

EFFECTOS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTES CON VIH

LAURA CATALINA PATIÑO TORRES

Bajo la dirección y en coautoría con

ROCHY VARGAS GUTIERREZ, Msc

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Bogotá, D.C. Diciembre de 2013

**TABLA DE CONTENIDO**

Introducción	7
Justificación y Planteamiento del Problema	9
Referentes teóricos y empíricos	15
Definición del concepto de “adherencia” al tratamiento antirretroviral y su importancia en el tratamiento del VIH	17
Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral	20
Métodos para evaluar y valorar la adherencia al tratamiento antirretroviral	28
Intervenciones psicológicas en personas con VIH	31
Aceptación y VIH	34
Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	36
Teoría de marcos relacionales	38
Componentes de la terapia de aceptación y compromiso	46
Aspectos Metodológicos	53
Objetivo general	53
Objetivos específicos	53
Diseño	53
Variable Dependiente	54
Variable Independiente	55
Participantes	56
Instrumentos	57
Procedimiento	59
Consideraciones Éticas	62
Resultados	64
Discusión	92
Referencias	100
Apéndices	111

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. *Datos socio-demográficos de los participantes*

Tabla 2. *Resultados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento del participante 1.*

Tabla 3. *Resultados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento del participante 2.*

Tabla 4. *Resultados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento del participante 3.*

**LISTA DE FIGURAS**

*Figura 1.* Frecuencia de la conducta “Observación de cuerpo”.

*Figura 2.* Frecuencia con la que se reportó la presencia de estrés.

*Figura 3.* Frecuencia con la que se reportó la presencia de tristeza.

*Figura 4.* Frecuencia con la que se reportó descanso durante las horas de sueño.

*Figura 5.* Frecuencia de la conducta “consumo de SPA” (cigarrillo).

*Figura 6.* Frecuencia de la conducta “actividad física”

## EFFECTOS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTES CON VIH

### Resumen

La epidemia del VIH/SIDA ha impactado las vidas de millones de personas a nivel mundial; según las últimas estimaciones realizadas, en el mundo hay 33,3 millones de personas que padecen el VIH/SIDA y se produjeron 2,6 millones de nuevas infecciones durante el año 2009 (Teva, Bermúdez, Ramiro, Buena-Casal, 2012). El objetivo del presente estudio fue describir los cambios que se evidencian en la adherencia al tratamiento antirretroviral en tres adultos hombres diagnosticados con VIH, pertenecientes a una institución, luego de la aplicación de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se implementó un diseño de caso único AB con seguimiento y se utilizaron instrumentos como el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA [CAT-VIH] de Salazar, Varela y Correa (2008), un autoregistro de comportamientos relacionados con adherencia al tratamiento antirretroviral y el formato de formulación de caso clínico de Muñoz & Novoa-Gómez (2010). Los resultados indican que la intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso tuvo efectos favorables en los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: VIH, adherencia al tratamiento antirretroviral, terapia de aceptación y compromiso, evitación.

### Abstract

The HIV/AIDS has impacted the lives of millions of people worldwide, according to the latest estimates, the world 's 33.3 million people are living with HIV/AIDS and there were 2.6 million new infections in 2009 (Teva, Bermudez, Ramiro, Buena-Casal, 2012). The aim of this study was to describe the changes in adherence antiretroviral treatment in three adult men diagnosed with HIV -who belong to an institution- after applying a psychological intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). An AB with follow-up design was implemented with instruments such as Treatment Adherence Questionnaire for HIV/AIDS [CAT- HIV] (Salazar Varela y Correa, 2008), a self-register of behaviors related to adherence antiretroviral treatment, and a format of clinical case formulation (Muñoz & Novoa-Gómez, 2010). The results indicate that psychological intervention based on Acceptance and Commitment Therapy had a positive effect on levels of adherence antiretroviral treatment.

Keywords: HIV, adherence antiretroviral treatment, acceptance and commitment therapy, avoidance.

## Introducción

Según un reporte de ONUSIDA realizado en el año 2010, citado por Teva, Bermúdez, Ramiro y Buela-Casal (2012), el grupo de países formado por Colombia (68,2%), Costa Rica (68,0%) y Paraguay (67,3%) lidera el porcentaje de varones jóvenes que padecen el VIH/SIDA. Bolivia (8,3%), Paraguay (7,7%) y Colombia (6,3%) constituyen el conjunto de países latinoamericanos con mayor porcentaje de casos infantiles afectados por el VIH/SIDA.

El pronóstico de la infección ha mejorado significativamente gracias a los fármacos antivirales, pero todavía existen grandes retos para la terapia antirretroviral. La resistencia sigue siendo el mayor, pero la toxicidad, la complejidad de ciertos regímenes y la mejoría de la adherencia siguen siendo retos importantes (Sosa, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo una tercera parte de quienes acceden al tratamiento antirretroviral se adhieren a éste. Por tal razón, en los últimos años, ha crecido el interés por estudiar la adherencia a estos como un factor determinante para el control del VIH/SIDA (Varela, Salazar, Correa, Duarte, Tamayo, & Salazar, 2009).

El objetivo principal del presente estudio fue describir los cambios que se evidencian en la adherencia al tratamiento antirretroviral en tres adultos hombres diagnosticados con VIH, luego de la aplicación de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Esto fue desarrollado con el fin de brindar conocimiento acerca del alcance de esta intervención psicológica, pues aunque hasta ahora no existe una intervención estándar que asegure de forma definitiva y completa la adherencia al tratamiento, la mayoría de estudios han utilizado conjuntos de técnicas que incluyen varios elementos básicos de la terapia cognitiva-conductual tradicional tales como,

la reestructuración cognitiva, la indagación por el estado motivacional, y el monitoreo continuo de comportamientos de autocontrol relacionados con la toma diaria de medicamentos (Ballester, 2003; Eller, 1995; Antoni, Baggett, Ironson, LaPerriere, August, Klimas, *et al.*, 1991).

De esta forma, la intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso supone la aplicación de una nueva ruta de acompañamiento psicológico, enfocada especialmente en las funciones de los fenómenos psicológicos, y orientada a la construcción de repertorios conductuales más flexibles y eficaces (Mañas, 2007).

A continuación, se presenta el documento organizado en distintos apartados, iniciando con la justificación y el planteamiento del problema, seguido de la revisión de la literatura, objetivos, método de investigación, y finalmente resultados y discusión a partir de los hallazgos encontrados.



## **Justificación y Planteamiento del Problema**

El VIH/SIDA es un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo y genera importantes consecuencias sociales y económicas. En Colombia las estimaciones más conservadoras dan cuenta de que la cifra de personas infectadas con VIH asciende a 160.000 casos, con una prevalencia en población general de 0,5% (IC95% 0,4-0,7). Otras instituciones que atienden personas con el virus a nivel nacional como Profamilia estiman que existen cerca de 500.000 personas con VIH (Tovar-Cuevas, Arrivillaga-Quintero, 2011). Según un artículo publicado por el periódico El Tiempo el 23 de Noviembre del 2010, se afirma que desde que la epidemia comenzó en 1985, se han reportado oficialmente 76.891 casos. Sin embargo, se estima que actualmente el número de portadores del virus es de 140.000 personas (El Tiempo, 2010). Según un reporte de la Secretaria Distrital de Salud (2011), en Bogotá el número de casos acumulados de VIH/SIDA notificados entre 1985 y el 30 de junio de 2011 son 19.970.

Entre los años 1980 y 1990, ser portador del virus significaba la causa de una muerte inminente. Hoy en día, con la invención de las terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA), el VIH/SIDA ha alcanzado el estatus de enfermedad crónica, no obstante la adherencia a este tipo de medicación ha sido un aspecto crítico en los pacientes. Según estudios (Varela, Salazar, Correa, 2008; Peñarrieta, Kendall, Martinez, Rivera, Gonzales, Flores, *et, al.*, 2009), debe establecerse por lo menos un 95% de adherencia a los medicamentos para prevenir el desarrollo de virus resistentes a los mismos y así lograr una supresión viral estable que impida el desarrollo avanzado del SIDA. No obstante, la toma de estos medicamentos desencadena algunas complicaciones de salud que hacen más difícil que el paciente se adhiera totalmente a ellos (complicaciones metabólicas, lipodistrofia,

disfunción sexual, entre otras) (Teva, Paz, Hernández, & Buela, 2004; Sosa, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo una tercera parte de quienes acceden al tratamiento antirretroviral se adhieren a éste. Por tal razón, en los últimos años ha crecido el interés por estudiar la adherencia a estos como un factor determinante para el control del VIH/SIDA (Varela, Salazar, Correa, Duarte, Tamayo & Salazar, 2009).

Aunque la adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/SIDA tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral. Así, la baja adherencia al tratamiento facilita la resistencia a los medicamentos y aumenta la vulnerabilidad del organismo a infecciones oportunistas (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

Entre las variables que pueden tener un papel crucial en la adherencia al tratamiento pueden distinguirse aquellas relativas al paciente, tales como su relación con los profesionales de la salud, su relación con la enfermedad y con la medicación. A nivel emocional se han identificado como obstáculos la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés. Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha identificado como facilitador de la adherencia (Sánchez, 2010).

Desde la disciplina psicológica se han realizado varias intervenciones con el fin de mejorar estas condiciones, y así poder contribuir a incrementar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Aunque hasta ahora no existe una intervención psicológica estándar que asegure de forma definitiva y completa la adherencia al tratamiento, la mayoría de estudios han utilizado conjuntos de técnicas que incluyen varios elementos básicos de la terapia

cognitiva-conductual tradicional tales como, la reestructuración cognitiva, la indagación por el estado motivacional, y el monitoreo continuo de comportamientos de autocontrol relacionados con la toma diaria de medicamentos (Ballester, 2003; Eller, 1995; Antoni, Baggett, Ironson, LaPerriere, August, Klimas, *et, al.*, 1991).

La literatura científica ha evidenciado que dichas intervenciones conductuales tradicionales que trabajan de forma directa sobre aspectos emocionales (reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, entre otras) demuestran no ser efectivas a largo plazo, presentándose un mayor número de recaídas en los consultantes con quienes se realizan procesos de seguimiento (Barraca, 2011). Se ha encontrado que las estrategias encaminadas a librarse de los pensamientos incómodos llevan con frecuencia a resultados paradójicos, que consisten en el incremento en la tasa e intensidad de los pensamientos que tratan de evitarse (Barraca, 2011). Según Moitra, Herbert y Forman (2011), estudios meta-analíticos basados en la efectividad de dichos elementos en la adherencia al tratamiento antirretroviral, muestran que los efectos derivados de estas intervenciones han sido menores a los esperados, siendo evidente la necesidad de proponer nuevas rutas de acompañamiento psicológico.

Desde el enfoque comportamental, la creación de estas nuevas rutas de acompañamiento psicológico se han ido desarrollando por medio de las terapias de tercera generación. Estas intervenciones son particularmente sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas (Mañas, 2007).

Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. Las terapias de tercera generación reformulan y sintetizan las generaciones previas

de las terapia cognitivas y conductuales conduciéndolas hacía dominios que previamente habían sido dirigidos por otras tradiciones (Mañas, 2007).

Una de las terapias que se incluyen dentro de la tercera generación es la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), la cual ha sido aplicada con eficacia en problemas tan diversos como: ansiedad, alcoholismo, trastornos alimentarios, dolor crónico, trastornos obsesivos compulsivos, fobia social, consumo de drogas, en problemas psico-oncológicos, depresión, esquizofrenia y brotes psicóticos, trastornos de la personalidad, esclerosis múltiple, diabetes, entre otros (Mañas, 2007; Lillis, Hayes, Bunting & Masuda, 2009; Páez, Luciano & Gutiérrez, 2007; Vowles, Wetherell & Sorrell, 2009; Bricker, Mann, Marek, Liu & Peterson, 2010; Bond, Flaxman, & Bunce, 2008).

Uno de sus principales postulados radica en que aquello que llamamos experiencia “interna” -cualquiera que esta sea: pensamientos, recuerdos, sensaciones, etc.- debe dejarse tal cual es, sin intentar detenerla, controlarla, modificarla, magnificarla, minimizarla, etc. En suma, de acuerdo con ACT los intentos reiterados por lograr controlar los eventos privados “negativos” conducirían a un mayor malestar psicológico. Desde este modelo, la alternativa ante los pensamientos intrusos (o ante sentimientos, sensaciones, recuerdos, etc. desagradables) es la aceptación radical o incondicional de los mismos, sean como sean de frecuentes o intensos y sea cual sea su contenido (Barraca, 2011).

En pacientes diagnosticados con VIH, la terapia de aceptación y compromiso podría llegar a ser de gran utilidad debido a que muchas de estas personas se comportan de forma incompatible con sus valores fundamentales con el fin de evitar el estrés psicológico implicado en la aceptación de su enfermedad (por ejemplo, es frecuente encontrar pacientes que no cumplen con las prescripciones médicas porque el hecho de seguirlas los pone en

contacto directo con su condición) (Moitra, Herbert & Forman, 2011).

Desde el modelo de evitación experiencial que se trabaja en la terapia de aceptación y compromiso, se puede afirmar que en la medida en que los individuos quieran evitar los pensamientos relacionados con su enfermedad, también evadirán comportamientos que se asocian con ser VIH-positivo; tales como, el uso de condones o la toma de los medicamentos (Batten, Follete & Hayes, 1997). Así, teniendo en cuenta que estilos de afrontamiento evitativos tienen efectos desfavorables en la adherencia al tratamiento antirretroviral, el tratamiento psicológico deberá enfocarse en la construcción de la actitud comprometida y responsable que se requiere para manejar la enfermedad (Moitra, Herbert & Forman, 2011).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, esta investigación es importante para la disciplina científica debido a que permitirá identificar los cambios que se derivan de la aplicación de la ACT en los niveles de adherencia de pacientes con VIH. Dada la escasez de estudios en Colombia que evidencien los efectos de intervenciones psicológicas en la adherencia al tratamiento antirretroviral, este estudio se considera pertinente para el contexto de salud nacional en el marco de la reforma de la salud, especialmente en lo relativo a los regímenes de atención del POS y la inclusión de programas de intervención psicológica que se basen en información contextualizada e históricamente situada (Novoa, 2012).

Adicionalmente, teniendo en cuenta que el VIH/SIDA es una epidemia que se ha ido expandiendo a nivel mundial, el presente estudio busca la visibilización de la complejidad de esta problemática, promoviendo para su tratamiento intervenciones psicológicas que promuevan la adherencia al tratamiento antirretroviral. Con lo anterior, se especifica el aporte que la propuesta tiene a programas de movilidad, cooperación y

formación en investigación, así como a potenciales impactos en internacionalización (Novoa, 2012).

Finalmente, este estudio se enmarca dentro de los principios que la Pontificia Universidad Javeriana propone en su misión: “La Pontificia Universidad Javeriana es una institución católica de educación superior, fundada y regentada por la Compañía de Jesús, comprometida con los principios educativos y las orientaciones de la entidad fundadora. Ejerce la docencia, la investigación y el servicio con excelencia, como universidad integrada a un país de regiones, con perspectiva global e interdisciplinar, y se propone: La formación integral de personas que sobresalgan por su calidad humana, ética, académica, profesional y por su responsabilidad social; y, la creación y el desarrollo de conocimiento y de cultura en una perspectiva crítica e innovadora, para el logro de una sociedad justa, sostenible, incluyente, democrática, solidaria y respetuosa de la dignidad humana” (Pontificia Universidad Javeriana, 2013). Este estudio considera en su justificación disciplinar y teórica el desarrollo de conocimientos que buscan aportar a una sociedad más incluyente y respetuosa con las personas que reciben un diagnóstico de VIH, teniendo en cuenta la responsabilidad social y ética en la producción de conocimiento fundamentado en la excelencia de los procedimientos y demás elementos propios de la investigación rigurosa.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta orientadora de esta investigación es: ¿Cuál es el efecto de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes diagnosticados con VIH?

### **Referentes teóricos y empíricos**

La epidemia del VIH/SIDA ha impactado las vidas de millones de personas a nivel mundial; según las últimas estimaciones realizadas, en el mundo hay 33,3 millones de personas que padecen el VIH/SIDA y se produjeron 2,6 millones de nuevas infecciones durante el año 2009. El Caribe y Latinoamérica son dos de las regiones con mayor tasa de prevalencia de VIH/SIDA en adultos; se argumentan como razones de las diferencias entre los índices de prevalencia de estas regiones factores religiosos, culturales, sociales, económicos y políticos (entre otros) que influyen sobre la conducta sexual así como en el nivel de desarrollo (Teva, Bermúdez, Ramiro & Buela-Casal, 2012).

Según un reporte de ONUSIDA realizado en el año 2010, citado por Teva, Bermúdez, Ramiro y Buela-Casal (2012), el grupo de países formado por Colombia (68,2%), Costa Rica (68,0%) y Paraguay (67,3%) lidera el porcentaje de varones jóvenes que padecen el VIH/SIDA. Bolivia (8,3%), Paraguay (7,7%) y Colombia (6,3%) constituyen el conjunto de países latinoamericanos con mayor porcentaje de casos infantiles afectados por el VIH/SIDA.

Se ha encontrado que el virus puede estar presente en actividades tanto homosexuales como heterosexuales, y la probabilidad de infección se relaciona con el número de parejas sexuales y con los sitios de contacto sexual. El coito anal homosexual ha sido la principal vía de contagio en países como Estados Unidos; el coito vaginal heterosexual ha sido el principal medio de contagio en países de África y el Caribe. En Latinoamérica se considera el coito anal sin protección entre hombre-mujer u hombre-hombre, la práctica sexual de mayor riesgo de infección (González, 2009).

Desde el área de la psicología se ha contribuido al desarrollo de diversas estrategias, particularmente con intervenciones preventivas, en las que se han explorado factores de riesgo al contagio, la relación de la conducta con actitudes, normas y creencias, y del impacto de la auto-eficacia y de las destrezas de comunicación y negociación sobre la capacidad de protección de las personas (Varas y Toro, 2003).

Para el profesional de psicología, dedicado a la atención clínica de personas, en tanto agente o promotor de cambios, es una obligación conocer los aspectos básicos del VIH, pues uno de los aspectos más importantes en el tratamiento psicológico se concentra en el conocimiento básico de la infección y en la construcción de la actitud comprometida y responsable que se requiere para manejar la enfermedad. Se debe permitir al paciente conocer, en lo posible, las raíces del padecimiento, la progresión, los efectos en su cuerpo y conducta. Esta información permite construir una vivencia del VIH partiendo de datos reales que en general disminuyen la angustia ante la temida muerte pensada como irremediable (González, 2009).

Para lograr estos objetivos, el terapeuta debe estar entrenado en temas de sexualidad con el objeto de ofrecer apoyo necesario para prevenir la infección y atender a los ya afectados, contribuyendo a la construcción de una vida sexual sana y responsable (González, 2009).

Del trabajo del psicólogo depende en gran medida el fortalecimiento y la creación de habilidades de afrontamiento, la revisión de aspectos emocionales e interpersonales, el acompañamiento en procesos de toma de decisiones, entre otros, por lo que el papel del psicólogo se hace necesario durante el curso de la enfermedad.

A continuación se presentarán de forma ordenada y detallada algunos temas que son fundamentales dentro de la presente investigación, tales como la concepción de adherencia



al tratamiento antirretroviral, factores que influyen en su desarrollo, efectos secundarios más comunes, y métodos que permiten su valoración y evaluación. Adicionalmente, se expondrán las bases teóricas de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como la progresiva influencia que ha ido teniendo en el campo de la salud y la relación que existe entre la aceptación psicológica y el VIH/SIDA.

*Definición del concepto de “adherencia” al tratamiento antirretroviral y su importancia en el tratamiento del VIH*

En el año 2007 se cumplieron 20 años del inicio de la terapia antirretroviral; desde la aprobación de la zidovudina en 1987 se han aprobado para su uso 22 drogas contra el VIH. El pronóstico de la infección ha mejorado significativamente gracias a los fármacos antivirales, pero todavía existen grandes retos para la terapia antirretroviral. La resistencia sigue siendo el mayor, pero la toxicidad, la complejidad de ciertos regímenes y la mejoría de la adherencia siguen siendo retos importantes (Sosa, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo una tercera parte de quienes acceden al tratamiento antirretroviral se adhieren a éste. Por tal razón, en los últimos años, ha crecido el interés por estudiar la adherencia a estos como un factor determinante para el control del VIH/SIDA. (Varela, Salazar, Correa, Duarte, Tamayo, & Salazar, 2009)

Aunque la adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/SIDA tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral. Así, la baja adherencia al tratamiento facilita la resistencia a los medicamentos y

aumenta la vulnerabilidad del organismo a infecciones oportunistas (Varela, Salazar & Correa, 2008).

Estudios realizados con los primeros tratamientos de gran eficacia demostraron que la máxima eficacia con el tratamiento antirretroviral requiere una adherencia prácticamente perfecta, de más del 95% de las tomas. Se ha establecido que hay una clara relación entre el grado de cumplimiento y la efectividad: el 81% de los pacientes con un cumplimiento superior al 95% consiguieron viremias indetectables, en comparación con el 64% de los pacientes con un cumplimiento del 90-95%. La proporción de pacientes con viremias indetectables disminuía al 50% cuando el cumplimiento era del 80-90% y hasta el 25% con un cumplimiento del 70-80%. Tan sólo el 6% de los pacientes que cumplían menos del 70% consiguieron la supresión viral (Sánchez, 2010).

