de cara a valorar cómo la práctica de determinada conducta por parte de una persona (quien coopera) es seguida por determinada conducta por otra persona, ambas obteniendo consecuencias de reforzamiento social.

En resumen podemos señalar lo siguiente. El presente estudio constituye un primer esfuerzo para replantear de manera inicial el fenómeno del apoyo social como



Figura 2. Continuo de interacción de lo psicológico a lo social.

relaciones sociales. Para su medición se empleó un índice con el que se comprobó que la valoración de dificultades en adultos con VIH expuestos a tratamiento con TAR sí ejerció una influencia decisiva sobre las variables psicológicas de proceso y las conductas de adherencia.

Tratándose de un primer estudio con esas características se reconoce que adolece de varias limitaciones. Una de ellas tiene que ver con el tamaño de la muestra, que se circunscribió a poco más del 60% de los adultos con VIH que actualmente son atendidos en una institución del sector salud de la ciudad de Hermosillo (Sonora), en el noroeste de México. La segunda, que en esta ocasión no fue posible identificar el peso de ninguna de las situaciones vinculadas con estrés, quizá debido al hecho de que, retomando lo antes expuesto, se trabajó con una muestra que tiende a practicar las conductas de adherencia al TAR tanto de manera consistente como eficiente. Tercero, tampoco fue posible incorporar para su evaluación una variable clave en el modelo teórico, la de las conductas asociadas a la enfermedad (convencionalmente conocidas como depresión, ira, impulsividad, etcétera). Finalmente, la carencia de un instrumento de medida, justificado teóricamente, que permita la evaluación sistemática de los fenómenos de comunicación y cooperación.

En última instancia, se trata de limitaciones que podrán ser superadas a corto plazo, seleccionando una muestra representativa en el contexto nacional y apoyándose en el modelamiento con ecuaciones estructurales, incorporar para su evaluación y análisis la totalidad de variables del modelo. Asimismo, en estudios futuros será necesario replantear la variable *apoyo social* obteniendo información adicional que permita diseñar un nuevo instrumento de medida para examinar la concurrencia de lo propiamente psicológico con otros factores, particularmente el relativo a lo para-social, en los términos previamente discutidos.

El objetivo final de ampliar y mejorar nuestro conocimiento de las variables que permitirían predecir la probabilidad de que los adultos con VIH practiquen eficientemente o no las conductas de adherencia, permitirá traducir los hallazgos en propuestas viables de intervención en el contexto de las instituciones sanitarias apoyándonos en un enfoque basado en la metodología del análisis contingencial. Como acertadamente apuntan Simoni *et al.* (2010), de lo que justamente se trata es de trasladar los hallazgos al mundo real en el ámbito institucional.

REFERENCES

- Cohen S (1992). Stress, social support, and disorder. En HOF Veil y U Baumann (Eds.), *The meaning and the measurement of social support* (pp. 109-124). New York: Hemisphere Press.
- Deichert NT, Fekete EM, Boarts JM, Druley JA y Delahanty DL (2008). Emotional support and affect: Associations with health behaviors and active coping efforts in men living with HIV. *AIDS and Behavior*, 12, 139-145.
- Ford N, Darder M, Spelman T, Maclean E, Mills E y Boullém A (2010). Early adherence to antiretroviral medication as a predictor of long-term HIV virologic suppression: Five-year follow-up of an observational cohort. *PLoS ONE*, 5, e10460.
- Gardner RC (2001). *Estadística para psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación.
- González MT y Piña JA (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con

- VIH: evaluación con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10, 597-607.
- Gordillo V, Fekete EM, Platteau T, Antoni MH, Schneiderman N y Nöstlinger C (2009). Emotional support and gender in people living with HIV: effects on psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 523-531.
- Grossman CI y Gordon CM (2010). Mental health considerations in secondary HIV prevention. *AIDS and Behavior*, 14, 263-271.
- Haug NA y Sorensen JL (2006). Contingency management interventions for HIV-related behaviors. *Current HIV/AIDS Reports*, 3, 144-149.
- Hoofman J, van Griensven J, Colenburders R y McKellar M (2010). Role of the CD4 count in HIV management. *HIV Therapy*, 4, 27-39.
- Littlewood RA, Vanable PA, Carey MP y Blair DC (2010). The association of benefit finding to psychosocial and health behavior adaptation among HIV+ men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 145-155.
- Martos MJ y Pozo C (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*, 27, 47-57.
- Martos MJ, Pozo C y Alonso E (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59-75.
- Piña JA, Corrales AE, Mungaray K y Valencia MA (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, 217-228.
- Piña JA, Dávila M, Sánchez-Sosa JJ, Cázares O, Togawa C y Corrales AE (2009). Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 67-78.
- Piña JA, García CH, Ybarra JL, Fierros LE y Sánchez-Sosa JJ (en prensa). Assessment of adherence behaviors in HIV+ patients who have excellent adherence: A path analysis. En CH García, R Ballester y JA Piña (Eds.), *Chronic diseases and medication-adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American Countries*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Piña JA y González MT (2010). Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 185-206.
- Piña JA y Sánchez-Sosa JJ (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña JA, Valencia MA, Mungaray K y Corrales AE (2006). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 24, 15-21.
- Ribes E (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes E (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamental*, 13, 37-52.
- Sánchez-Sosa JJ, Cázares O, Piña JA y Dávila M (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32, 389-397.
- Sánchez-Sosa JJ, Fierros LE, Cázares O y Piña JA (2011). Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral. En JL Ybarra, JJ Sánchez-Sosa y JA Piña (Coords.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica* (pp. 137-154). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno.
- Simoni JM, Amico KR, Smith L y Nelson K. (2010). Antiretroviral adherence interventions: Translating research findings to the real world clinic. *Current HIV/AIDS Reports*, 7, 44-51.
- Yadav S (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: A case study from Nepal. *Quality of Life Research*, 19, 157-166.

Recibido, 28 Marzo, 2011
Aceptación final, 25 Febrero, 2012