Algunos resultados preliminares de un estudio cualitativo realizado en Tampico en el estado mexicano de Tamaulipas, sugiere serios problemas de adherencia en las personas que viven con VIH. Los resultados muestran que aproximadamente el 40% ha dejado de tomar sus medicinas por un tiempo y ha vuelto a reiniciar el tratamiento (Peñarrieta, Kendall, Martínez, Rivera, Gonzales, Flores, *et al.*, 2009). En personas que se encuentran en fase SIDA, los niveles de adherencia también suelen ser bajos, ya que los efectos secundarios de los fármacos en algunas ocasiones motivan al paciente a disminuir o a realizar modificaciones en sus regímenes y ocasionan, por lo tanto, reducción de eficacia y resistencia viral (Ballester, Campos, García & Reinoso, 2001).

Si bien la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA con frecuencia se ha considerado exclusivamente como la toma de los medicamentos antirretrovirales, los conceptos de mayor actualidad en el tema proponen que éste constituye sólo uno de los comportamientos necesarios que podrían ayudar a controlar el avance de la infección. El

éxito del control del VIH/SIDA requiere de la adherencia a múltiples aspectos no farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección y la transmisión del virus a otras personas (Varela, Salazar & Correa, 2008).

La OMS (2004), citada por Varela, Salazar y Correa (2008), adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. Además, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y la participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención.

En el estudio realizado por Varela, Salazar y Correa (2008), se plantea que la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación (si son nuevos), perfeccionamiento (si ya existen) de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad.

La adherencia al tratamiento, por tanto, debe considerarse como una serie de conductas que lleva a cabo el paciente en su vida diaria, como tomar los medicamentos antirretrovirales en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis prescritas; asistir a las citas médicas programadas; tomarse los exámenes de control (por ejemplo, CD4, carga viral, citología, etc.); hacer

ejercicio en forma regular; alimentarse saludablemente; manejar los estados emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión que influyen en el estado inmunológico; evitar el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas; adoptar medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS); autoobservar el cuerpo para descubrir si hay cambios; darle prioridad al cuidado de sí mismo, entre otros. Estos comportamientos deben ser coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas con los profesionales de la salud (Varela *et al.*, 2009).

#### *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral*

La adherencia al tratamiento en VIH/SIDA está asociada con: a) factores personales, b) de la enfermedad y el tratamiento, c) del sistema de salud y d) sociales-interpersonales. Los *factores personales* se refieren a las características del paciente; específicamente para el caso de la adherencia al tratamiento en el VIH/SIDA, los principales factores que tienen evidencia empírica son las variables sociodemográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, el afrontamiento de la enfermedad, los problemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/SIDA (Varela, Salazar & Correa 2008).

La edad parece ser un factor potenciador de la adherencia. En este sentido, varios autores han encontrado que a menor edad, peor es la adherencia registrándose una tasa más alta de adherencia en la edad media de la vida (Ortego, 2011). En cuanto al nivel educativo parece existir un mayor acuerdo, pues se indica que un bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento (Varela, Salazar & Correa 2008).

Respecto al nivel de ingresos familiares se afirma que cuando estos son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento, mientras que ingresos altos

pueden actuar como un facilitador. Por otra parte, algunas características del domicilio del paciente como tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento por varios estudios (Varela, Salazar & Correa 2008).

La incidencia de enfermedad psiquiátrica es una de las variables que varios estudios han identificado ligada a una peor adherencia. Las entidades psiquiátricas observadas con más frecuencia en pacientes con infección por VIH son la depresión mayor, el trastorno bipolar, los trastornos de personalidad, el consumo de drogas y los trastornos del ánimo. Se estima que en más del 50% de los pacientes se dan síntomas depresivos al inicio del tratamiento antirretroviral, y la asociación de depresión y mala adherencia se ha relacionado con una mayor mortalidad. Además, la existencia de síntomas de depresión no sólo disminuye la adherencia, sino que también retrasa el inicio del TARGA, que sólo se ve compensado si se recibe algún tipo de tratamiento antidepresivo, aumentando la adherencia con el aumento de las visitas a un centro de salud mental (Ortego, 2011).

A nivel emocional han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés. Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador de la adherencia (Varela, Salazar & Correa 2008).

Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia a nivel de la *enfermedad y el tratamiento* se encuentran: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos

horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adhesión del paciente (Carrillo, Zúñiga, Amaya, Arévalo, Arias, Carrillo, *et al.*, 2009).

Algunos de los efectos secundarios que hacen más difícil la adherencia al tratamiento son: náuseas, vómito, fiebre, fatiga, diarrea, colesterol alto, problemas en la piel, gastritis, falta de apetito, sensación de cansancio o debilidad, disminución de peso, y dolor de cabeza. Adicionalmente, en varios estudios de adultos infectados se demuestra que en el curso de la infección se observan cambios cognitivos moderados, como déficit en la atención, en la memoria, en el procesamiento de la información y en la función motora fina, pero aunque algunas de estas manifestaciones desaparecen con el tratamiento, también se pueden presentar otras complicaciones a causa de la terapia antirretroviral de gran actividad, tales como alteraciones psiquiátricas y del humor, alteraciones neuromusculares y deterioro neurológico (Usuga, 2012)

Las complicaciones metabólicas, por ejemplo, se han constituido como una de las principales desventajas de esta modalidad de tratamiento, las cuales se manifiestan en la acumulación anormal de grasa subcutánea y visceral o por el contrario, en la disminución de grasa en las extremidades y la cara (lipoatrofia). Igualmente, el aumento de los triglicéridos y el colesterol en estos pacientes, así como el aumento en la resistencia periférica a la insulina y la diabetes mellitus (DM), ha llevado a estudiar el aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular entre los pacientes con terapia antirretroviral (Sosa, 2007).

Otro de los efectos secundarios más comunes es la lipodistrofia; que se manifiesta en forma de distintas alteraciones morfológicas y, frecuentemente, constituye la primera manifestación clínica de la enfermedad. Pueden aparecer dos tipos de trastornos, de forma aislada o combinada, que son la lipoatrofia (alteraciones de la figura corporal como

consecuencia de la pérdida de grasa) y la lipohipertrofia, que hace referencia a una serie de alteraciones que tienen lugar debido a una acumulación progresiva de la grasa periférica y central. La lipoatrofia se manifiesta principalmente en los brazos, en las piernas, en los glúteos y en la cara. La lipohipertrofia se caracteriza por un crecimiento abdominal, por un crecimiento de las mamas y por la aparición de la cifosis (Teva, Paz, Hernández & Buela, 2004).

Es importante mencionar que el paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adhesión, mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no recibe reforzamiento inmediato por el seguimiento de las prescripciones médicas (Carrillo, Zúñiga, Amaya, Arévalo, Arias, Carrillo, *et al.* 2009).

A nivel del *sistema de salud* se evidencia que la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y realista y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. La consulta clínica con un paciente que convive con el VIH debe ser cordial, accesible, generadora de confianza, comprensiva con las connotaciones sociales del paciente, y sobre todo tener suficiente disponibilidad de tiempo para brindar información y para que el profesional de la salud logre responder a dudas o inquietudes que surjan durante la consulta, de forma que pueda darse a conocer la información, que el paciente logre entender todos los aspectos relacionados con su tratamiento y logre decidir conjuntamente

con el equipo interdisciplinario que lo acompañe durante el proceso (Carrillo, Zúñiga, Amaya, Arévalo, Arias, Carrillo, *et. al.* 2009).

En Colombia, los planes para el control del VIH/SIDA son adaptaciones de los lineamientos internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS, por sus siglas en inglés). Difícilmente se integran experiencias locales de atención, lo que da la idea de una adaptación descontextualizada que termina desconociendo las especificidades sociales y culturales, tan diversas en Colombia (Arrivillaga, Alzate & Useche, 2009).

Aunque el papel de la organización civil en Latinoamérica y en nuestro país ha sido clave y en muchos casos ha ofrecido una respuesta solidaria, oportuna y apropiada en los temas de acceso a los medicamentos, en la defensa de los derechos constitucionales de personas afectadas por el VIH y el SIDA, en asistencia social y en la vigilancia sobre el sistema de seguridad social, son necesarios mayores esfuerzos ante la escasez de políticas económicas que acompañen integralmente la atención en salud, en especial de la población más pobre (Arrivillaga, Alzate & Useche, 2009).

Adicionalmente, en muchos casos las iniciativas carecen de una perspectiva de género que favorezca un mejor entendimiento de la realidad de las mujeres, y continúan abordando el problema desde el enfoque de los “grupos de riesgo” con estrategias primordialmente del nivel individual (Arrivillaga, Alzate & Useche, 2009).

Los factores *sociales/interpersonales* hacen referencia a aquellos aspectos particulares de las relaciones que establece el paciente con su familia, amigos, profesionales de la salud y con el entorno en general que afectan la adherencia al tratamiento. La percepción de apoyo social y la relación entre el médico tratante y el paciente son los



aspectos sociales/interpersonales más estudiados y con mayor evidencia en el área de la adherencia (Varela, Salazar & Correa 2008).

En pacientes VIH positivos al igual que en otras enfermedades crónicas, dos de los aspectos más utilizados para valorar el impacto de la enfermedad son el apoyo social y las consecuencias psicológicas que se derivan luego del diagnóstico recibido. En este sentido, en pacientes VIH/SIDA se ha descrito que la percepción de apoyo social contribuye a la adaptación a su enfermedad y a mejorar su salud. Igualmente, la bibliografía muestra que la presencia de apoyo social disminuye los efectos nocivos del estrés, y su ausencia puede a su vez acelerar el curso de la infección por VIH (Srisurapanont, Sombatmai & Jarusuraisin, 2001). Diferentes estudios realizados por Wortman y Dunkel-Schetter, (1979, citados por VanDevanter, Thacker, Bass & Arnold, 1999) han demostrado que existe una consistente correlación positiva entre la calidad de las relaciones interpersonales y la habilidad del paciente para enfrentar de forma efectiva su enfermedad. Sistemas de apoyo social estables han mostrado estar altamente correlacionados con un mejor ajuste a la enfermedad a largo plazo.

De esta forma, según Barrón y Sánchez (2001, citados por Pérez *et al.* 2005), el apoyo social se ha constituido en uno de los factores más ampliamente estudiados demostrándose su efecto beneficioso no sólo para el bienestar psicológico, sino también para el incremento de la supervivencia en enfermedades crónicas. La ausencia de este aspecto se ha asociado a una peor calidad de vida en los pacientes VIH positivos, lo que a su vez está asociado a una disminución del tiempo de vida. Así, es fundamental el papel del apoyo social sobre el curso de la enfermedad, pues distintas investigaciones han demostrado su influencia sobre la calidad de vida física y mental de los pacientes diagnosticados con VIH (Castro, Eroza, Orozco, Manca & Hernández, 1997; Darbes &

Lewis, 2005; Davey, Foster, Milton & Duncan, 2009; Ladero, Orejudo & Carrobles, 2010; Martos & Pozo, 2011; Pérez *et al.*, 2005; Srisurapanont, Sombatmai & Jarusuraisin, 2001)

Según Lin, Dean y Ensel (1986, citados por Martos & Pozo, 2011), el apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos. Tradicionalmente se han distinguido dos orientaciones teóricas en la investigación sobre apoyo social: la perspectiva estructural, centrada en el análisis de las características objetivas de las transacciones de apoyo, y la perspectiva funcional, que estudia los recursos que se intercambian en las relaciones interpersonales, examinando las funciones de apoyo que éstas desempeñan.

Uno de los ámbitos que mayor volumen de investigación ha generado es el que relaciona el apoyo social con la salud, evidenciándose que el padecimiento de enfermedades es más pronunciado y probable entre aquellos individuos que difícilmente reciben soporte social, o que es percibido como insatisfactorio (Martos & Pozo, 2011).

En términos generales, se parte de la asunción de que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad, de forma que un nivel deficiente de apoyo social se asocia a un mayor riesgo de padecimiento de determinadas patologías relacionadas, por ejemplo, con trastornos cardiovasculares, arterioesclerosis, trastornos mentales, peor salud psicológica, y alteración inmunológica. El aislamiento social y la consiguiente disminución del apoyo social también se han relacionado con la mayor mortalidad global, accidentes y suicidios (Martos & Pozo, 2011).

En cuanto a la identificación de quienes brindan este apoyo social, los pacientes crónicos usualmente definen a la pareja y a la familia como las personas que usualmente son el apoyo emocional durante el desarrollo de la enfermedad (Martos & Pozo, 2011).

Una de las conductas de salud en la que el apoyo social tiene una repercusión importante es la adherencia a las prescripciones terapéuticas, especialmente cuando nos referimos a pacientes crónicos. Un reducido o “inadecuado” nivel de apoyo social puede desembocar en una menor adopción de hábitos de vida saludables, entre los que se encuentra el cumplimiento de las recomendaciones médicas. En este sentido, se ha demostrado que el apoyo social percibido mantiene una relación positiva con la adherencia al tratamiento terapéutico en diversas enfermedades crónicas o de larga duración como la hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares, VIH y depresión (Martos & Pozo, 2011).

Así, se observan mejores resultados en la adhesión a la TARGA en aquellos pacientes que no encuentran barreras en el acceso a las clínicas, que tienen buena comunicación con los profesionales que los atienden y que se sienten más apoyados emocionalmente tanto para iniciar el tratamiento antirretroviral, como para continuar con el mismo. En general, se evidencia la relación entre el sentirse apoyado y los mejores resultados en la forma de enfrentarse a cualquier enfermedad sea aguda o crónica, debido quizá a que el apoyo social funcionaría como soporte de los estados de ánimo negativos. Asimismo, se observa un aumento en el uso y abuso de sustancias de aquellas personas que se enfrentan solas a sus problemas y que no se sienten apoyadas por su entorno más inmediato, o que sus diferencias económicas, sociales y de género pueden determinar el inicio del consumo de drogas, el mantenimiento o el abandono (Ladero, Orejudo & Carrobles, 2010).

En cualquier caso, la baja percepción de apoyo social de estos pacientes y el no tomar el tratamiento antirretroviral les pone en una situación de doble riesgo, sobre todo teniendo en cuenta que a medida que se progresa en la enfermedad factores psicológicos

como la depresión se convierten en pronósticos de una más rápida evolución de la misma (Ladero, Orejudo & Carrobles, 2010).

### *Métodos para evaluar y valorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*

A pesar del papel fundamental de la adherencia y la monitorización de la misma como aspectos imprescindibles en la atención de los pacientes con infección por VIH, aún quedan algunas cuestiones por resolver, como por ejemplo métodos a emplear, frecuencia necesaria, adaptación a la disponibilidad de recursos, y contexto en el que se aplica (ensayo clínico o práctica clínica habitual) (Knobel, 2002).

Una premisa debe ser tenida en cuenta: evaluar la adherencia de forma precisa no es sencillo. El sistema ideal para evaluar la adherencia debe permitir la evaluación en el momento y lugar en donde el paciente toma la medicación, poseer alta sensibilidad, alta especificidad, permitir una medida cuantitativa y continua de la adhesión, debe ser además fiable, reproducible y aplicable en diferentes situaciones y, por lo tanto, rápido y económico (Knobel, 2002).

Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en directos e indirectos. Los métodos directos están basados en parámetros bioquímicos cuantificables. La determinación de concentraciones plasmáticas de antirretrovirales es la única medida objetiva y específica de adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias de adherencia al tratamiento antirretroviral, pero su elevado coste y sofisticación limita su aplicación en la práctica clínica diaria. Además, si bien se han observado unos niveles de fármacos inferiores en los pacientes no adherentes y una buena correlación entre las concentraciones plasmáticas y los cuestionarios, se han encontrado

concentraciones consideradas adecuadas en un porcentaje importante de pacientes con una baja adherencia auto-referida (Sánchez, 2010).

En los últimos años se ha estudiado la detección de antirretrovirales en orina como posible método de medida de la adherencia, pero los datos disponibles son aún muy limitados. También se han utilizado algunos marcadores basados en cambios biológicos producidos por la medicación antirretroviral para evaluar la adherencia al tratamiento, pero su baja sensibilidad y especificidad limita su uso (Sánchez, 2010).

Los métodos indirectos no son totalmente objetivos y por tanto, menos fiables; sin embargo, son accesibles y de bajo costo. Entre ellos se encuentran:

- a) Valoración del profesional sanitario: La valoración de la adherencia de forma directa y subjetiva por parte de los clínicos es muy frecuente. Este sistema tiende a sobreestimar la adherencia a los tratamientos frente a otros métodos. La sensibilidad es muy baja, no identificándose a muchos pacientes no adherentes, por lo que no se recomienda su utilización (Sánchez, 2010).
- b) Sistemas de control electrónico: Los sistemas de control electrónico de apertura de envases tipo MEMS (Medication Event Monitoring System) o EDEM (Electronic Drug Exposure Monitor) son, hasta el momento, los métodos indirectos más objetivos y fiables para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con infección por VIH, pero actualmente su uso está prácticamente restringido al ámbito de la investigación clínica. Son dispositivos a modo de tapa que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase (Sánchez, 2010).

- c) Recuentos de medicación: Este método consiste en calcular la adherencia mediante la siguiente fórmula:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{No de unidades dispensadas} - \text{No de unidades devueltas}}{\text{No de unidades prescritas}} \times 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras enfermedades crónicas debido a su bajo coste y sofisticación, pero presenta importantes limitaciones cuando se aplica al cálculo de la adherencia al TAR, porque devolver la medicación sobrante es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales sanitarios. Además es una medida fácilmente manipulable por parte del paciente. Actualmente se considera un método aceptable, pero en combinación con otros (Sánchez, 2010).

- d) Cuestionarios: En la actualidad son unos de los métodos más utilizados, tanto por su sencillez como por su economía. El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro (Sánchez, 2010). Existe una escasa homogeneidad entre ellos y son muy subjetivos, aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia auto-referida y la eficacia antirretroviral (Sánchez, 2010).

*Intervenciones psicológicas en personas con VIH*

Solomon y Moods en 1964, al proponer una teoría que integraba las emociones, la respuesta inmune y el estado de salud (la enfermedad), ponían la semilla que más tarde sería abonada con los trabajos de Ader y Cohén sobre la aversión condicionada, dando como fruto la Psiconeuroinmunología (Kemeny, 2003). En el ámbito de la infección por VIH, los estudios de Kemeny (2003), demuestran la gran importancia de la interacción de variables psicológicas, endocrinas e inmunitarias en el pronóstico y la evolución de la enfermedad, sugiriendo que determinados factores psicológicos pueden potencialmente afectar al curso de la infección, tanto respecto a la aparición de problemas físicos y/o emocionales como a la respuesta inmunitaria o a la propia supervivencia.

Ulla y Remor (2002), señalan cómo tanto los aspectos comportamentales (estilos de vida) como los psicológicos (control del estrés y estrategias de afrontamiento) y sociales (apoyo social) pueden influir de manera importante en la progresión de la infección. Recientemente han sido destacados otros factores psicológicos en su influencia sobre la función inmune como por ejemplo: la depresión sobre la actividad de las células NK (natural killers), los linfocitos TCD8 , la carga viral y la mortalidad de las personas enfermas con VIH; la expresión emocional sobre la supervivencia a largo plazo de los enfermos; el estrés vital como factor independiente sobre el riesgo de neoplasias cervicales en mujeres con VIH; e incluso se ha tratado la influencia indirecta que sobre la función inmune puedan ejercer aspectos como las creencias religiosas y espirituales de los individuos.

De esta forma, la intervención psicológica será un aspecto que aumentará las posibilidades de mejora en la calidad de vida del paciente y disminuirá los riesgos físicos y

emocionales. El profesional en Psicología debe orientar y acompañar al paciente en el ajuste adecuado a las indicaciones terapéuticas, en la reorganización de los sistemas de actividad y en las modificaciones pertinentes en los hábitos de vida, para proporcionar al cuerpo los cuidados y protecciones necesarias (González, 2009).

La toma de decisiones vitales se convierte en un aspecto primordial. La planeación de un proyecto de vida después del VIH y a pesar de él, se convierte en el signo más contundente de mejoría. Ante la pregunta ¿qué haré ahora?, frecuentemente se observan dos estilos: una actitud de tristeza y desesperanza, en que el paciente no hace planes a largo plazo, en que piensa constantemente en su muerte y se muestra indiferente ante la vida y los demás. La otra reacción se caracteriza por una actitud más productiva en que el paciente encuentra en la enfermedad una oportunidad de vida, de reinicio, un momento de recapitulación y reflexión, que le recuerdan que está vivo, y que aunque en algún momento va a morir, comienza a hacer su vida más productiva y placentera (González, 2009).

Determinadas intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y a controlar sus problemas emocionales han conseguido reducir las enfermedades oportunistas e incrementar el número de linfocitos TCD4 (Ballester, 2005). En este sentido, es conocido el trabajo de KiecoltGlaser y Glaser (1992), en el que estos autores realizan una revisión de la literatura científica sobre la modulación de la función inmune a través de tratamientos psicológicos. En este artículo, los autores recogen evidencias de la eficacia de intervenciones consistentes en incrementar estrategias como la relajación, ejercicio físico, búsqueda de apoyo social, autoeficacia y también de programas cognitivo-comportamentales.

Más recientemente, Robinson (2002) ha informado de los efectos inmunitarios de un programa estructurado de ocho sesiones en el que se entrenaba a los enfermos a



enfrentarse a los estresores que impone la enfermedad y a otros estresores vitales. Tras el programa, se observaba una mejora global de la salud y una mayor actividad de las células NK en los pacientes.

McPherson, Malow, Penedo, Jones, Schneiderman y Klimas (2000), se dirigió a evaluar la eficacia de técnicas de consejo breve, pero en este caso el fin del programa era específicamente a la mejora de la adhesión al tratamiento antirretroviral, obteniendo una mayor adhesión terapéutica, menos infecciones oportunistas y menos ingresos entre los que recibieron la intervención, en comparación con un grupo control. Smith, Rublein, Marcus, Brock y Chesney (2003), también han aportado datos positivos acerca de la eficacia comparada con un grupo control de un programa de automanejo para mejorar la adhesión terapéutica que incluye el desarrollo de habilidades implicadas en la toma de medicación, tres visitas semanales para consultas relacionadas con la misma y el feedback mensual de la toma de medicación utilizando monitores electrónicos.

Frente a estos dos últimos programas, centrados en la mejora de la adhesión terapéutica, el programa cognitivo-comportamental de Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung y Li (2002), consiste en 12 sesiones de intervención grupal que incluyen el entrenamiento de estrategias para reducir la ansiedad, la depresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los resultados mostrados por los autores evidencian que los pacientes que recibieron este tratamiento mejoraron en términos de tensión ansiosa, depresión, estado de confusión y estado general de ánimo comparados con los pacientes del grupo control.

El programa de tratamiento grupal propuesto por Ballester (2003), consta de ocho sesiones que incluyen un componente educativo de información al paciente, estrategias cognitivas, entrenamiento en autoestima, relajación, solución de problemas, estrategias para el autocuidado (adhesión al tratamiento, hábitos de salud y prevención de reinfecciones) y

un último módulo de prevención de recaídas. En sus resultados se observaron cambios significativos tras el tratamiento en el grado de adhesión de los pacientes, variables clínicas relevantes como la ansiedad, depresión o la autoestima y en otros aspectos como el grado de hipocondría de los pacientes, su perturbación afectiva, irritabilidad, grado de interferencia de la enfermedad, apoyo social percibido y locus de control sobre la salud.

La mayoría de estas intervenciones cognitivo-conductuales están dirigidas al control intencional de cogniciones y emociones dolorosas relacionadas con el diagnóstico de VIH. La literatura científica ha encontrado reiteradamente que las estrategias encaminadas a librarse de los pensamientos incómodos llevan con frecuencia a resultados paradójicos, que consisten en el incremento en la tasa e intensidad de los pensamientos que tratan de evitarse (Barraca, 2011; Hooper, Saunders & McHugh, 2010). Moitra, Herbert y Forman (2011), afirman que las personas que tratan de ignorar o suprimir las tensiones de vivir con VIH corren el riesgo de empeorar en su estado psicológico e incumplir con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

A continuación se presentará un abordaje alternativo de dichas cogniciones y emociones, basado en un componente radicalmente diferente al “control intencional” propuesto por las intervenciones cognitivo-conductuales: la aceptación.

### *Aceptación y VIH*

Estrategias de control excesivo dirigidas a la supresión de las cogniciones y emociones valoradas de forma negativa, pueden llegar a ser problemáticas en tanto que responden a patrones evitativos de afrontamiento (Hooper, Saunders & McHugh, 2010). Para el caso de la población con VIH, dichos patrones están directamente asociados con

niveles pobres de adherencia y altos niveles de estrés psicológico (Moitra, Herbert & Forman, 2011).

Batten, Follete y Hayes (1997), afirman que los intentos de regular las experiencias privadas consideradas como negativas (sentimientos, pensamientos, etc.) hacen parte de la evitación experiencial. Tal proceso se presenta cuando una persona no está dispuesta a experimentar dichas experiencias privadas, y por consiguiente hace todo lo posible por cambiar su forma o frecuencia con la que se presentan.

La evitación experiencial a menudo lleva a la evitación conductual, proceso caracterizado por la evasión de tareas que probablemente conducen a experimentar eventos privados que se evalúan como negativos o no deseados. Para la población con VIH, los comportamientos evitativos podrían incluir no hacerse la prueba de diagnóstico o no recoger los resultados de la misma; todo esto con el objetivo de evadir sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad, vergüenza, tristeza, etc. (Batten, Follete & Hayes, 1997).

Desde el modelo de evitación experiencial, se puede afirmar que en la medida en que los individuos quieren evitar los pensamientos relacionados con su enfermedad, también evadirán comportamientos que se asocian con ser VIH-positivo, tales como el uso de condones o la toma de los medicamentos. Batten, Follete y Hayes (1997), compararon dos grupos de sujetos con VIH, uno que mantenía prácticas asociadas con sexo seguro mientras que el otro estaba compuesto por individuos que realizaban prácticas asociadas con sexo inseguro. Se encontró que los sujetos del grupo que mantenía prácticas asociadas con sexo inseguro estaban más propensos a estar deprimidos y a utilizar patrones de afrontamiento evitativos.

De esta forma, es evidente que estilos de afrontamiento evitativos tienen efectos desfavorables en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Moitra, Herbert y Forman (2011), sugieren que la falta de aceptación del diagnóstico y el miedo que produce el estigma social, limitan la apertura de los pacientes en relación con su enfermedad. Debido al temor de sentirse juzgados, muchos de ellos evitan discutir su situación actual, intentando suprimir pensamientos y sentimientos asociados con el VIH.

De acuerdo con el componente de aceptación, se propone que las personas renuncien a la lucha por controlar sus propios eventos privados, con el fin de poder centrarse en aquello que pueden hacer hoy para vivir la vida que valoran (Batten, Follette & Hayes, 1997). Así, trabajar desde la aceptación implica que el individuo entre en contacto con dichas experiencias subjetivas que considera negativas, al mismo tiempo que se derivan metas comportamentales de lo que considera importante y valioso en su vida (Hayes, Masuda, Sherk, Yadaivaia, Boulanger, Vilaradaga *et al.*, 2007).

Actualmente, varias terapias comportamentales han incluido dentro de su marco conceptual el componente de aceptación. Una de ellas es la terapia de aceptación y compromiso, a continuación se expondrán sus bases teóricas y elementos principales.

#### *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*

En los últimos años un nuevo grupo de terapias ha emergido desde la tradición conductual. Las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia del comportamiento y se diferencian con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en: (i) abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer orden; (ii) adoptan asunciones de corte más contextualista; (iii) utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias

de cambio de primer-orden o directas y, (iv) amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Cautilli, Riley-Tillman, Axelrod & Himeline, 2005; Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012; Hayes, Masuda, Shenk, Yadavaia, Boulanger, Vilaradaga, *et al.*, 2007; Mañas, 2007).

Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Cautilli, Riley-Tillman, Axelrod & Himeline, 2005; Hayes, Masuda, Shenk, Yadavaia, Boulanger, Vilaradaga *et al.*, 2007; Mañas, 2007).

Una de las terapias que conforma la tercera generación de terapias de conducta es la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT). Este tipo de intervención se encuentra sustentada en la Teoría de los Marcos Relacionales y el enfoque Contextualista-Funcional. De forma resumida, la Teoría de los Marcos Relacionales plantea que los seres humanos, al gozar de capacidad simbólica y justamente por medio de ella, pueden establecer marcos de equivalencia entre distintos estímulos y/o entre distintos eventos externos o internos (pensamientos, imágenes, sensaciones, sentimientos, etc.). En otras palabras, lo que se señala es que una persona puede reaccionar "igual que si estuviera ante el estímulo X (y también más que, o menos que, o en sentido opuesto a, etc.) una vez que se ha producido un aprendizaje operante generalizado que vincula dos o más estímulos de forma arbitraria. Existen distintas formas en que se puede establecer un marco de relación. Así, puede haber: 1.- Implicación mutua entre dos estímulos relacionados (si A entonces B, y si B entonces A); 2.- Implicación combinatoria

(si A está relacionado con B y B relacionado con C, entonces A está relacionado con C), y

3.- Transferencia o transformación de funciones (si A da miedo y luego se informa de que B es más intenso que A, entonces B dará más miedo que A). Esta serie de marcos de relación permite entender por qué los seres humanos con lenguaje exhiben respuestas iguales (o más o menos temerosas) ante estímulos distintos a los que se expusieron; y representa una explicación convincente para muchas reacciones emocionales y afectivas disfuncionales que son controladas por estímulos aparentemente no relacionados (hasta que se descubre su asociación arbitraria) con los estímulos originales (Barraca, 2007).

Por otro lado, ACT también se sustenta a partir del enfoque Contextualista-Funcional de los problemas psicológicos. Es decir, para una completa evaluación de las conductas humanas, es imprescindible: 1.- dirigir el foco de atención hacia todo el evento en su conjunto (claves contextuales), no sólo hacia los estímulos o las respuestas de forma discreta; 2.- ser sensibles al papel del contexto para comprender la naturaleza y la función del evento; 3.- adoptar un punto de vista pragmático: lo que se hace tiene que ser eficaz (es decir, el análisis de la conducta no es más verdadero o menos verdadero, sino más útil) y 4.- explicitar unas metas de forma muy precisa (si se adopta un "criterio de verdad pragmático), se vuelve imprescindible la clarificación previa de las metas) (Barraca, 2007).

#### *Teoría de marcos relacionales*

La teoría de los marcos relacionales (TMR) o Relational Frame Theory (RFT) es una teoría dirigida al análisis funcional del lenguaje y la cognición, y representa una continuación de las leyes establecidas en la investigación bajo el enfoque del análisis funcional del comportamiento, aunque supone un avance cualitativo. No es, pues, una ruptura, sino una continuación que amplía el conocimiento disponible sobre la emergencia

de nuevos comportamientos, ya que describe leyes que establecen las condiciones para la formación y la alteración de funciones vía procedimientos indirectos, frente a los conocidos y bien establecidos procedimientos directos del manejo de contingencias para el establecimiento y cambio de funciones reforzantes, aversivas, motivacionales, y discriminativas de aproximación y evitación (Rehfeldt, 2011; Luciano, Valdivia, Gutiérrez & Páez-Blarrina, 2006).

La TMR contempla el efecto de las contingencias, pero su foco de análisis es el lenguaje y la cognición concebidos como aprendizaje relacional. Se mantiene que el aprendizaje relacional es una operante caracterizada por permitir responder a un estímulo sobre la base de las relaciones que se hayan conformado en la historia personal entre dicho estímulo y otros sin elementos físicos comunes (Luciano, Valdivia, Gutiérrez & Páez-Blarrina, 2006). A continuación se expondrá de forma resumida algunos conceptos fundamentales para una mejor comprensión.

*Relaciones de estímulo bidireccionales:* De acuerdo con la TMR, una característica particular del lenguaje humano y la cognición es la bidireccionalidad que existe en las relaciones entre estímulos, lo cual es una contribución importante para el análisis conductual de los eventos privados. Entender el lenguaje humano como un proceso completamente unidireccional, implicaría dificultades al tratar de explicar por qué los individuos con problemas psicológicos usualmente evitan hablar sobre eventos dolorosos, aún sabiendo que hablar sobre dichos eventos no predice su ocurrencia en el futuro. De tal forma que, hablar sobre eventos traumáticos resulta complejizarse en la medida en que las relaciones bidireccionales entre las palabras y los eventos, permite que el reporte verbal adquiera varias de las funciones aversivas del evento traumático en si mismo (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh & Hayes, 2004).

*Redes relacionales:* Dentro de la TMR, la base para el análisis funcional de varios de los aspectos del lenguaje humano y la cognición, son las relaciones entre estímulos que en conjunto conforman una red relacional. Por ejemplo, cuando se le dice a una persona que un estímulo A es igual a otro estímulo denominado B, y que B es igual a un tercer estímulo C, entonces esa persona estará en capacidad de derivar una relación transitiva de equivalencia entre A y C (por ejemplo, A y C son iguales), siendo esta una muestra de una red relacional simple, que contiene relaciones de equivalencia entre A, B y C. Entonces, si se le dice a la misma persona que A es alto, estará en capacidad de derivar que B y C son altos, por encontrarse dentro de la misma red relacional y sin la necesidad de entrenamiento directo con los estímulos B y C (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh & Hayes, 2004).

*Respuestas relacionales derivadas:* El concepto de respuesta relacional derivada se explicará por medio del siguiente ejemplo. Si una persona se entrena de manera directa en estas relaciones: A es B y B es A, C es D y D es C, y E es F y F es E, teniendo en cuenta que en todos los casos ambas relaciones son reforzadas y que se utilizan múltiples ejemplares como los expuestos, según lo planteado en la TMR, al mostrarle a la misma persona otra relación del mismo tipo (por ejemplo X es Y) entonces estará en capacidad de derivar que Y es X sin necesidad de entrenamiento directo, lo que constituye una respuesta relacional derivada. De hecho, las contingencias operantes seleccionan patrones específicos de responder relacional en presencia de claves contextuales determinadas. Como resultado de lo anterior, el responder relacional se generaliza a estímulos novedosos en presencia de las claves contextuales apropiadas, lo que de acuerdo con la TMR, constituye un ejemplo de una clase operante generalizada (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh & Hayes, 2004).



Desde TMR se plantea que otros tipos de relaciones entre estímulos, como: más que, menos que, diferente de, opuesto a, también pueden ser explicados como conducta operante generalizada. Por ejemplo, cuando se le enseña a un niño a elegir el vaso con más jugo dando respuesta a la pregunta ¿cuál tiene más? Así como a elegir la caja más pequeña dando respuesta a la pregunta ¿cuál es más pequeña? En este caso, la respuesta adecuada está determinada en parte por la relación no arbitraria del tamaño físico entre los objetos. Sin embargo, con un entrenamiento apropiado en responder relacional, estas respuestas quedarán bajo el control de claves contextuales que son convencionales, más que de tipo formal o no arbitrario. Si a un niño se le enseña que A es más que B, entonces B es menos que A, y que C es más que D entonces D es menos que C y así sucesivamente con más ejemplares, cuando se le diga al niño que X es más que Y, se debe dar la respuesta relacional derivada, de Y es menor que X. En este caso, el responder relacional estaría bajo el control de las palabras “más que” o “menos que”, más que de la dimensión formal del estímulo. Cuando esto ocurre, el responder relacional puede ser aplicado de manera arbitraria a otros estímulos, aún cuando sus propiedades no arbitrarias (ej.: tamaño actual) no ocasionen el responder relacional (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh & Hayes, 2004).

*Familias de marcos relacionales:* Son muchas las diversas formas en que los eventos de estímulo pueden relacionarse entre sí, lo que significa que haya muchas clases específicas de marcos relacionales. Resulta útil clasificarlos en unas pocas categorías o familias. La lista no es exhaustiva, pero sirve para demostrar algunos de los marcos mas comunes y cómo pueden combinarse para establecer diversas clases de eventos (Vargas-Mendoza, 2006).

Coordinación: La relación es una de identidad, semejanza o similaridad: esto es (o resulta similar) a aquello. También se trata del marco al que se refieren la mayor parte de las investigaciones sobre equivalencia de estímulo. Buena parte del entrenamiento inicial que reciben los niños para desarrollar el lenguaje es de este tipo y probablemente es el primero que se abstrae lo suficiente, que su aplicación se vuelve arbitraria. Los marcos de coordinación establecen clases de equivalencia (el estímulo A es lo mismo que el estímulo B) e incluyen otras relaciones derivadas de similaridad o semejanza. Nombrar es un ejemplo de un marco de coordinación simple (“una copa es semejante a un vaso, porque los dos se llenan de líquido”) (Vargas-Mendoza, 2006).

Oposición: De la misma forma que la “similaridad”, esta clase de respuesta relacional se organiza con base en alguna dimensión especificada, sobre la cual se organizan los eventos (“bonito es lo opuesto a feo”, lo que es relevante solo en apariencia y no, digamos, en velocidad), pero como una respuesta relacional arbitrariamente aplicable, puede aplicarse aún cuando no se especifique una dimensión de relevancia. Por ejemplo, la lógica simbólica puede decir que A es lo opuesto de B. Un marco abstracto de oposición se observa en la lógica simbólica con el concepto de “negación” (Vargas-Mendoza, 2006).

La oposición normalmente se da después de la coordinación, por razón de complejidad: las relaciones vinculadas combinatoriamente en los marcos de oposición incluyen marcos de coordinación. Si caliente es lo opuesto de helado y frío es lo opuesto de caliente, entonces frío es igual que helado (Vargas-Mendoza, 2006).

Distinción: Distinción es la tercer familia de marcos relacionales, esta involucra las respuestas ante un evento en términos de sus diferencias con otro evento (generalmente respecto a una dimensión específica) (Vargas-Mendoza, 2006).

Comparación: La familia de los marcos relacionales comparativos abarca todos los casos en que se responde a un evento en términos de una relación con otro evento basada en una relación cuantitativa o cualitativa con él, a lo largo de una dimensión especificada. Existen varias instancias o subtipos de comparaciones (grande-pequeños, rápido-lentos, mejor-peor). Aunque cada subtipo necesita de su propia historia, la semejanza dentro de la familia permite un aprendizaje mas rápido de miembros sucesivos. Los diferentes miembros de esta familia de relaciones se definen en parte por las dimensiones sobre las que se aplica la relación (tamaño, atractivo, velocidad, etc.). Por ejemplo, “A es el doble de rápido que B y B es el doble de rápido que C”, ubica una especificación precisa de la relación entre los tres elementos de la red (Vargas-Mendoza, 2006).

Relaciones jerárquicas: Las relaciones jerárquicas son extremadamente importantes en el análisis del uso de relaciones verbales con propiedades abstractas del ambiente no arbitrario. Las relaciones “Todo-parte” o “atributo de” son jerárquicas y cuando son aplicadas al ambiente no arbitrario, delinear características físicas abstractas dentro de redes relacionales, permitiendo el empleo de estas nuevas propiedades abstractas como señales verbales relacionales y como eventos relacionados verbalmente. En esto consiste el proceso que posibilita a la conducta verbal humana tener implicaciones prácticas conforme se aplica de manera no arbitraria al ambiente natural (Gil, Luciano & Ruíz, 2010; Gil, Luciano & Ruíz, 2011; Gil, Luciano, Ruíz & Sánchez, 2009; Gil, Luciano, Ruíz & Valdivia-Salas, 2012; Vargas-Mendoza, 2006).

Relaciones temporales: Los marcos relacionales temporales también comparten el mismo patrón básico de un marco comparativo. Merecen una descripción separada debido a su importancia y a la naturaleza única de la dimensión física de la relación arbitrariamente aplicable. En un sentido no arbitrario, lo que subyace al “tiempo” es meramente el cambio.

El cambio siempre es unidireccional, del ahora a un nuevo ahora, nunca al revés. Los organismos no verbales son exquisitamente sensibles a las secuencias de cambios (tales secuencias son la base de las contingencias de reforzamiento, por ejemplo), pero el abstraer la dimensión física en la que tienen lugar los arreglos temporales/causales, es una acción verbal de alto nivel (Vargas-Mendoza, 2006).

Relaciones espaciales: Un gran número de relaciones tienen que ver con arreglos de objetos o aspectos de estos objetos en el espacio, en relación de unos con otros, como dentro-fuera, enfrente-atrás, sobre-bajo, etc. Estas relaciones espaciales son como las relaciones comparativas, aunque frecuentemente implican o especifican marcos de referencia que las hacen bastante específicas (Vargas-Mendoza, 2006).

Condicionalidad y causalidad: La condicionalidad y la causalidad comparten características tanto con las relaciones jerárquicas como con las relaciones comparativas. Por ejemplo, si un oyente escucha "A es la causa de B y B es la causa de C", puede simplemente derivar, mediante un marco de comparación, que "A es la causa de C y que C es causado por A". Hay involucramiento de la membresía de clases jerárquicas, sin embargo, si el oyente deduce que "B es causado solo por A, pero que C es causado tanto por A como B". Es decir que el oyente construye una jerarquía precisa de relaciones causa-efecto y de ahí tal respuesta relacional se extiende más allá del marco básico de comparación. El mismo tipo de análisis se puede aplicar a relaciones condicionales del tipo "si,... entonces". La causalidad en sí misma no es una dimensión física (Vargas-Mendoza, 2006).

Relaciones Deícticas.- Por relaciones deícticas queremos decir aquellas que especifican una relación en términos de la perspectiva del orador, tales como izquierda-derecha, yo-tú (y todos sus correlatos como "mío"), aquí-allá y ahora-entonces (Barnes-

Holmes, McHugh & Barnes-Holmes, 2004; McHugh, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart & Dymond, 2007; McHugh, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Whelan & Stewart, 2007; Vargas-Mendoza, 2006; Vilaradaga, Estévez, Levin & Hayes, 2012; Weil, Hayes & Capurro, 2011).

Los marcos que dependen de la perspectiva no pueden rastrearse a dimensiones formales en el ambiente. En lugar de ello, la relación del individuo y otros eventos funcionan como variable constante sobre la cual se basan estos marcos. Para el establecimiento de estos marcos relacionales, parece resultar crítico aprender a responder apropiadamente (o a preguntar), cuestiones como las siguientes: ¿qué es lo que estas haciendo en este momento? ¿y entonces, qué fue lo que hiciste? ¿qué haces aquí? ¿qué haces ahí? ¿y ahora qué hago? ¿y entonces, qué hice? ¿qué hago aquí? ¿qué haré allá? Cada vez que estas cuestiones se pregunten o se respondan, es probable que el ambiente físico sea diferente. La única constante es la propiedad relacional de “yo vs. tú”, “aquí vs. allá” y “ahora vs. entonces”. Parece que estas propiedades se abstraen mediante el aprendizaje que implica hablar desde nuestra perspectiva, en relación con otras perspectivas (Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Luciano, 2013; Gore, Barnes-Holmes & Murphy, 2010; Vargas-Mendoza, 2006).

De esta forma, teniendo claridad en la propuesta que se hace desde la teoría de marcos relacionales, se puede afirmar que la terapia de aceptación y compromiso basada en dichos principios intenta establecer control contextual sobre la utilidad del lenguaje. Su objetivo es reducir el impacto de los contextos verbales de literalidad, evaluación, dar razones y del control, en situaciones donde es más provechoso el contacto con la experiencia directa, ya que este tipo de contextos modulan la interacción de los individuos

con las contingencias (Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs & Spinhoven, 2013; Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Luciano, 2013; Gómez, López & Mesa, 2006).

Así, el énfasis de la terapia de aceptación y compromiso es el debilitamiento de los aspectos de literalidad del lenguaje, resaltando el contacto con el presente, es decir, con las contingencias directas que retroalimentan el comportamiento de los individuos de manera que se pueda dar un comportamiento flexible de acuerdo a las características particulares del contexto y las contingencias que operan en dicho contexto (Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs & Spinhoven, 2013; Gómez, López & Mesa, 2006).

### *Componentes de la terapia de aceptación y compromiso*

#### Aceptación

Hayes, Pistorello y Levin (2012), afirman que la aceptación es entrar en contacto con las funciones de estímulo automáticas o directas, sin actuar con el fin de reducirlas o manipularlas. Operacionalmente, la aceptación es definida como un cambio en la conducta que involucra el contacto con un estímulo que previamente evocaba aversión.

La aceptación implica entrar en contacto con experiencias internas que el sujeto describe como desagradables; ésta es una acción, no una actitud ni una opinión. Este componente es diferente a la tolerancia ya que es visto como una elección e implica una actitud más amable hacia la experiencia interna (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010; Twohig, 2012).

Se ha evidenciado que algunos intentos por suprimir pensamientos y sentimientos desagradables usualmente crean un mayor nivel de sufrimiento. El principio general del componente de aceptación no se basa en que es imposible suprimir, evitar, o atacar la fuente de estimulación aversiva; al contrario, el hacerlo produce un efecto rebote que

desencadena un mayor nivel de sufrimiento. De esta forma, la aceptación está dirigida a aumentar el contacto con dicha estimulación aversiva, pues esto no sólo disminuye el sufrimiento causado por la evitación, sino que también sitúa a la persona en la posibilidad de verse afectada por otras contingencias disponibles, hecho que permite el moldeamiento de comportamientos más eficaces (Cordova, 2001).

Además, si uno de los intentos principales del sujeto es reducir el estrés psicológico, habrá un menor esfuerzo dirigido a realizar comportamientos orientados a sus valores (es decir, comportamientos dirigidos a incrementar la frecuencia del reforzamiento positivo y a mejorar la calidad de vida a lo largo del tiempo) (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011).

#### Defusión cognitiva

El propósito de la defusión cognitiva es el de ayudar a los clientes que se encuentran atrapados en el contenido de su propia actividad cognitiva a “defusionarse” del significado literal de los pensamientos y en su lugar, estar más al tanto del pensamiento como actividad, en su acontecer, como un proceso relacional que se ubica, tanto histórica como situacionalmente (Vargas-Méndoz, 2011). Lo contrario a la defusión cognitiva es la fusión cognitiva, que es donde se toman literalmente las experiencias internas y ejercen una gran influencia sobre las propias acciones (Twohig, 2012).

Este componente se basa en la teoría funcional contextual del lenguaje y la cognición denominada Teoría de los Marcos Relacionales. De acuerdo con este enfoque, los pensamientos adquieren su significado literal y muchas de sus funciones emotivas y de regulación conductual debido a que la comunidad socio-verbal establece un contexto en el que los símbolos se relacionan mutuamente con otros eventos y tienen funciones basadas en

esas relaciones (Luciano, Ruiz, Vizcaíno, Sánchez, Gutiérrez & López, 2011; Vargas-Méndoza, 2011).

De esta forma, las técnicas de defusión cognitiva intentan alterar las funciones indeseables de los pensamientos y otros eventos privados, en vez de intentar alterar su forma, frecuencia o sensibilidad situacional, resaltando de forma enfática la fusión entre el lenguaje evaluativo y descriptivo (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011).

### Yo como contexto

Para la teoría de marcos relacionales existen tres diferentes sentidos del “yo”: yo como contenido, yo como contexto y yo como proceso. Cuando se adopta el yo como contenido, la persona cree que su “yo” es equivalente al contenido de sus pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones físicas. En otras palabras, aspectos de lo que se está pensando, sintiendo y recordando son vistos como características que definen el “yo” (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011; Foody, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2012).

Las estrategias para desarrollar el yo como contexto son usadas en ACT para ayudar a contrarrestar la fusión que caracteriza al yo como contenido y facilitar las acciones orientadas hacia los valores. En su forma más simple, un sentido del yo como contexto define el yo como la parte estable, siempre presente, que da cuenta de los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones que ocurren de forma transitoria. Cuando se adopta un sentido de yo como contexto, significa que la persona comprende que su yo no se define como los diversos pensamientos, sentimientos y sensaciones que se experimentan, sino más bien como la persona que tiene o nota dichas experiencias (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011; Foody, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2012; Luciano, Valdivia & Ruíz, 2012).



## Contacto con el momento presente

Desafortunadamente, una de las barreras más importantes que impide tener contacto con el momento presente es pensar de forma recurrente sobre el pasado o el futuro, lo que es facilitado por el lenguaje y la manera cómo aprendemos a funcionar relacionadamente en un tiempo verbalmente construido en tanto físicamente siempre estamos aquí y ahora. Hablar del pasado es dar cuenta de eventos que permiten aumentar la descripción de variables que controlaron la conducta y probabilísticamente podrían controlarla actualmente (sin que necesariamente sean las mismas que están operando en este momento) y hablar del futuro es hablar de variables probables que bajo ciertas condiciones podrían controlar la conducta pero que en ninguno de los casos se encuentran físicamente presentes o disponibles en el ambiente necesariamente (Carrasco, 2003; Cautilli, Riley, Axelrod & Hineline, 2005).

En algunas ocasiones pensar sobre lo ocurrido o lo que probablemente ocurrirá puede generar sentimientos de culpa, miedo, tristeza, vergüenza, ansiedad, ira, etc. Si la persona centra todos sus esfuerzos en eliminar o modificar las funciones aversivas de dichas experiencias, su conducta dejará de ser efectiva en las situaciones que se presentan momento a momento (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010; Flaxman, Blackledge & Bond, 2011; Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs & Spinhoven, 2013).

Por el contrario, si un individuo está en la capacidad de identificar que algunas acciones que realiza son castigadas o reforzadas en cierto tipo de contextos, podrá discriminar cuáles son efectivas o inefectivas para tales situaciones. Dicha identificación implica observar los comportamientos en el momento en el que ocurren, proceso que facilita mecanismos de aprendizaje y cambio conductual. De esta forma, la falta de contacto con el momento presente puede causar problemas relacionados con la pérdida de

oportunidades de aprendizaje o con responder de forma inefectiva a las situaciones de estímulo actuales (Flaxman, Blackledge & Bond, 2011).

## Valores

Gracias al comportamiento verbal, los humanos guiamos nuestra conducta no sólo por las consecuencias directamente experimentadas, sino también por las consecuencias verbalmente construidas como valores a través de procesos derivados (Hayes, Masuda, Shenk, Yadavaia, Boulanger, Vilardaga *et al.*, 2007; Páez, Gutiérrez, Valdivia & Luciano, 2006).

Existen diferentes clases de consecuencias construidas verbalmente, incluidas las metas concretas y los valores (Hayes, Masuda, Shenk, Yadavaia, Boulanger, Vilardaga *et al.*, 2007). Las metas u objetivos son eventos deseados específicos, cosas que pueden o no obtenerse; cuando las metas son alcanzadas en cierto modo se completan, por ejemplo, un ascenso en el trabajo, la consecución de un título académico, casarse, etc. No obstante estas metas están al servicio de direcciones vitales de más largo alcance. En el caso de un trabajo, éste puede contribuir al bienestar y la calidad de vida de la persona, a sentirse realizado profesionalmente; el casarse podría ir en la dirección de sostener, desarrollar y profundizar una relación de compromiso, amor e intimidad (Páez, Gutiérrez, Valdivia & Luciano, 2006).

Así pues, desde ACT se definen los valores como estas direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente. Los valores pueden alcanzarse a partir de la conducta pero nunca pueden ser conseguidos como un objeto. La calidad de vida, la realización personal o el desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente, no son tareas que se acaben en algún momento, sino

que siempre se podrá tener una mejor calidad de vida, crecer profesionalmente o enriquecer una relación (Páez, Gutiérrez, Valdivia, Luciano & 2006).

Como los valores no tienen fin, están siempre presentes como horizonte, trasfondo o marco del comportamiento y por eso son tan útiles: están siempre disponibles para dar un sentido al comportamiento, impregnar las acciones de dirección y propósito, aportar vitalidad a la conducta momento a momento. Los valores, el sentido de las elecciones que se realizan, transforman las funciones motivacionales del comportamiento, permitiendo su coherencia y flexibilidad (Páez, Gutiérrez, Valdivia & Luciano, 2006; para revisar otras implicaciones de la flexibilidad psicológica o relacional puede revisarse con más detalle O'Toole, Barnes-Holmes, Murphy, O'Connor & Barnes-Holmes, 2009).

Dado que todo comportamiento humano está impregnado de funciones verbales, generalmente las elecciones se realizan de forma conjunta con una serie de razones verbales concurrentes; por ejemplo, formulaciones verbales sobre las causas y los efectos, razones para no elegir otra alternativa, justificaciones, verbalizaciones sobre pros y contras, etc. Si la elección sobre lo que se va a hacer o lo que se está haciendo se relaciona con y es explicada en términos de estas razones, entonces la elección es un juicio. Si la persona en presencia de este tipo de verbalizaciones simplemente elige hacer un curso de acción con esas razones y no por esas razones, estamos hablando de una elección. En este sentido especial, tomar una dirección valiosa es una elección (y no un juicio). Si bien se puede afirmar que los valores son entidades abstractas, estos se materializan en metas y objetivos concretos, que a su vez requieren de acciones específicas para avanzar hacia ellos. Es por esto que en ACT valorar no es creer, pensar o desear, en ACT valorar es actuar (Páez, Gutiérrez, Valdivia & Luciano, 2006).

## Compromiso

El componente de compromiso se desarrolla cuando el individuo realiza de forma más frecuente comportamientos o acciones relacionadas con sus valores. Con el desarrollo de este proceso, el sujeto estará en capacidad de reconocer algunas estrategias de acción que de forma más probable lo pondrán en contacto con aquello que ha identificado valioso para su vida (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010; Flaxman, Blackledge & Bond, 2011; Hayes, Masuda, Shenk, Yadavaia, Boulanger, Vilardaga, *et al.*, 2007; Hayes, Pistorello & Levin, 2012).

De acuerdo con la revisión anterior con respecto a la literatura, sobre el tema general de la tesis y la propuesta de intervención desde la aceptación, se evidencia que la adherencia al tratamiento antirretroviral es un aspecto fundamental en el control del VIH, que además se encuentra influenciado de forma significativa por distintas variables de tipo psicológico que pueden facilitar o dificultar este proceso crucial para el manejo de la enfermedad y la mejora del bienestar psicológico general de los pacientes con VIH.

A continuación se presentan los aspectos metodológicos que se tuvieron en cuenta, los resultados de la intervención en tres pacientes y el análisis de sus implicaciones a la luz de la literatura relevante en el apartado de discusión.

## Aspectos Metodológicos

### *Objetivo general*

Describir los efectos que se evidencian en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH, luego de la aplicación de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

### *Objetivos específicos*

1. Caracterizar los repertorios de evitación de eventos privados derivados del diagnóstico de la enfermedad.
2. Describir las conductas que caracterizan los procesos de adherencia al tratamiento antirretroviral.
3. Identificar los patrones conductuales que los pacientes han adoptado para afrontar el diagnóstico del VIH a lo largo de su historia y en relación con la aplicación de la intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.

### *Diseño*

Se siguió un diseño de caso único A-B con seguimiento; la fase A implicó una serie de observaciones de la línea de base para registrar la frecuencia natural de las conductas objeto de estudio (todos aquellos comportamientos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral) de los pacientes diagnosticados con VIH. En la fase B se introdujo la variable de tratamiento (terapia de aceptación y compromiso) y por medio de registros diarios se detectaron los cambios en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

La fase de seguimiento tuvo como objetivo detectar y evaluar si los cambios derivados de la aplicación de la terapia psicológica fueron consistentes en el tiempo. Esta etapa se inició al mes de haber terminado la aplicación de la terapia, y tuvo una duración de una semana en la que nuevamente se tomaron datos diarios de los comportamientos relacionados con adherencia.

Se eligió este tipo de diseño porque permite visualizar los cambios que ocurren en la medición continua de los comportamientos luego de la introducción de la variable independiente, es posible la realización de comparaciones entre los participantes.

#### *Definición de variables*

##### *Variable Dependiente*

##### *Adherencia al tratamiento antirretroviral:*

En el estudio realizado por Varela, Salazar, y Correa (2008), se plantea que la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad.

La adherencia al tratamiento, por tanto, debe considerarse como una serie de conductas que lleva a cabo el paciente en su vida diaria. Para el presente estudio se midieron los siguientes comportamientos como indicadores de adherencia: tomar los medicamentos antirretrovirales en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis prescritas; asistir a las citas médicas programadas; realización de exámenes médicos como por ejemplo CD4, carga viral,

exámenes de sangre, etc.; hacer ejercicio en forma regular; alimentarse saludablemente; presencia o ausencia de estados emocionales como el estrés y la tristeza; consumo de alcohol, cigarrillo y/o drogas; utilizar métodos de protección al momento de tener relaciones sexuales, autoobservar el cuerpo para descubrir si hay cambios, informar al médico o a la enfermera sobre algún cambio en el cuerpo, cepillarse los dientes, bañarse, descansar durante las horas de sueño, y número de horas de sueño en comparación con horas de actividad.

Los comportamientos que indican adherencia al tratamiento antirretroviral fueron monitoreados con un registro diario que los participantes diligenciaron durante las semanas de evaluación, intervención y seguimiento. Dicho registro fue elaborado a partir de la revisión de la literatura y de la definición que los autores proponen sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral.

#### *Variable Independiente*

##### *Intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):*

La Terapia de Aceptación y Compromiso se caracteriza por adoptar asunciones de corte más contextualista; utiliza estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas y, amplía y modifica de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Mañas, 2007).

Esta terapia no se centra en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focaliza en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Mañas, 2007).

Dentro de la intervención psicológica se tuvieron en cuenta los siguientes componentes: aceptación, yo como contexto, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, valores y compromiso, los cuales se trabajaron de acuerdo con las fases que desde ACT se propone (desesperanza, aceptación, valores y acciones comprometidas). Es importante mencionar que durante el proceso de intervención se hizo énfasis en aquellas fases que funcionalmente podían ser más importantes para los casos clínicos.

### *Participantes*

Inicialmente se contactó a tres (3) personas que vivían en las instalaciones de una fundación encargada de brindar atención integral a población VIH. Se inició proceso con todos, sin embargo uno de ellos fue retirado de la institución en la mitad del proceso de intervención. Posterior a su retiro él decidió viajar fuera de Bogotá, situación que impidió la finalización del tratamiento.

A lo largo de la intervención con los dos participantes restantes, uno de ellos fue trasladado a una de las sedes fuera de Bogotá. A pesar de esto, la intervención pudo ser concluida de forma exitosa con ambos. Para la integración del tercer participante, uno de los usuarios perteneciente a la sede fuera de Bogotá manifestó de forma voluntaria su interés por participar.

Los participantes fueron elegidos a conveniencia, siguiendo los siguientes criterios de inclusión: hombres/mujeres que hayan sido diagnosticados con VIH, que previamente hayan iniciado el tratamiento antirretroviral, cuyas edades se encuentren en el rango de 30 a 60 años, que no presenten desorden mental severo o comorbilidades asociadas con trastornos psiquiátricos, síndrome orgánico cerebral, y que actualmente no asista a un



proceso psicoterapéutico en el que se trabaje el tema de adherencia al tratamiento antirretroviral.

En la tabla 1 se describen de forma detallada los datos socio-demográficos de los participantes.

Tabla 1. *Datos socio-demográficos de los participantes*

Participante	Género	Edad	Estado civil	Tiempo de diagnóstico	Tiempo de vinculación con la fundación
1	Masculino	47 años	Soltero	6 años	1 año
2	Masculino	53 años	Soltero	1 año	6 meses
3	Masculino	47 años	Soltero	2 años	1 año

### *Instrumentos*

Para la medición de la variable dependiente se utilizó el *Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA [CAT-VIH]* de Salazar, Varela y Correa (2008). (Apéndice A)

El CAT-VIH constituye una versión adaptada del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en mujeres con VIH/SIDA [CAT M-VIH] (Varela, Salazar, Correa, Duarte, Tamayo y Salazar, 2008), el cual fue construido y validado para mujeres con VIH/SIDA de la ciudad de Cali, Colombia. Las propiedades psicométricas analizadas fueron la validez de contenido, la capacidad de discriminación de los ítems, la estructura factorial como

indicador de validez de constructo y la fiabilidad. A pesar de que el instrumento se construyó inicialmente para mujeres, Salazar, Varela y Correa (2009), afirman que éste puede ser usado para hombres y mujeres, es decir, no se encuentran indicaciones de uso exclusivamente para población femenina.

El cuestionario está conformado por 17 ítems en los que se evalúan cuatro factores: a) adherencia a aspectos farmacológicos; b) adherencia a aspectos no farmacológicos y de autocuidado; c) adherencia a comportamientos para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS); d) adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas. Cuenta con unas propiedades psicométricas preliminares aceptables, entre ellas, una adecuada fiabilidad ( $\alpha=0.634$ ) y una buena estructura interna. Los ítems que lo componen presentan adecuados índices de discriminación y pertinencia a nivel clínico (Varela, Salazar, Correa, Duarte, Tamayo & Salazar, 2008).

En el nivel teórico, el CAT-VIH aporta a la evaluación de la adherencia al tratamiento como un constructo complejo, que aborda indicadores de conductas que incluyen no sólo la toma de medicaciones antirretrovirales, sus horarios y dosis, sino también otros relacionados con la asistencia a citas y exámenes médicos, la realización de ejercicio físico, la alimentación saludable, el manejo de las emociones que interfieren en el estado inmunológico, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, el uso de métodos para prevenir el contagio de ITS (por ejemplo, el uso correcto de preservativos), la autoobservación del cuerpo y el cuidado de sí mismo. Todos estos aspectos hacen parte del tratamiento integral que necesitan no sólo las mujeres, sino en general los pacientes con VIH/sida (Varela, Salazar, Correa, Duarte, Tamayo & Salazar, 2008).

También se creó un *auto-registro* de conducta dirigido a identificar de forma diaria la presencia o ausencia de comportamientos que indican adherencia al tratamiento

antirretroviral. Dicho auto-registro fue utilizado durante tres (3) semanas para el proceso de evaluación, cuatro (4) semanas para la fase de intervención, y una (1) semana para la fase de seguimiento (Apéndice B).

Finalmente, se utilizó la *Guía de Formulación de caso clínico* realizada por Muñoz y Novoa-Gómez (2010), instrumento que permitió establecer relaciones entre la información recolectada de los participantes y los supuestos teóricos de la perspectiva conductual (Apéndice C).

### *Procedimiento*

#### Fase I: Contacto con la población

La fundación fue contactada por medio de la doctora encargada de los cuidados médicos de la población. Se tuvo una reunión en la que de forma verbal y escrita se le habló del proyecto, informándole sobre el diseño, la importancia, la intervención psicológica y los procedimientos éticos de la investigación. Posteriormente, se contactó a la coordinadora de una de las sedes ubicadas en Bogotá, a quien también se le informó sobre los aspectos más importantes del estudio.

Luego, en una reunión con los usuarios de la institución se les informó sobre el proyecto y se inició intervención con las personas que voluntariamente decidieron participar, explicándoles de forma detallada el proceso de investigación por medio del consentimiento informado (Apéndice D).

## Fase II: Evaluación

Esta fase consistió en la evaluación idiográfica de cada caso, en la que por medio de entrevistas se identificó el motivo de consulta y se recolectó información a partir de las categorías propuestas en el modelo de formulación clínica de Muñoz y Novoa-Gómez (2010). Se indagaron aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tales como hábitos o rutinas que el participante realizaba en su vida cotidiana, comprensión sobre lo que para él significaba el concepto de adherencia y recomendaciones de los profesionales de la salud asociadas a dicho aspecto.

Adicionalmente, se aplicó el CAT-VIH y se explicó la utilidad y uso del auto-registro diario relacionado con comportamientos de adherencia. Dicha información fue utilizada para la construcción de la línea de base.

La fase de evaluación estuvo compuesta por cuatro (4) sesiones que se realizaron una vez por semana y tres (3) semanas más en las que se tomaron medidas para la realización de la línea de base. En principio, se realizaron tres sesiones que estuvieron orientadas a la recolección de información, posteriormente se tomó línea de base durante tres semanas, y la última sesión estuvo dirigida a retroalimentar la formulación de caso y comunicar los resultados del CAT-VIH. Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos aproximadamente.

## Fase III: Intervención

La fase de intervención estuvo compuesta por siete (7) sesiones. Éstas se realizaron de acuerdo con las fases que desde ACT se propone (desesperanza creativa, aceptación, valores y compromiso) teniendo en cuenta cada uno de los procesos que componen la terapia. Inicialmente estaban programadas para ser aplicadas una vez por semana con una

duración de aproximadamente (60) minutos cada una. Sin embargo, debido a dificultades de tiempo para la realización de la investigación y algunos traslados de los participantes a sedes ubicadas fuera de Bogotá, las sesiones fueron distribuidas de tal forma que en un encuentro semanal se trabajaban dos componentes de la intervención, es decir, cada sesión tuvo una duración de ciento veinte (120) minutos aproximadamente, sesenta (60) minutos para el trabajo de cada componente. De esta forma, se aseguró el cumplimiento en tiempo, tema y actividad para cada uno de los participantes.

En cada encuentro se le pedía al participante el auto-registro de la semana anterior y se le daba uno nuevo para ser diligenciado. Las sesiones fueron divididas de acuerdo a los componentes y fases guía de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), y para cada una de ellas se planearon unos objetivos y actividades (Apéndice E).

#### Fase IV: Seguimiento

Al mes de haber finalizado la intervención se contactó a los participantes para realizar una semana de toma de datos por medio del auto-registro, y se aplicó nuevamente el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA [CAT-VIH] con el fin de comparar los resultados arrojados antes y después de realizada la intervención psicológica.

Cabe mencionar que aunque se sugiere realizar seguimiento en tres puntos distintos de tiempo (al mes, luego a los tres meses y finalmente a los seis meses) con el objetivo de asegurar la adecuada revisión de la estabilidad de los datos, el seguimiento a los tres y seis meses no se realizó debido al tiempo límite con el que se contaba para finalizar la investigación. Sin embargo, la medición al mes se hizo durante siete (7) días para poder observar y analizar la estabilidad de los cambios. Es importante mencionar que el

seguimiento a los tres y seis meses se realizará posteriormente vía telefónica para cumplir de forma adecuada con esta fase de seguimiento.

#### Fase V: Análisis de datos

Tras la recogida de los datos, se realizaron análisis comparativos con el fin de determinar qué tipo de efectos tuvo la aplicación de la terapia psicológica en la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes diagnosticados con VIH. El análisis de estos resultados se realizó por medio de la observación de medidas repetidas obtenidas de los sujetos, es decir, por medio de inspección visual. Adicionalmente, se compararon los resultados obtenidos de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento, con el objetivo de contrastar los puntajes obtenidos antes y después de la intervención.

#### *Consideraciones Éticas*

Dado que la presente investigación comprendió el desarrollo de acciones que contribuyen al conocimiento de procesos psicológicos en seres humanos, a continuación se detallan los aspectos éticos que fueron tenidos en cuenta:

-Fue una investigación que se ajustó a los principios científicos y éticos de la disciplina psicológica. Se fundamentó en el conocimiento acumulado bajo el más estricto rigor metodológico.

-Fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, buscando el bienestar de los participantes de investigación.

-Los participantes fueron completamente informados del estudio por medio del consentimiento informado, explicándoles de forma clara y completa los siguientes aspectos:

La justificación y objetivos de investigación.

Los procedimientos a utilizarse y su propósito.

Los riesgos esperados.

Los beneficios que podían obtenerse.

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda durante el proceso.

La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios en su contra.

El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.

La disponibilidad de tratamiento psicológico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de los responsables de la investigación, en caso de daños causados por la investigación, así como la remisión a centros de atención especializado en caso que sea requerido.

La protección de la privacidad de los sujetos de investigación, identificándolos sólo cuando los resultados lo requieran y ellos los autoricen.

## Resultados

En este apartado se presentan de forma detallada los resultados obtenidos durante las fases de evaluación (línea de base), intervención y seguimiento. En primera medida, se expone información relevante que permite la comprensión funcional de cada uno de los casos (motivo de consulta, unidad de análisis, hipótesis explicativa).

Luego, se exponen las figuras que muestran los datos que se obtuvieron a partir de las medidas continuas, los cuales se tomaron de la aplicación diaria del auto-registro durante las tres (3) fases de la investigación. Dichas figuras serán divididas por comportamientos relevantes para la adherencia al tratamiento antirretroviral, de modo que en cada una se pueda observar la comparación entre participantes.

Posteriormente, se exponen los puntajes obtenidos de la aplicación del CAT-VIH de cada uno de los participantes, instrumento que se utilizó en la fase de evaluación y en la fase de seguimiento.

### *Participante 1*

#### *Descripción general*

Hombre de 47 años de edad, procedente de Santa Marta, quién ingresa a la fundación hace un año. Recibe el diagnóstico de VIH positivo hace aproximadamente seis años. Tiene cuatro hermanos hombres, dos mayores y dos menores. Su padre muere hace seis años y su madre hace diez. Afirma que algunos fines de semana se ve con sus hermanos, sin embargo, la mayoría de las veces prefiere quedarse en las instalaciones de la fundación.



Describe que con su padre la relación fue distante, por el contrario con su madre fue mucho más amorosa y cercana. Con sus hermanos mayores siempre ha habido una relación poco cercana, en cambio con uno de sus hermanos menores la relación se ha caracterizado por el apoyo incondicional.

Afirma que desde pequeño le comenzaron a gustar los hombres y siempre soñó con hacer parte de una comunidad religiosa. Dice que nunca entró porque sabía que por su condición homosexual lo rechazarían. A los 19 años tuvo su primer encuentro sexual con un hombre, el cual fue esporádico y se limitó únicamente a la relación sexual. Luego tuvo una pareja con la que duró seis meses; al respecto dice que esto fue un “infierno” para él, pues tenía que esconderse de su familia y mentir todo el tiempo. Por esta razón, decidió terminar su relación y recuerda que usualmente pasaba lo mismo con los hombres con quienes quería que fueran su pareja.

En cuanto al área escolar, recuerda que luego de terminar el colegio en Santa Marta, decidió ir a Bogotá a estudiar psicología. Cursó un semestre pero no le gustó la carrera así que decidió iniciar comunicación social y periodismo. Cursó cinco semestres pero tampoco fue de su agrado así que decidió iniciar publicidad y comunicación visual. Esta carrera la terminó a pesar de que no le gustaban algunos aspectos como por ejemplo mentir maquillando productos publicitarios.

Refiere que nunca trabajó en lo que estudió. Mientras vivió con su tía trabajó vendiendo periódicos, aunque refiere que fue un trabajo esporádico y que nunca ha tenido uno estable. Actualmente, caracteriza su red de apoyo como débil, pues no tiene amigos ni pareja. No trabaja y dice que no tiene una estabilidad económica.

Hace seis años comenzó a enfermarse. En ese momento los médicos le dijeron que tenía toxoplasmosis y es allí cuando recibe el diagnóstico de VIH positivo. En ese momento

uno de sus hermanos le habla sobre la fundación con la que actualmente se encuentra vinculado y él decide ingresar para evitar ser una carga para su familia.

#### *Motivo de Consulta*

El proceso se inicia por voluntad del consultante quien refiere: “mi condición homosexual pelea con mi religión y eso me perturba”. El consultante reporta que durante toda su vida ha estado en un dilema frente a su religión y su condición homosexual. Cree que ambas características (ser religioso y ser homosexual) hacen parte de él, pero que en algunos contextos debe esconder su homosexualidad (por ejemplo cuando está hablando con un sacerdote), situación que le molesta y le da tristeza porque le gustaría poder ser el mismo en todos sus contextos.

Se describe como una persona religiosa, y reporta que cuando piensa en temas cristianos es cuando aparecen los sentimientos de impotencia y tristeza, pues cree que “ser religioso” y “ser homosexual” son características incompatibles las cuales durante su vida no ha podido asumir como quisiera.

Adicionalmente, afirma que su condición de homosexual ha hecho que se aleje de su familia y de su religión, situación que le genera tristeza y dolor. Refiere que le gustaría poder llegar a aceptar su condición de homosexual sin estar sintiendo culpa por ello, y que no sea esto un impedimento para poder conseguir una pareja estable.

Le preocupa que hace 6 años no tiene relaciones sexuales ni amorosas, pues afirma que el diagnóstico de VIH ha deteriorado su parte afectiva. Sueña con tener una pareja y poder tener una relación estable. Sin embargo, afirma que ha sido difícil pues según él muchos homosexuales sólo quieren relaciones pasajeras. Además su diagnóstico de VIH positivo también ha sido una barrera para poder tener una pareja estable, porque “no cualquier persona se va a meter con alguien que tenga esa enfermedad”. Perdió el interés

por el trabajo pues refiere que no le interesa ganar dinero si no tiene con quien compartirlo. Ha dejado de involucrarse en relaciones amorosas porque cree que desde la parte religiosa sus comportamientos son considerados “pecado”, no obstante el hecho de no tener pareja le causa altos niveles de tristeza y frustración.

En términos generales, afirma que desde que recibió el diagnóstico de VIH pasa la mayor parte del día durmiendo o en cama pensando sobre cómo podría encontrar la unión entre religión y homosexualidad. Dice que esto ha afectado la realización de algunas actividades cotidianas que ocurrían antes de recibir el diagnóstico, tales como, salir a la calle, conocer personas nuevas, realizar actividad física, y auto-observar su cuerpo. Con respecto a esta última, dice que ver su cuerpo frente a un espejo le genera sentimientos de culpa, tristeza y vergüenza asociados con su condición de enfermedad, razón por la que evita realizar tal comportamiento.

Adicionalmente, dice que desde que recibió el diagnóstico de VIH le ha sido más difícil ocultar su orientación sexual, pues afirma que para la sociedad tener VIH está íntimamente relacionado con ser homosexual.

#### *Unidad de análisis*

Patrón conductual de evitación de eventos privados relacionados con sentimientos de culpa, frustración, tristeza, y soledad que son generados por las contradicciones que encuentra entre sus creencias religiosas y su orientación homosexual, y el rechazo social que ha recibido debido a dicha orientación. La evitación se evidencia a nivel conductual en la disminución significativa de sus interacciones sociales y en la inactividad excesiva durante el día (comportamientos como dormir o permanecer en cama pensando sobre cómo podría asumir ambas condiciones aumentan de forma considerable).

### *Hipótesis Explicativa*

El patrón conductual de evitación pudo ser aprendido por la exposición a múltiples experiencias aversivas que desencadenaron eventos privados catalogados por el consultante como negativos. En este caso, el rechazo por parte de su familia (fuertemente religiosa) hacia la población homosexual puede ser considerado un factor predisponente para el desarrollo de dicho patrón. Al igual que la imposibilidad de acceder a una comunidad religiosa debido a su orientación sexual puede ser considerado un evento precipitante. Dichas situaciones aunque topográficamente son distintas, comparten funciones psicológicas similares: la presencia recurrente de eventos privados aversivos generados por el rechazo asociado a su orientación sexual, la cual según él se encuentra en oposición con la religión. Tales funciones aversivas se relacionan de manera directa con el diagnóstico de VIH, pues para el consultante “tener VIH” y “ser homosexual” son estímulos verbales que se encuentran en un marco de coordinación, por lo que ambos comparten funciones psicológicas similares.

La disminución de sus interacciones sociales le ha impedido el mantenimiento de relaciones cercanas e íntimas con los demás, viéndose afectada la posibilidad de actuar de acuerdo con lo que él considera valioso para su vida (tener una pareja estable y conformar una familia).

Permanecer en cama pensando sobre cómo puede asumir su orientación sexual sin que esto afecte sus creencias religiosas, es un comportamiento dirigido al control de emociones y pensamientos considerados como negativos. Su fortalecimiento se da debido al alivio temporal que le genera pensar en la posibilidad de asumir ambas condiciones de forma efectiva. Esta situación tiene efectos paradójicos en la medida en que permanecer en

cama lo ha llevado a estar inactivo durante la mayor parte del día, alejándolo de la posibilidad de entrar en contacto con posibles contextos refrozantes.

Así, el patrón conductual de evitación se mantiene por procesos de reforzamiento negativo, teniendo en cuenta que al emitir los comportamientos mencionados en la unidad de análisis, el consultante logra disminuir aquellos eventos privados que describe como negativos.

### *Marcos Relacionales*

Para la identificación de los marcos relacionales se partió del estímulo verbal “VIH”. El esquema presentado (Apéndice F) permite observar la organización del contexto socio verbal del consultante, a partir del cual probablemente se pudieron haber derivado las siguientes reglas: “si no hago cosas homosexuales puedo estar bien con Dios” y “si pudiera unir la homosexualidad con la religión sería totalmente feliz y viviría más tranquilo”.

### *Participante 2*

#### *Descripción general*

Hombre de 53 años de edad quién ingresa a la fundación hace 6 meses. Recibe el diagnóstico de VIH positivo hace aproximadamente un año. Tiene ocho hermanos, cuatro mujeres y cuatro hombres con quienes mantiene poco contacto, a excepción de una de sus hermanas que le ayuda con trámites de citas y en algunas ocasiones lo acompaña para este tipo de sesiones.

Es de Viotá, Cundinamarca. Su padre murió hace treinta años y su mamá hace doce. Estuvo 35 años consumiendo SPA; afirma que consumía para olvidarse de la realidad y para sentirse “relajado”. Su consumo comenzó al finalizar la etapa escolar, refiere que

durante esta época conoció a una persona que le ofreció probar marihuana, situación a la que él accedió.

Luego de terminar el colegio viajó a Bogotá a estudiar biología marina. Allí vivió sólo, hecho que relaciona con el aumento significativo de sus conductas de consumo. Cursó cuatro semestres de su carrera y debido a frecuentes insasistencias a las clases perdió quinto, razón por la cual regresó a Viotá.

Estando en Viotá su madre se enferma y muere. Ante este hecho toma la decisión de regresar a Bogotá con el objetivo de buscar trabajo y poder obtener estabilidad económica. No obstante, afirma que sus conductas de consumo lo llevan a ser habitante de calle, situación que tuvo una duración de diez (10) años. Afirma que en ese momento los efectos de la droga le permitían olvidarse de la realidad de forma duradera, razón por la cual sus conductas de consumo aumentaron de forma significativa.

Afirma que durante la época en la que fue habitante de calle comenzó a enfermarse (fiebres, aparición de nódulos en el cuerpo, etc.). Debido a esto, decide visitar a uno de sus hermanos quien le sugiere realizarse la prueba del VIH, pues a simple vista sus síntomas coincidían con esta enfermedad. Al encontrar los resultados positivos de la prueba, recuerda que la doctora le habló de la fundación con la que actualmente se encuentra vinculado. Sus hermanas aceptaron su vinculación con la institución, afirmando que allí podrían brindarle los cuidados necesarios para su enfermedad.

#### *Motivo de Consulta*

El proceso se inicia por voluntad del consultante quién refiere: “siento que en este momento mi vida carece de sentido”. El consultante reporta que desde que recibió el diagnóstico no encuentra motivación alguna para vivir y suele disfrutar menos de aquellas situaciones que anteriormente eran de su agrado, por ejemplo un buen plato de comida o

salir a caminar y ver la naturaleza. Además, dice sentirse sólo, presenta sentimientos de culpa porque según él tuvo oportunidades que no aprovechó (la posibilidad de estudiar una carrera profesional o poder rehabilitarse del consumo de SPA) y dice que desde hace cuatro meses su estado de ánimo se ha caracterizado por sentimientos de tristeza intensos que ocurren durante la mayor parte del día.

Adicionalmente, reporta que desde que recibió el diagnóstico ha habido una disminución significativa de conductas de autocuidado (en ocasiones prefiere no bañarse, no le interesa qué ropa ponerse, pocas veces se afeita). Duerme en el día de forma excesiva y cuando se encuentra despierto prefiere quedarse en cama, es decir hay un alto nivel de inactividad la mayor parte del tiempo. Reporta que su red de apoyo es débil, pues no tiene amigos, ni pareja. En ocasiones una de sus hermanas lo acompaña a citas médicas, no obstante afirma sentir rechazo por parte de su familia.

#### *Unidad de análisis*

Patrón conductual de evitación de eventos privados relacionados con sentimientos de culpa, tristeza, soledad y rechazo por parte de los demás. La evitación se evidencia a nivel conductual en la disminución significativa de comportamientos de autocuidado y de interacciones sociales, además de inactividad excesiva durante el día (comportamientos como dormir o permanecer en cama aumentan de forma considerable).

#### *Hipótesis Explicativa*

El patrón conductual de evitación pudo ser aprendido por la exposición a múltiples experiencias aversivas que desencadenaron eventos privados catalogados por el consultante como negativos. En este caso, la muerte de su madre, perder el semestre durante la realización de su carrera profesional, y recibir el diagnóstico de VIH, pueden ser considerados eventos que aunque topográficamente son distintos, comparten funciones

psicológicas similares: la presencia recurrente de eventos privados aversivos y bajos niveles de predicción y control sobre las consecuencias del propio comportamiento.

De esta forma, las estrategias de evitación se fortalecen en la medida en que le permiten al individuo aliviar el malestar derivado de tales situaciones, sin tener en cuenta que la evasión aumenta la función aversiva y disminuye la probabilidad de contacto con eventos potencialmente reforzantes. Así, el patrón conductual de evitación se mantiene por procesos de reforzamiento negativo, teniendo en cuenta que al emitir los comportamientos mencionados en la unidad de análisis, el consultante logra controlar aquellos eventos privados que describe como negativos.

### *Marcos Relacionales*

Para la identificación de los marcos relacionales se partió del estímulo verbal “VIH”. El esquema presentado (Apéndice G) permite observar la organización del contexto socio verbal del consultante, a partir del cual probablemente se pudieron haber derivado las siguientes reglas: “me voy a morir pronto, no vale la pena cuidarme”, “tener vih es como si le quitaran a uno la vida”.

### *Participante 3*

#### *Descripción general*

Hombre de 47 años, procedente del Tolima, quién ingresa a la fundación hace un año. Recibe el diagnóstico de VIH positivo hace aproximadamente dos años. Tiene once hermanos, varios de diferentes padres. Su madre actualmente vive en el Tolima, de su padre sabe poco pues hace más de diez años que perdió contacto con él.

Realizó hasta séptimo de bachillerato y tuvo que retirarse del colegio por razones económicas. Trabajó como artesano, vendedor y mensajero. Durante su adolescencia



disfrutaba tener relaciones sexuales esporádicas con hombres con los que llevaba poco tiempo de conocerse, a cambio de recibir dinero, ropa, posada en algún lugar, transporte, entre otros. Refiere que en esa época no tenía ningún interés por mantener relaciones estables.

Cuando comienza a tener algunos síntomas relacionados con VIH, los ignora a pesar de que algunas personas conocidas le sugerían aplicarse la prueba diagnóstica. A medida que transcurrió el tiempo, su salud empeoró de modo que presentó toxoplasmosis. Esta enfermedad lo dejó en silla de ruedas y deterioró su visión.

Refiere que su red de apoyo es débil, pues no tiene amigos ni pareja. Se describe como una persona que durante toda su vida ha sido independiente, afirmando que el contacto con su familia siempre ha sido limitado. En la actualidad, una de sus hermanas lo acompaña a las citas médicas, aunque percibe su relación como distante y “superficial”. Su vinculación con la institución se da porque según él sus hermanas no podían cuidarlo ni apoyarlo económicamente con su enfermedad.

#### *Motivo de Consulta*

El proceso se inicia por voluntad del consultante quien refiere: “me siento triste porque me siento muy sólo, a veces no me dan ganas de hacer nada”. El consultante reporta que desde que está en la fundación se siente sólo, pues no tiene una pareja ni tampoco amigos. Afirma que el apoyo de su familia se reduce al acompañamiento a sus citas médicas y a la solicitud de medicamentos. Dice que se siente “vacío” sin tener a alguien que lo acompañe, que lo escuche y que lo apoye. Le gustaría tener una pareja estable, que esté atenta a sus cuidados y en quién pueda confiar.

Afirma que antes de la enfermedad era “feliz”; ahora se siente sólo e “infeliz”. Dice que ha disminuido sus interacciones sociales porque hablar con otros implica que los demás

lo vean como una persona enferma, situación que le molesta. Dice que ha perdido el interés por cuidarse y que ha perdido su independencia. Le gustaría poder vivir más activamente (moverse libremente, caminar, ir a donde quiera) pero su condición de discapacidad (camina con dificultad y pérdida de visión) muchas veces no se lo permite.

Se siente triste la mayor parte de los días, pues recuerda su vida antes de la enfermedad notando que ahora no es el mismo de antes. Por ejemplo, antes de la enfermedad podía desplazarse fácilmente o interactuar con los demás de forma más sencilla; ahora realizar este tipo de actividades le es más difícil por su situación de invidente. Le gustaría ser independiente, sin estar esperando siempre que los demás lo ayuden a caminar o a moverse. Espera que una cirugía pueda mejorar su visión, afirmando que si esto pasa su vida volverá nuevamente a la “normalidad”.

Adicionalmente, refiere sentir culpa consigo mismo por no haberse tomado la prueba a tiempo, y porque cree que infectó a muchas personas sin conocer la gravedad de la situación. También siente ira contra sus hermanas porque dice que si ellas lo hubieran llevado a tiempo al médico, él no hubiera perdido su visión.

Reporta que cuando se siente demasiado “perturbado” prefiere dormir. En sus horas de sueño no logra descansar, pues de forma recurrente aparecen sentimientos “negativos” relacionados con la culpa, la tristeza y la soledad, que según él se presentan por pensar en su pasado. Ante estas situaciones cierra los ojos e intenta conciliar el sueño nuevamente.

#### *Unidad de análisis*

Patrón conductual de evitación de eventos privados relacionados con sentimientos de culpa, tristeza, soledad que se presentan en situaciones que lo ponen en contacto directo con su condición de enfermedad. La evitación se evidencia a nivel conductual en la disminución significativa de comportamientos de autocuidado y de interacciones sociales,

además de inactividad excesiva durante el día (comportamientos como dormir o permanecer en cama pensando en su pasado aumentan de forma considerable).

### *Hipótesis Explicativa*

El patrón conductual de evitación pudo ser aprendido por la exposición a experiencias aversivas que desencadenaron eventos privados catalogados por el consultante como negativos. Como evento precipitante se identifica el diagnóstico de VIH positivo, esta situación es considerada aversiva debido a la pérdida de capacidades físicas que se derivan de la enfermedad. A partir de ese momento, ocurre que las funciones psicológicas aversivas se generalizan a todos aquellos eventos o situaciones que de alguna manera se relacionan con el concepto de “enfermedad”.

Así, permanecer en cama o dormir son comportamientos que aumentan de forma significativa con el fin de evadir situaciones en las que probablemente puedan presentarse estímulos discriminativos relacionados con su condición de enfermedad. Hablar con los demás y que le pregunten por su estado de salud, realizar actividad física de forma regular, o tocar su cuerpo, son actividades que se relacionan de forma directa con su condición, de modo que cada vez que las realiza, dichas funciones psicológicas aversivas se actualizan, generando malestar en el consultante y disminuyendo la probabilidad de emisión de tales conductas.

De esta forma, las estrategias de evitación se fortalecen en la medida en que le permiten al individuo aliviar el malestar derivado de tales situaciones, sin tener en cuenta que la evasión aumenta la función aversiva y disminuye la probabilidad de contacto con eventos potencialmente reforzantes. Así, el patrón conductual de evitación se mantiene por procesos de reforzamiento negativo, teniendo en cuenta que al emitir los comportamientos

mencionados en la unidad de análisis, el consultante logra disminuir aquellos eventos privados que describe como negativos.

### *Marcos Relacionales*

Para la identificación de los marcos relacionales se partió del estímulo verbal “VIH”. El esquema presentado (Apéndice H) permite observar la organización del contexto socio verbal del consultante, a partir del cual probablemente se pudieron haber derivado las siguientes reglas: “como dependo de los demás me siento frustrado y no soy feliz”; “por haber sido como fui me pasó esto, todo es mi culpa”.

A continuación se muestran las figuras que representan los datos tomados a partir de la aplicación del auto-registro. Dichas figuras están divididas por comportamientos relacionados con adherencia al tratamiento antirretroviral, de modo que se pueda observar la comparación de los efectos de la intervención en los tres participantes.

Es importante mencionar que las conductas de “utilizar métodos de protección cuando tuvo relaciones sexuales” e “informar al médico o a la enfermera sobre algún cambio que notó en su cuerpo” no se graficaron debido a que no se presentaron en ninguna de las fases de la investigación. Para la primera es importante aclarar que los consultantes reportaron no haber tenido relaciones sexuales en ningún momento del proceso.

El comportamiento de asistir a citas médicas asignadas no fue graficado debido a que su ocurrencia fue muy baja teniendo en cuenta que las citas médicas se daban en promedio una vez al mes. Adicionalmente, este comportamiento estaba controlado por la institución, de modo que en las ocasiones en las que los participantes debían asistir a citas médicas siempre asistieron.

Comportamientos como “cepillarse los dientes”, “bañarse”, y “toma de medicamentos en los horarios indicados” no tuvieron una variabilidad significativa, pues se

presentaron todos los días durante las tres fases de investigación. Este hecho puede estar relacionado con que estas conductas también son controladas por quienes trabajan en la institución.

Para el ítem de horas de sueño y horas de actividad no se realizó una gráfica debido a la poca claridad que hubo en la operacionalización del concepto de “actividad”. Es decir, los consultantes podrían considerar “actividad” como horas de vigilia, pero no necesariamente estar incluidas situaciones como salir, caminar, hablar con los demás, etc. Durante el proceso se identificó que algunos consideraban “actividad” como permanecer en cama con los ojos abiertos, razón por la cual se descartó este ítem.

Para el comportamiento relacionado con el consumo de alimentos saludables no se realizó una gráfica ya que para cada uno de los participantes este aspecto era controlado por las personas que trabajaban en la institución, quienes se encargaban de asegurar una alimentación personalizada y saludable para cada uno de los consultantes. Es decir, en este caso el control de lo que se consume en la institución reduce la conducta de elección de los participantes, razón por la cual este ítem fue descartado.

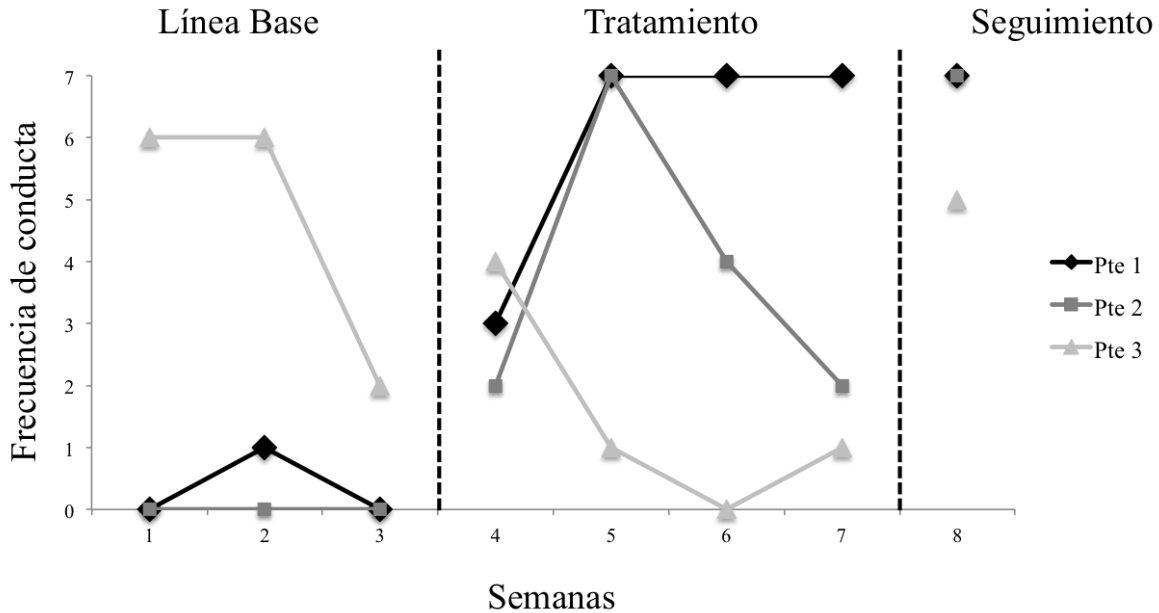


Figura 1. Frecuencia de la conducta “Observación de cuerpo”.

En la figura 1 se observa estabilidad de nivel en línea de base para el participante 2, mientras que para los participantes 1 y 3 se evidencia estabilidad de amplitud. En el participante 1 se evidencia un cambio de nivel al inicio del tratamiento (semana 4), y se observa un aumento considerable de la conducta en la semana 5, cambios que coinciden con la fase de desesperanza creativa y el trabajo de los componentes de defusión, yo como contexto, aceptación y valores. Dicho cambio permanece estable durante la finalización de la intervención y en la fase de seguimiento.

Para el participante 2, se evidencia un cambio de nivel al inicio del tratamiento (semana 4) y un aumento considerable de la conducta en la semana 5. Sin embargo, durante las semanas 6 y 7 la serie muestra una tendencia negativa. Tal disminución puede estar relacionada con que durante esas semanas el consultante fue trasladado a una de las sedes fuera de Bogotá. Cuando se indagó por esta situación, el participante reportó que estaba de

acuerdo con el traslado, no obstante afirmó que le fue difícil adaptarse al lugar. Durante la fase de seguimiento se evidencia nuevamente un cambio de nivel en la serie.

Para el participante tres, se evidencia un cambio de nivel al inicio del tratamiento (semana 4), y se observa la disminución de la conducta durante las semanas 5, 6 y 7. Esta disminución puede estar relacionada con que durante esas semanas el paciente fue trasladado a una de las sedes de la institución. Cuando se indagó por este hecho, el participante reportó que no estaba de acuerdo con el traslado, pues disfrutaba más el campo que la ciudad. Adicionalmente, se observa el aumento considerable de la conducta durante la fase de seguimiento.

En los participantes uno y dos se dio un aumento de conducta en la semana 5, momento de la intervención que estuvo dirigida a trabajar los componentes de aceptación y valores.

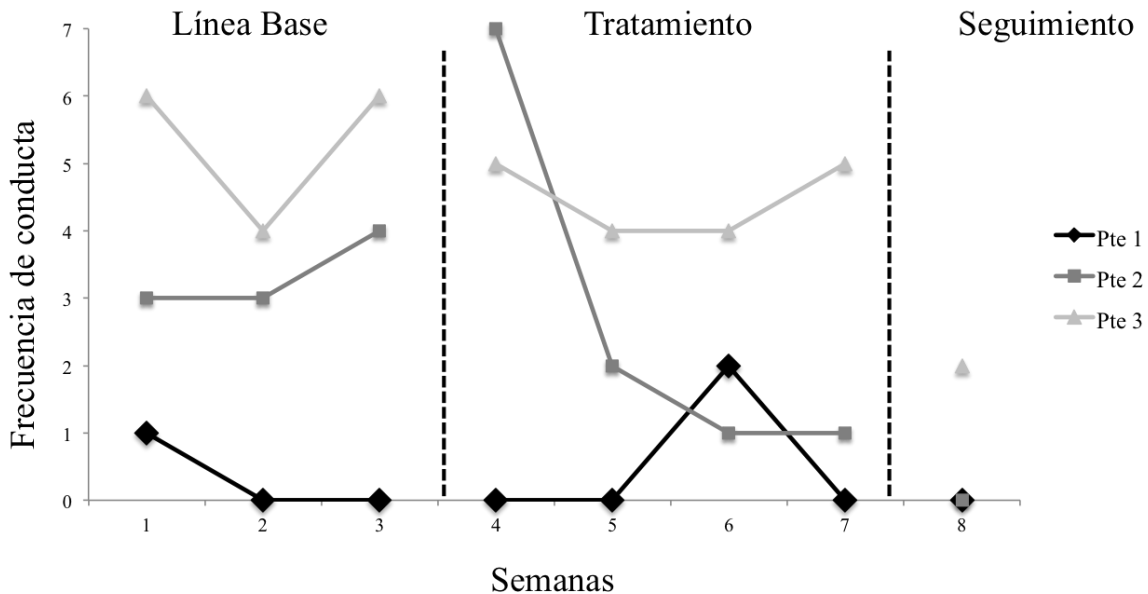


Figura 2. Frecuencia con la que se reportó la presencia de estrés.

En la figura 2 se observa estabilidad de amplitud en línea de base para los tres participantes. En el participante uno se evidencia la ausencia permanente de estrés excepto durante la semana 6. Durante esta semana, el consultante reportó que tuvo un inconveniente con la coordinadora de la institución, evento que se relaciona con la presencia de estrés.

En el participante dos, se observa un cambio de nivel en la serie relacionado con el aumento considerable de estrés durante la semana 4. En este tiempo, el consultante reportó sentirse estresado por el posible traslado a otra sede, hecho que puede estar relacionado con lo que muestra la figura. Posteriormente, se evidencia una disminución durante las semanas 5, 6 y 7 y durante la fase de seguimiento.

En el participante 3, se evidencia una disminución de la presencia de estrés en las semanas 5 y 6, y en la fase de seguimiento. A pesar de no alcanzar la reducción de la presencia de estrés a cero durante la fase de seguimiento, se puede afirmar que hubo una mejoría en comparación con las medidas tomadas durante la línea de base.

Durante la semana 5 se evidenció para todos los participantes una disminución de la presencia de estrés, tiempo en el que se trabajaron los componentes de valores y barreras.



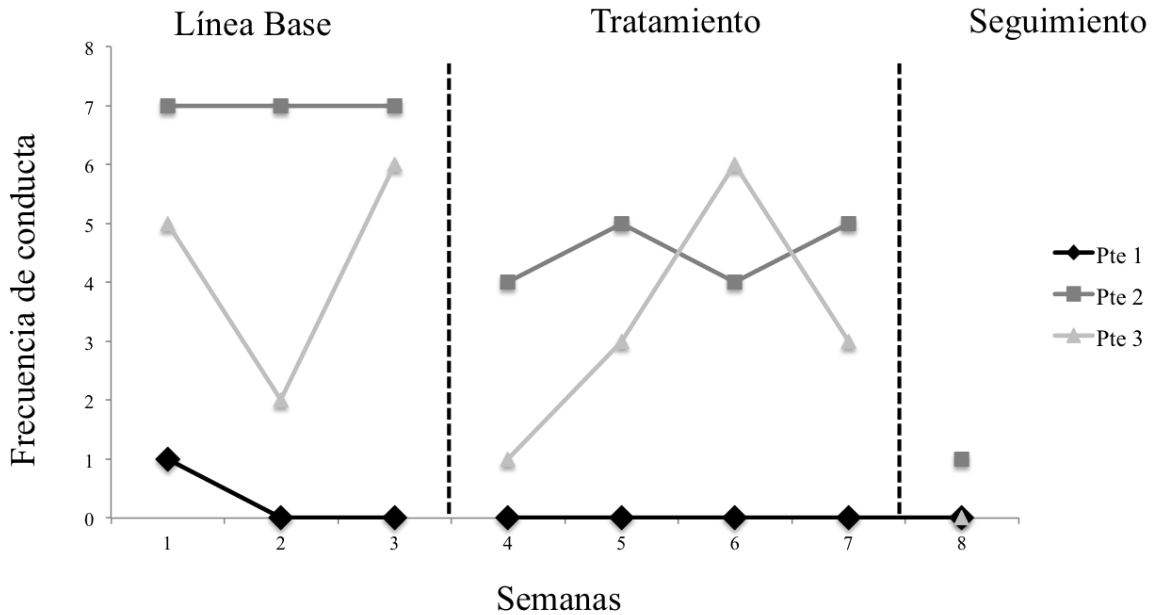


Figura 3. Frecuencia con la que se reportó la presencia de tristeza.

En la figura 3 se observa estabilidad de nivel en línea de base para el participante 2, mientras que en los participantes 1 y 3 se observa estabilidad de amplitud. En el participante 1 se observa estabilidad de nivel en la serie durante las fases de intervención y seguimiento, evidenciándose una ausencia permanente de sentimientos de tristeza.

En el participante 2, se observa un cambio de nivel en la semana 4 (cambio que coincide con el trabajo en desesperanza creativa y en los componentes de defusión y yo como contexto), y se presentan variaciones que se mantienen estables a lo largo de esta fase presentándose una disminución considerable en la fase de seguimiento.

En el participante 3, se observa un cambio de nivel en la semana 4 (cambio que coincide con el trabajo en desesperanza creativa y en los componentes de defusión y yo como contexto), y se presenta un aumento considerable de sentimientos de tristeza en las semanas 5 y 6. Esto puede estar relacionado con la situación de traslado mencionada anteriormente.

En los tres participantes se presenta una disminución de sentimientos de tristeza durante la semana 4, tiempo que coincide con la aplicación de los componentes de desesperanza creativa y defusión.

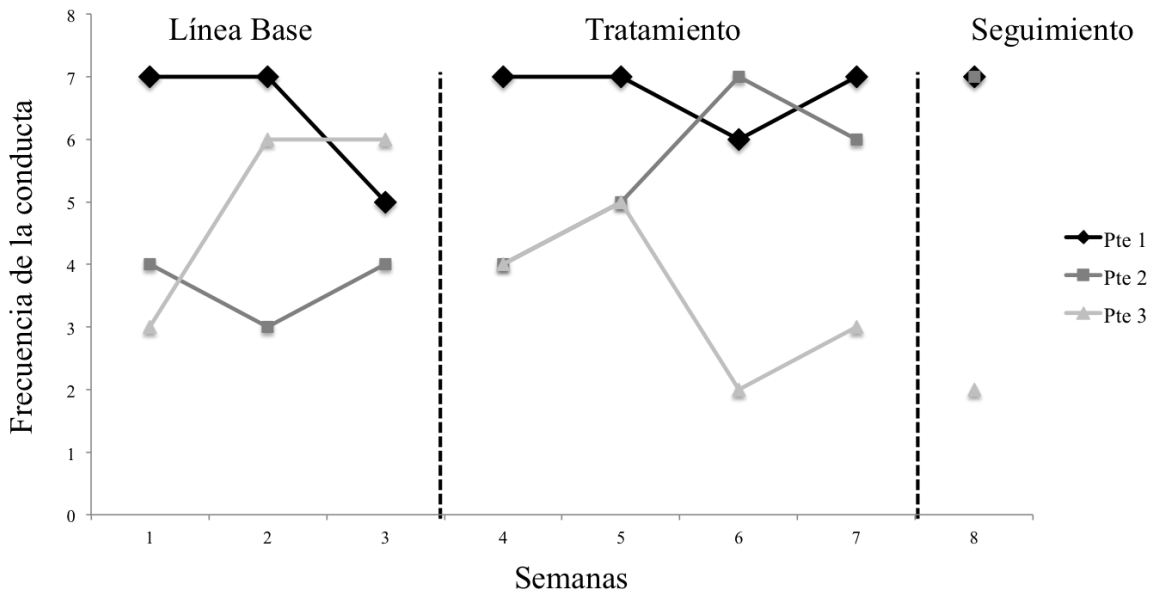


Figura 4. Frecuencia con la que se reportó descanso durante las horas de sueño.

En la figura 4 se observa estabilidad de amplitud en línea de base para los tres participantes. En el participante uno, se evidencia un cambio de nivel en la semana 4 (cambio que coincide con el trabajo en desesperanza creativa y en los componentes de defusión y yo como contexto), el cual se mantiene estable a lo largo de las fases de tratamiento e intervención.

En el participante 2, se presentó en la serie una tendencia positiva durante las semanas 4, 5 y 6 y un cambio de nivel en la semana de seguimiento. A pesar de la disminución que se presentó en la semana 7, la figura muestra una mejoría notable en comparación con los datos tomados en la fase de línea de base.

En el participante tres, no se evidencia una mejoría en este aspecto, por el contrario se reporta una disminución considerable en las semanas 6 y 7. Esto puede estar relacionado con el traslado que se mencionó anteriormente.

En los participantes 1 y 2 se evidencia mejoría durante las semanas 4 y 5, tiempo que coincidió con el trabajo de los componentes de desesperanza creativa, defusión, aceptación y valores.

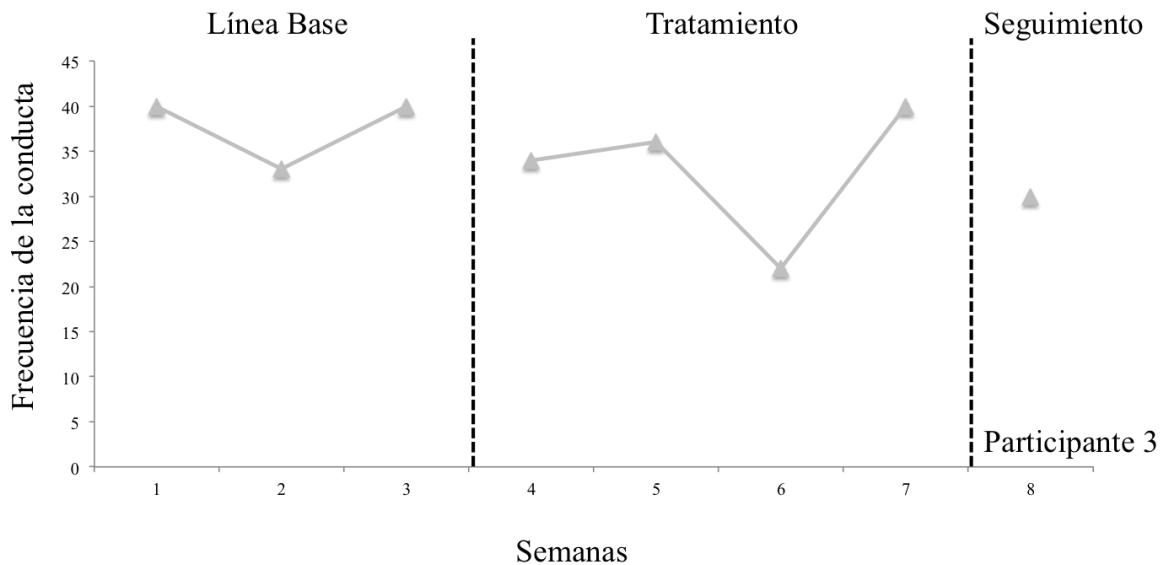


Figura 5. Frecuencia de la conducta “consumo de SPA” (cigarrillo).

Para el registro de la conducta de consumo de SPA se tuvo en cuenta únicamente al participante 3, pues dicho comportamiento no fue reportado en ningún momento del proceso por los demás participantes.

En la figura 5, se observa estabilidad de amplitud en la línea de base. Durante las fases de intervención y seguimiento no se evidencia una disminución que permita afirmar que hubo algún tipo de mejoría en este aspecto. La disminución que se observa en la semana 6 puede estar relacionada con que en la sede a la que fue trasladado habían mas

restricciones para la emisión de este comportamiento. Cabe mencionar que este comportamiento puede estar mantenido por el refuerzo sensorial que obtenía el consultante cada vez que realizaba la conducta de fumar.

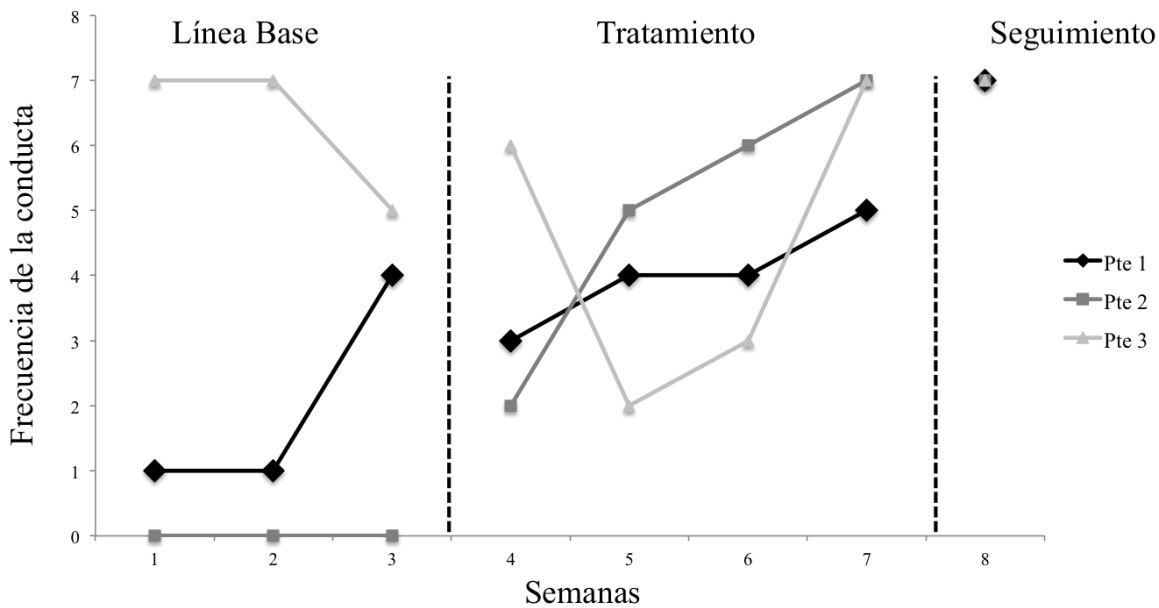


Figura 6. Frecuencia de la conducta “actividad física”

En la figura 6 se observa estabilidad de nivel en línea de base para el participante 2, mientras que para los participantes 1 y 3 se presenta una estabilidad de amplitud. En el participante 1, se observa un cambio de nivel en la serie durante la semana 4 (cambio que coincide con el trabajo en desesperanza creativa y en los componentes de defusión y yo como contexto), y se evidencia una mejoría que permanece a lo largo de las fases de tratamiento y seguimiento.

En el paciente dos, se evidencia un cambio de nivel en la serie durante la semana 4 (cambio que coincide con el trabajo en desesperanza creativa y en los componentes de defusión y yo como contexto), y se muestra una tendencia positiva a lo largo de las fases de intervención y seguimiento, evidenciándose de forma clara una mejoría en este aspecto.

En el paciente tres, se observa un cambio de nivel en la serie durante la semana 4, sin embargo la conducta disminuye notablemente durante las semanas 5 y 6, y aumenta nuevamente en la semana 7 y durante la fase de seguimiento. La disminución abrupta de la conducta en las semanas 5 y 6 puede estar relacionada con la situación de traslado que se mencionó anteriormente.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento para cada uno de los participantes.

Tabla 2. *Resultados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento del participante 1.*

<b>Factor</b>	<b>Fase de evaluación</b>	<b>Fase de seguimiento</b>
Factor 1: Adherencia a aspectos farmacológicos	7	7
Factor 2: adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado	4,2	6
Factor 3: Adherencia a comportamientos para la prevención de ITS	2,4	2,4
Factor 4: Adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas	1,5	1,5
<b>Puntaje total de adherencia al tratamiento</b>	14,7 (no adherente)	16,5 (adherente)

En la tabla 2 se presentan los resultados derivados de la aplicación del CAT-VIH para el participante 1 durante las fases de evaluación y seguimiento. En el primer factor relacionado con adherencia a aspectos farmacológicos se evidencian puntajes de adherencia en ambas fases. Lo anterior puede estar relacionado con que la mayoría de estos aspectos están controlados por la institución.

En el segundo factor relacionado con adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado se observa un puntaje de no adherencia en la fase de evaluación y un puntaje de adherencia en la fase de seguimiento. Es decir, en el participante 1 se evidencia un aumento significativo de conductas de autocuidado, cambio que se ve sustentado en las figuras presentadas anteriormente.

En el tercer factor relacionado con adherencia a comportamientos para la prevención de ITS se observan puntajes de adherencia en ambas fases. La igualdad en los puntajes puede estar relacionada con que el participante no reportó haber tenido relaciones sexuales en ningún momento del proceso.

En el cuarto factor relacionado con adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas se observan puntajes de adherencia en ambas fases. Esto puede estar relacionado con que el participante no reportó haber consumido SPA en ningún momento del proceso.

En el puntaje total se muestra un puntaje no adherente durante la fase de evaluación, y un puntaje adherente en la fase de seguimiento. Lo anterior está relacionado con el aumento de las conductas de autocuidado que se presentó durante el proceso de intervención.

Tabla 3. *Resultados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento del participante 2.*

<b>Factor</b>	<b>Fase de evaluación</b>	<b>Fase de seguimiento</b>
Factor 1: Adherencia a aspectos farmacológicos	7	7
Factor 2: adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado	4,7	5,5
Factor 3: Adherencia a comportamientos para la prevención de ITS	2,4	2,4
Factor 4: Adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas	1,4	1,4
<b>Puntaje total de adherencia al tratamiento</b>	15,4 (no adherente)	16,3 (adherente)

En la tabla 3 se presentan los resultados derivados de la aplicación del CAT-VIH para el participante 2 durante las fases de evaluación y seguimiento. En el primer factor relacionado con adherencia a aspectos farmacológicos se evidencian puntajes de adherencia en ambas fases. Lo anterior puede estar relacionado con que la mayoría de estos aspectos están controlados por la institución.

En el segundo factor relacionado con adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado se observan puntajes de no adherencia en ambas fases. A pesar de presentarse un aumento en el puntaje durante la fase de seguimiento, éste se encuentra en el límite superior del nivel no adherente. No obstante, es importante mencionar que hubo un aumento de conductas de autocuidado durante el proceso de intervención.

En el tercer factor relacionado con adherencia a comportamientos para la prevención de ITS se observan puntajes de adherencia en ambas fases. La igualdad en los puntajes puede estar relacionada con que el participante no reportó haber tenido relaciones sexuales en ningún momento del proceso.

En el cuarto factor relacionado con adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas se observan puntajes de adherencia en ambas fases. Esto puede estar relacionado con que el participante no reportó haber consumido SPA en ningún momento del proceso.

En el puntaje total se muestra un puntaje no adherente durante la fase de evaluación, y un puntaje adherente en la fase de seguimiento. Lo anterior está relacionado con el aumento de las conductas de autocuidado que se evidenció durante el proceso de intervención.



Tabla 4. *Resultados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento del participante 3.*

<b>Factor</b>	<b>Fase de evaluación</b>	<b>Fase de seguimiento</b>
Factor 1: Adherencia a aspectos farmacológicos	7	7
Factor 2: adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado	4,5	5,2
Factor 3: Adherencia a comportamientos para la prevención de ITS	1,2	1,2
Factor 4: Adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas	1	1
<b>Puntaje total de adherencia al tratamiento</b>	13,7 (no adherente)	14,4 (no adherente)

En la tabla 4 se presentan los resultados derivados de la aplicación del CAT-VIH para el participante 3 durante las fases de evaluación y seguimiento. En el primer factor relacionado con adherencia a aspectos farmacológicos se evidencian puntajes de adherencia en ambas fases. Lo anterior puede estar relacionado con que la mayoría de estos aspectos están controlados por la institución.

En el segundo factor relacionado con adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado se observan puntajes de no adherencia en ambas fases. A pesar de presentarse un aumento en el puntaje durante la fase de seguimiento, éste se encuentra en el nivel no adherente.

En el tercer factor relacionado con adherencia a comportamientos para la prevención de ITS se observan puntajes de no adherencia en ambas fases. El consultante afirmó que luego de su diagnóstico había tenido parejas sexuales y sólo algunas veces usaba condón, además de fallar frecuentemente en su correcta utilización. Este comportamiento no pudo ser monitoreado durante el proceso debido a que el participante nunca reportó haber mantenido relaciones sexuales.

En el cuarto factor relacionado con adherencia a las restricciones respecto al consumo de drogas se observan puntajes de no adherencia en ambas fases. Esto puede estar relacionado con el consumo constante de cigarrillo, conducta que posiblemente estaba mantenida por el refuerzo sensorial.

En el puntaje total se muestran puntajes no adherentes para ambas fases. A pesar del aumento en el puntaje durante la fase de seguimiento, éste no es suficiente para alcanzar el nivel de adherencia. La variabilidad del nivel de adherencia entre las fases está relacionada con el aumento de las conductas de autocuidado que se evidenció durante el proceso de intervención.

Los resultados presentados anteriormente responden a dos de los tres componentes más importantes de las unidades de análisis que se definieron para cada participante. En ellas se incluían aspectos tales como: inactividad excesiva durante el día, disminución significativa de comportamientos de autocuidado y disminución significativa de interacciones sociales. Para la inactividad y la disminución de comportamientos de

autocuidado se observan modificaciones conductuales en las figuras que se presentaron, no obstante para la disminución significativa de interacciones sociales no se tomaron medidas repetidas debido a que el énfasis de la investigación estuvo dirigido al monitoreo de comportamientos relacionados con adherencia al tratamiento antirretroviral. Es importante resaltar que durante el curso de la intervención los participantes 1 y 2 reportaron cambios conductuales a nivel social. El participante 1 refirió haber tenido la capacidad de manifestar desacuerdos con personas de la institución y el participante 2 afirmó haber pedido trabajo a personas desconocidas.

La importancia de estos reportes se basa en que son eventos relacionados con lo que se planteó en la unidad de análisis y que posteriormente se trabajaron como “metas” dentro del proceso de intervención. No obstante, no es posible afirmar que estas ocurrencias de conducta se dieron a partir del proceso terapéutico, pues la ausencia de datos impide hablar de dicha relación causal.

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir los cambios que se evidencian en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH, luego de la aplicación de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

En primer lugar, es importante mencionar los patrones conductuales tanto adecuados como problemáticos derivados del diagnóstico de la enfermedad. En las formulaciones de caso realizadas y en el planteamiento de las unidades de análisis, se pudo evidenciar en los tres participantes un patrón comportamental evitativo relacionado con la disminución significativa de comportamientos de autocuidado y de interacciones sociales e inactividad excesiva durante el día (es decir, presencia recurrente de comportamientos como dormir o permanecer en cama).

Se encontró que la disminución en la frecuencia de estos comportamientos estaba mantenida por la reducción del malestar generado por la presencia de eventos privados aversivos (culpa, miedo, fracaso, tristeza, entre otros). Por ejemplo, situaciones como observar el propio cuerpo o interactuar con otras personas, se consideraban eventos que actualizaban de forma constante las funciones aversivas derivadas del diagnóstico de la enfermedad. Lo anterior concuerda con los planteamientos de Batten, Follete y Hayes (1997); Hooper, Saunders, McHugh (2010); Moitra, Herbert, Forman (2010), cuando afirman que en la medida en que los individuos quieran evitar los pensamientos relacionados con su enfermedad, también evadirán conductas que se asocian con ser VIH-positivo.

Comportamientos como permanecer en cama o dormir estaban dirigidos al control de pensamientos y/o emociones, pues en tales situaciones no se daba la exposición a contingencias nuevas. Se encontró que el evitar exponerse les permitía a los participantes obtener sensaciones de control, evento que al mismo tiempo los alejaba de la posibilidad de entrar en contacto con contingencias posiblemente reforzantes, relacionadas con sus metas y valores. Lo anterior concuerda con lo planteado por Flaxman, Blackledge y Bond (2011), cuando afirman que si uno de los intentos principales del sujeto es reducir el estrés psicológico, habrá un menor esfuerzo dirigido a realizar comportamientos orientados a sus valores (es decir, comportamientos dirigidos a incrementar la frecuencia del reforzamiento positivo y a mejorar la calidad de vida a lo largo del tiempo).

Adicionalmente, se evidenció que este patrón de evitación conductual se encontraba relacionado con que los participantes en varias ocasiones respondían de forma literal a sus experiencias internas, situación que ejercía una gran influencia sobre sus propias acciones. Por ejemplo, en todos los casos se dio que VIH se encontraba en un marco de coordinación con rechazo social. Cuando los consultantes hablaban sobre la enfermedad, en varias ocasiones afirmaban que no hablaban con los demás porque sabían que iban a juzgarlos, pensando que ellos eran unas personas “enfermas”, “promiscuas”, y “homosexuales”.

Es importante mencionar que efectivamente todos los participantes hicieron referencia a situaciones en las que en algún momento fueron rechazados por otros debido a su condición de enfermedad (las situaciones más comunes estuvieron directamente relacionadas con rechazo por parte de sus familiares). Llama la atención que a partir de estas experiencias se presentó una posterior generalización, pues luego de haber pasado por tales situaciones, los participantes posiblemente derivaron que todas las personas los

juzgarían por su condición de enfermedad, hecho que puede estar relacionado con el fortalecimiento del patrón de evitación.

Es importante mencionar que dicho patrón evitativo también se ve fuertemente influenciado por las prácticas culturales que se mantienen alrededor del VIH. Desafortunadamente, en ocasiones sucede que la información que presentan las políticas públicas sobre esta enfermedad es imprecisa, pues toma como punto de referencia algunas poblaciones específicas, como por ejemplo, homosexuales, trabajadoras sexuales, habitantes de calle, etc. y con ello numerosos prejuicios morales que impiden la comprensión real del fenómeno. Lo anterior se encuentra relacionado con lo que afirman Moitra, Herbert y Forman (2011), quienes sugieren que la falta de aceptación del diagnóstico y el miedo que produce el estigma social, limitan la apertura de los pacientes en relación con su enfermedad. Debido al temor de sentirse juzgados, muchos de ellos evitan discutir su situación actual, intentando suprimir pensamientos y sentimientos asociados con el VIH.

Por otro lado, durante el inicio y hasta la finalización de la intervención se identificaron como patrones conductuales adecuados el cumplimiento con las dosis y los horarios de ingesta de medicamentos, asistencia a todas las citas médicas que les fueron asignadas, bañarse y cepillarse los dientes todos los días, y el desarrollo de un plan de alimentación adecuado para su tratamiento. Esto puede estar relacionado con el control y la supervisión por parte de otros (en este caso el personal de la institución) quienes debían asegurar el estricto cumplimiento de dichos aspectos. Lo anterior se encuentra relacionado con los planteamientos de Martos y Pozo (2011), quienes afirman que el apoyo social tiene una repercusión importante en la adherencia a las prescripciones médicas. En este punto es importante mencionar que aunque los participantes no contaban con un apoyo familiar

sólido, consideraban fundamental el apoyo social recibido por parte del personal de la institución.

Igualmente, en comportamientos en los que no era posible un control externo riguroso y cuya realización dependía únicamente de ellos mismos, se presentaron cambios en frecuencia que no fueron evidenciados en aquellas conductas controladas por la institución. Es decir, comportamientos como asistir a citas médicas, tomar los medicamentos en las dosis y horarios indicados, y alimentarse de forma saludable, fueron realizados por los participantes todos los días durante la realización de la investigación. Por el contrario, conductas como realizar actividad física, observar el propio cuerpo, descansar durante las horas de sueño o reportar la presencia de eventos privados como tristeza o estrés tuvieron cambios importantes durante las fases de intervención y seguimiento.

Con respecto a los cambios evidenciados a partir de la aplicación de la intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la adherencia al tratamiento antirretroviral, es posible afirmar que para las conductas de “observación de cuerpo”, “descanso durante las horas de sueño”, y “realización de actividad física” se presentaron cambios que dan cuenta de la mejoría en tales comportamientos, es decir, se observó que la tasa de respuesta aumentó y se mantuvo durante la fase de seguimiento.

Esta mejoría también se evidenció en la presencia de eventos privados tales como estrés o tristeza, pues durante la aplicación de la intervención y en la fase de seguimiento, se observó una disminución en la frecuencia con la que los participantes reportaron sentirse tristes y/o estresados. No obstante, es importante mencionar que tales mejorías se observaron con más claridad en los participantes 1 y 2, resultado que no se evidenció de forma similar en el participante 3.

En la observación de las figuras presentadas en resultados, se evidencia que el participante 3 no presentó mejorías representativas en ninguno de los comportamientos que fueron monitoreados a lo largo de la intervención, tampoco en los niveles de adherencia derivados de la aplicación del CAT-VIH durante las fases de evaluación y seguimiento. Lo anterior puede estar relacionado con que el consultante estuvo expuesto a distintas situaciones imprevistas, que según él afectaron de forma importante su estado de ánimo. Una de ellas estuvo asociada con el traslado a una de las sedes ubicadas en Bogotá. El consultante reportó que le fue difícil adaptarse a este lugar, pues las reglas de convivencia eran más restrictivas y en ocasiones percibía que el trato de los demás era poco empático y asertivo.

Al llegar a Bogotá, el participante 3 inició la realización de trámites para poder acceder a una cirugía de los ojos (aspecto que ocupó la mayor parte de su tiempo), y vivió una serie de eventos a nivel personal que según su reporte implicaron movilizaciones emocionales importantes. Esta situación, junto con el traslado que se mencionó anteriormente, fueron factores que posiblemente influyeron de manera considerable en el comportamiento del participante, evidenciando la existencia de variables que estuvieron fuera del control de la terapeuta. De acuerdo con las consideraciones éticas, al finalizar la intervención realizada en la presente investigación, se aseguró que el participante 3 tuviera acompañamiento por parte de la psicóloga de la institución, de modo que fuera atendida su situación particular.

Con respecto a los participantes 1 y 2, es posible afirmar que se presentó un aumento de los comportamientos relacionados con adherencia (“observación de cuerpo”, “descanso durante las horas de sueño”, y “realización de actividad física”) y también se observó una disminución de los reportes relacionados con estrés y tristeza. Esta mejoría



también se logró evidenciar en los puntajes del CAT-VIH, pues de la fase de evaluación a la fase de seguimiento se presentó un aumento en el puntaje del factor 2 (adherencia a aspectos no farmacológicos de autocuidado) en ambos participantes.

Este aumento de comportamientos de autocuidado puede estar asociado con que durante la intervención psicológica, los consultantes identificaron metas y valores que pudieron enlazarse con el cuidado de su enfermedad. De esta forma, en algunos relatos se encontró que para algunos era importante cuidar de los demás, sentirse útiles, o tomar su experiencia como un ejemplo de vida para prevenir la transmisión del VIH. A medida que se realizó la intervención, los consultantes lograron derivar que para conseguir aquello que consideraban importante debían cuidar su enfermedad. Lo anterior concuerda con los hallazgos de Vervoort, Grypdonck, Grauwe, Hoepelman y Borleffs (2009), quienes encontraron en su estudio que un factor que facilita la adherencia al tratamiento antirretroviral es que el paciente pueda condicionar la adhesión a distintas prioridades que identifica para su vida.

Así, los hallazgos anteriormente expuestos permiten afirmar que la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) tuvo efectos favorables en la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH. Lo anterior concuerda con la investigación realizada por Moitra, Herbert y Forman (2011), quienes a partir de las observaciones cualitativas realizadas en su estudio sugieren que una intervención basada en la aceptación logró promover la adherencia al tratamiento.

Una limitación que se logró identificar se relaciona con el análisis de las propiedades de los marcos relacionales. Es importante mencionar que la identificación de los marcos permite la organización y comprensión del contexto socio-verbal de los individuos. Sin embargo, a nivel aplicado esta tarea supone un desafío a nivel conceptual,

pues no hay un control experimental que permita determinar con total veracidad cuáles de las relaciones identificadas son directamente entrenadas y cuáles son derivadas.

Para la realización de futuras investigaciones se recomienda realizar seguimiento a los tres y seis meses después de haber terminado la intervención, con el objetivo de observar a largo plazo la estabilidad en los cambios. Además, se sugiere implementar diseños de investigación que permitan la comparación de resultados entre terapias. Así, podría ser útil comparar los resultados derivados de la aplicación de ACT con resultados derivados de la aplicación de terapias cognitivo-conductuales, por ejemplo, o con otras terapias que hayan sido implementadas con adecuado nivel de efectividad en el contexto de la adherencia en VIH.

También se sugiere que en las investigaciones en las que se aplique ACT se enfatice en la relación que tiene esta terapia con las bases experimentales derivadas de la Teoría de Marcos Relacionales, pues es importante que se trascienda en la comprensión de la ACT como “técnica”, de modo que se puedan entender las bases conceptuales que la sustentan y que como en esta investigación, se mantenga la lógica funcional y la evaluación sistemática como indicaciones mismas del modelo que apela al establecimiento de relaciones funcionales viables y a la observación rigurosa y sistemática de la conducta.

Finalmente, a partir de la realización del presente estudio se puede concluir que la adherencia al tratamiento antirretroviral es un aspecto que debe ser tratado con la complejidad que se requiere, pues su desarrollo implica tener en cuenta la influencia de variables de tipo individual, social, familiar, etc. Los profesionales en psicología tienen un reto importante al planear y realizar intervenciones efectivas, teniendo en cuenta que en muchos casos la comunicación de las prescripciones médicas no es suficiente para que se presenten cambios conductuales y en consecuencia, altos niveles de adherencia. Por el

contrario, las intervenciones deben estar dirigidas a la transformación de hábitos y estilos de vida, que les permitan a los individuos mejorar de forma significativa su calidad de vida.

## Referencias

- Antoni, M., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman N. & Fletcher, M (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and unminulogic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906-915.
- Arrivillaga, M., Alzate, M., Useche, B. (2009). Políticas públicas, sistemas de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 57-71.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69.
- Ballester, A., Campos, R., García, S., Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., Hayes, S. (2004). Relational Frame Theory: some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 355-375.
- Barnes-Holmes, Y., McHugh, L., y Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-Taking and Theory of Relational Frame Account. *The Behavior Analyst Today*, 5(1), 15- 25.
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación

- en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155), 43-63.
- Batten, S. Follete, V., & Hayes, S., (1997). Experiential avoidance as a model for understanding psychological correlates of HIV and AIDS: Review, theory, and treatment implications. *The behavior therapist*, 99-103.
- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J. M., Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 454-458.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M., Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública de México*, 39(001), 32-43
- Carrasco, F. (2003). Eventos privados: Una reconstrucción conceptual. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 1-17.
- Carrillo, G., Zúñiga, A., Amaya, G., Arévalo, W., Arias, J., Carrillo, P., Pérez, J., Sánchez, S. Características sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. *Rev. Col. Enf*, 4, 1-15.
- Cautilli, J., Riley-Tillman, T., Axelrod, S., y Hineline, P. (2005). The Role of Verbal Conditioning in Third Generation Behavior Therapy. *The Behavior Analyst Today*, 6(2), 137- 146.
- Ciarrochi, J., Bilich, L., y Godsell, C. (2010). Psychological Flexibility as a mechanism of change in acceptance and Commitment Therapy. En: R., Baer (ed.), *Asessing*

- Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processess of Change.* (pp. 51-76).  
Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Cifras de VIH bajan en el mundo y en Colombia se mantienen estables. (2010, Noviembre 23). *El Tiempo*. p. 1.
- Clark, D., Ball, S., Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253-257.
- Cordova, J. (2001). Acceptance in behavior Therapy: understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24, 213-226.
- Darbes, L., Lewis, M. (2005). HIV-Specific Social Support Predicts Less Sexual Risk Behavior in Gay Male Couples. *Health psychology*, 24(6), 617-622.
- Davey, M., Foster, J., Milton, K., Duncan, T. (2009). Collaborative Approaches to Increasing Family Support for HIV Positive Youth. *Family Systems & Health*, 27(1), 39-52.
- Eller, L. (1991). Effects of two cognitive-behavioral interventions on immunity and symptoms in persons with HIV. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 339-348.
- Flaxman, P., Blackledge, J., Bond, F. (2011). Acceptance and Commitment Therapy. New York: Routledge.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E., Fox, J., Schreurs, K., Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142-151.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. (2012). The Role of Self in Acceptance and Commitment Therapy. En: L. McHugh y I. Stewart (Eds.). *The Self and*

- Perspective Taking. Contributions and Applications from Modern Behavioral Science* (pp.125-142). Oakland, CA: Context Press.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Luciano, C. (2013). An Empirical Investigation of Hierarchical versus Distinction Relations in a Self-Based ACT Exercise. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13(3), 373-388.
- Gil, E., Luciano, C., y Ruíz, F. (2010). *Complex hierarchical relational networks: Analysis of the transformation of functions*. Documento presentado en la Conferencia Mundial VIII de la Association of Contextual Behavioral Science (ACBS), Reno, Nevada, USA.
- Gil, E., Luciano, C., y Ruíz, F. (2011). *Analysis of the processes involved in the transformation of functions in accordance with the relational frame of hierarchy*. Documento presentado en la Conferencia Mundial IX de la Association of Contextual Behavioral Science (ACBS), Parma, Italia.
- Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F., y Sánchez, V. (2009). *Transformation of Functions Through Hierarchical Frames*. Documento presentado en la 35 Convención anual de ABAI, Phoenix, Arizona, USA.
- Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F., y Valdivia-Salas, S. (2012). A Preliminary Demonstration of Transformation of Functions through Hierarchical Relations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 1-19.
- Gold, D., Wegner, D. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245-1261.
- Gómez, S., López, F., Mesa, H. (2006). Teoría de los marcos relacionales: algunas

- implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- Gore, N., Barnes-Holmes, Y., Murphy, G. (2010). The Relationship between Intellectual Functioning and Relational Perspective-Taking. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 1-17.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., y Wilson, K. (2012). Contextual Behavioral science: Creating a Science more Adequate to the challenge of the human condition. *Journal of contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16.
- Hayes, S., Masuda, A., Shenk, C., Yadavaia, J., Boulanger, J., Vilardaga, R., Plumb, J., Fletcher, L., Bunting, K., Levin, M., Waltz, T., y Hildebrandt, M. (2007). Applied Extensions of Behavior Principles. Applied Behavior Concepts and Behavioral Theories. En: D. Woods., y J. Kanter (Eds.), *Understanding Behavior Disorders* (pp. 47-80). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S., Pistorello, J., y Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hooper, N., Saunders, J., y McHugh, L. (2010). The Derived generalization of thought suppression. *Learning & Behavior*, 38(2), 160-168.
- Kazdin, A. (2001) *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Prentice Hall.
- Kemeny, M. (2003). An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 62-72.
- Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1-7.



- Knobel, H. (2002). Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20(10), 481-483.
- Ladero, L., Orejudo, S., Carrobles, J. (2010). Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*, 21(1), 21-33.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.
- Luciano, C., Ruíz, F., Vizcaíno, R., Sánchez, V., Gutiérrez, O., López, J. (2011). A Relational Frame Analysis of Defusion Interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 165-182.
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Edupsykhé*, 5(2), 173-201.
- Luciano, C., Valdivia, S., Ruíz, F. (2012). The Self as the Context for Rule-Governed Behavior En: L. McHugh y I. Stewart (Eds.). *The Self and Perspective Taking. Contributions and Applications from Modern Behavioral Science* (pp.143-160). Oakland, CA: Context Press.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Martos, M., 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(1), 47-57.

- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Stewart, I., Dymond, S. (2007). Deictic Relational Complexity and the Development of Deception. *The Psychological Record*, 57, 517-531.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Whelan, R., Stewart, I. (2007). Knowing me, Knowing You: Deictic Complexity in False-Belief Understanding. *The Psychological Record*, 57, 533-542.
- McPherson, S., Malow, R., Penedo, F., Jones, D., Schneiderman, N., Klimas, N. (2000). Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS care*, 12, 399-404.
- Moitra E., Herbert, J., Forman E. (2011): Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care*, 23(12), 1660-1667.
- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S., Lam, S., Chung, W., Li, C.(2002). A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care and STD's*. 16, 83-96.
- Muñoz, A., Novoa-Gómez, M. (2010). Confiabilidad y validación de un modelo de formulación clínica conductual. *Universitas Psychologica*, 10(2), 501-519.
- Novoa, M. (2012). Proyecto “Intervención psicológica en el ajuste diádico y la sexualidad de parejas con diagnóstico de enfermedad crónica”. Pontificia Universidad Javeriana.
- Ortego, M. (2011). *Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metaanálisis*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Cantabria. Santander.
- O’Toole, C., Barnes-Holmes, D., Murphy, C., O’Connor, J., y Barnes-Holmes, Y. (2009). Relational Flexibility and Human Intelligence: extending the remit of Skinner’s

*Verbal Behavior. International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 1-17.

Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.

Páez, M., Luciano, M. C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.

Peñarrieta, M., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A., Gonzales, N., Flores, F., Ángel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(3), 333-337.

Pérez, I., De Labry, A., Delgado, C., Marcos, M., Muñoz, N., Pasquau, J., Rodríguez, J., López, M., Arco, A., Causse, M., Martín, P., Martínez, J., Torre, J., Prada, J., Morales, L., López M., Muñoz, I. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*, 17(2), 245-249.

Pontificia Universidad Javeriana. (2013). *Acuerdo No. 576 del Consejo Directivo Universitario, 26 de Abril de 2013*. Disponible en: [http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/PORTAL\\_VERSION\\_2009\\_2010/es\\_mision](http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/PORTAL_VERSION_2009_2010/es_mision).

Refeldt, R. (2011). Toward a Technology of Derived Stimulus Relations: An Analysis of Articles Published in the Journal of Applied Behavior Analysis, 1992-2009. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(1), 109-119.

- Robinson, F. (2002). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in HIV-infected individuals. *Dissertation Abstracts International*, 63, 1-179.
- Salazar, M., Varela, M., Correa, D. (2008). Manual de aplicación, calificación e interpretación del cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH (CAT-VIH). Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida. Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Sánchez, M. (2010). *Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Smith, S., Rublein, J., Marcus, C., Brock, T, Chesney, M. (2003). A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient Education and Counseling*, 50, 187-199.
- Sosa, N. (2007). Avances en VIH/SIDA y complicaciones de la terapia antirretroviral. *Acta Médica Colombiana*, 32(3), 174-176.
- Srisurapanont, M., Sombatmai S., Jarusuraisin, N. (2001). HIV-seropositive results, health-related quality of life, and social support: a 24-week prospective study in Thailand. *AIDS Patient Care*, 15(4), 211-5.
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández, J., Buela, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia psicológica*, 22(002), 111-121.
- Teva, I., Bermúdez, M, Ramiro, M, Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Rev Med Chile*, 140, 50-58.

- Tovar-Cuevas, L., Arrivillaga-Quintero, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10(21), 112-123
- Twohig, M. (2012). Introduction: the basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507
- Ulla, S., Remor, E. (2002). Psiconeuroinmunología e infeccao por HIV: realidade ou ficcao?. *Psicología: Reflexao e Critica*, 15, 113-119.
- Usuga, X. (2012). Efectos adversos del tratamiento antirretroviral en niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Asociación Colombiana de Infectología*, 16 (2), 122-127.
- VanDevanter, N., Thacker, A., Bass, G., Arnold, M. (1999). Heterosexual couples confronting the challenges of HIV infection. *AIDS Care*, 11(2), 93-181.
- Varas, N., Toro, J. (2003). Políticas públicas relacionadas con el VIH/SIDA: tensión entre las necesidades individuales y colectivas. Una agenda de trabajo para la psicología en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 195-206
- Varela, M., Salazar, I., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J., Salazar, A., (2008). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un cuestionario. *Colombia Médica*, 40(4), 387-398.
- Varela, M., Salazar, M. Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101 – 113.
- Vargas-Mendoza, J. (2006). Bases de la teoría de los marcos relacionales. Recuperado el día 16 de Septiembre de 2013 de,  
[http://www.conductitlan.net/seminarios/teoria\\_de\\_los\\_marcos\\_relacionales.pdf](http://www.conductitlan.net/seminarios/teoria_de_los_marcos_relacionales.pdf)

- Vargas-Mendoza, J. (2011). Defusión cognitiva. Recuperado el día 23 de Septiembre de 2013 de,  
[http://marilynvanegas.com/documentos/defusion\\_cognitiva\\_terapia\\_de\\_aceptacion\\_y\\_compromiso.pdf](http://marilynvanegas.com/documentos/defusion_cognitiva_terapia_de_aceptacion_y_compromiso.pdf)
- Vervoort, S., Grypdonck, M., Grauwe, A., Hoepelman, A., Borleffs, J. (2009). Adherence to HAART: process explaining adherence behavior in acceptor and non-acceptors. *AIDS Care*, 21(4), 431-438.
- Villardaga, R., Estévez, A., Levin, M., y Hayes, S. (2012). Deictic Relational Responding, Empathy, and Experiential Avoidance as Predictors of Social Anhedonia: Further Contributions from Relational Frame Theory. *Psychological Record*, 62, 409-432.
- Vowles, K. E., Wetherell, J. L., & Sorrell, J. T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: Findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 49-58.
- Wegner, D., Schneider, D., Knutson, B., & McMahon, S. (1991). Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression of the mind's environment. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 141-151.
- Weil, T., Hayes, S., Capurro, P. (2011). Establishing a Deictic Relational Repertoire in Young Children. *Psychological Record*, 61, 371-390.

## Apéndices

### Apéndice A. Cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA

#### CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA EL VIH/SIDA [CAT - VIH] (Salazar, Varela y Correa, 2008)

El objetivo de este cuestionario es identificar algunas características de las personas que viven con VIH/sida y sus comportamientos de adherencia al tratamiento. En algunas preguntas debe señalar con una "x" la respuesta que considere describe mejor su situación o sus comportamientos y en los casos en que aparece una raya larga debe completar la respuesta. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas, por lo cual agradecemos su sinceridad.

#### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO ID: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_ CLSIDA \_\_\_ HUV

1) Edad: \_\_\_ años 2) Sexo: \_\_\_ 1. Hombre \_\_\_ 2. Mujer 3) Estrato socioeconómico: \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6

4) Estado civil: \_\_\_ 1. Soltero(a) \_\_\_ 2. Casado(a) \_\_\_ 3. Unión libre \_\_\_ 4. Separado(a) o divorciado(a) \_\_\_ 5. Viudo(a) \_\_\_ 6. Religioso

5) Nivel educativo: \_\_\_ 1. Ninguno \_\_\_ 2. Primaria incompleta \_\_\_ 3. Primaria completa \_\_\_ 4. Bachillerato incompleto

\_\_\_ 5. Bachillerato completo \_\_\_ 6. Técnico/Tecnológico \_\_\_ 7. Pregrado \_\_\_ 8. Postgrado

6) Ocupación: \_\_\_ 1. Hogar \_\_\_ 2. Empleado(a) \_\_\_ 3. Independiente \_\_\_ 4. Desempleado(a) \_\_\_ 5. Jubilado(a) \_\_\_ 6. Otra.

Cuál? \_\_\_\_\_

7) ¿Dónde vive? (nombre de la ciudad, pueblo o vereda donde vive): \_\_\_\_\_

8) ¿Con quién vive?

\_\_\_\_\_

9) Nivel de ingresos familiares: \_\_\_ 1. Menos de \$496.900 (<1 SMMLV) \_\_\_ 2. Entre \$496.901 y \$993.800 (entre 1 y 2 SMMLV)

\_\_\_ 3. Entre \$993.801 y \$1'490. 700 (entre 2 y 3 SMMLV) \_\_\_ 4. Más de \$1'490. 701 (más de 3 SMMLV)

10) ¿Qué otros miembros de la familia tienen VIH/sida? \_\_\_ a. Pareja actual \_\_\_ b. Hijos \_\_\_ c. Pareja anterior \_\_\_ d. Otros

\_\_\_ e. ninguno

11) SOLO PARA MUJERES: ¿Está embarazada? \_\_\_ si \_\_\_ no

#### II. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

1) ¿Actualmente toma medicamentos antirretrovirales?

\_\_\_ 1. No, porque no quiere tomarlos (si elige esta opción pase a la sección III)

\_\_\_ 2. Si

2) ¿Hace cuánto tiempo empezó con el tratamiento antirretroviral que toma actualmente? \_\_\_ años \_\_\_ meses

3) ¿Cuál es su esquema de tratamiento actual (medicamentos, número de pastillas y horarios)? Señale el nombre de

los medicamentos que toma en el cuadro y escriba al frente el número de pastillas y las veces que se los toma al día.

Inhibidores de transcriptasa - nucleósidos			
MEDICAMENTO		NÚMERO DE PASTILLAS	NÚMERO DE VECES POR DÍA
a. Abacavir – ABC (Ziagen)			
b. Zidovudina / Lamivudina (Combivir)			
c. Abacavir / Lamivudina (Kivexa)			
d. Abacavir/Lamivudina/Zidovudina (Trizivir)			
e. Estavudina (Zerit o D4T)			
F. Didanosina (Videx o DDI)			
g. Zidovudina (AZT, ZDV)			
h. Lamivudina (3TC)			
Inhibidores de transcriptasa - no nucleósidos			
MEDICAMENTO		NÚMERO DE PASTILLAS	NÚMERO DE VECES POR DÍA
i. Stocrin (EFavirenz EFV)			
j. Nevirapina (Viramune)			
Inhibidores de proteasa			
MEDICAMENTO		NÚMERO DE PASTILLAS	NÚMERO DE VECES POR DÍA
k. Fosamprenavir (Telzir)			
l. Atazanavir (Reyataz)			
m. Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)			

s. No recuerda el tratamiento antirretroviral actual \_\_\_\_

4) ¿Los medicamentos antirretrovirales que toma, le han producido efectos molestos?

\_\_ 1. No (si elige esta opción pase a la sección III)

\_\_ 2. Si

5) ¿Cuáles de los siguientes efectos molestos le han producido los medicamentos antirretrovirales que toma?

- |                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| a. Náuseas         | h. Problemas en la piel               |
| b. Vómito          | i. Gastritis                          |
| c. Fiebre          | j. Falta de apetito                   |
| d. Fatiga          | k. Sensación de cansancio o debilidad |
| e. Diarrea         | l. Disminución de peso                |
| F. Lipodistrofia   | m. Dolor de cabeza                    |
| g. Colesterol alto |                                       |

### III. COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



A continuación se presentan una serie de preguntas sobre lo que usted hace actualmente con respecto a su tratamiento para el VIH/sida. escoja una sola respuesta para cada pregunta. Es importante que sea sincero y no se preocupe por qué respuesta es correcta o incorrecta, pues no existen respuestas buenas o malas.

1. ¿Se toma los medicamentos antirretrovirales que le Formuló el médico?

- 4. Si, se los toma todos
- 2. Se toma sólo alguno(s) de ellos
- 1. No se los toma

2. ¿Se toma los medicamentos antirretrovirales en los horarios que le indicó el médico?

- 4. Siempre se los toma en los horarios indicados
- 3. Casi siempre se los toma en los horarios indicados
- 2. Falla Frecuentemente con los horarios indicados
- 1. Siempre Falla con los horarios indicados

3. ¿Se toma los medicamentos antirretrovirales en las dosis que le indicó el médico?

- 4. Siempre se los toma en las dosis indicadas
- 3. Casi siempre se los toma en las dosis indicadas
- 2. Falla Frecuentemente con las dosis indicadas
- 1. Siempre Falla con las dosis indicadas

4. ¿Asiste a las citas médicas que le da el médico?

- 4. Siempre asiste a las citas médicas
- 3. Casi siempre asiste a las citas médicas
- 2. Falta Frecuentemente a las citas médicas
- 1. Siempre Falta a las citas médicas

5. ¿Se realiza los exámenes que le manda el médico (por ejemplo, CD4, carga viral, exámenes de sangre, orina, etc.)?

- 4. Siempre se realiza los exámenes médicos
- 3. Casi siempre se realiza los exámenes médicos
- 2. Pocas veces se realiza los exámenes médicos
- 1. Nunca se realiza los exámenes médicos

6. ¿Hace ejercicio Físico distinto al que le exige sus actividades cotidianas?

- 4. Todos los días
- 3. La mayoría de días de la semana
- 2. Pocas veces a la semana
- 1. Nunca

7. ¿Se alimenta saludablemente (por ejemplo, no se excede en el consumo de grasas, azúcares y harinas, come Frutas y verduras, toma agua, evita comer enlatados, gaseosas y alimentos con preservativos, etc.)?

- 4. Siempre se alimenta saludablemente
- 3. Casi siempre se alimenta saludablemente
- 2. Pocas veces se alimenta saludablemente
- 1. Nunca se alimenta saludablemente

8. ¿Evita consumir alimentos que puedan estar contaminados o sucios (por ejemplo, lavando bien las Frutas y verduras, no comiendo en la calle, lavándose bien las manos, etc.)?

- 4. La mayoría de las veces
- 3. Con bastante Frecuencia
- 2. A veces lo evita, aunque no muy seguido
- 1. Nunca lo evita

9. Cuando se siente triste, enojado o angustiado ¿hace algo que le permita sentirse mejor (por ejemplo, desahogarse llorando, buscar a alguien para hablar, distraerse con alguna actividad, buscar el lado bueno de la situación, leer, meditar, etc.)?

- 4. La mayoría de las veces hace algo que lo haga sentir mejor
- 3. Con bastante Frecuencia hace algo que lo haga sentir mejor
- 2. A veces hace algo que lo haga sentir mejor
- 1. Nunca hace algo que lo haga sentir mejor

10. ¿Toma bebidas alcohólicas?

- 1. Varias veces en el día
- 2. Una vez al día
- 3. Por lo menos una vez a la semana
- 4. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
- 5. No toma bebidas alcohólicas

11. ¿Fuma?

- 1. Varias veces en el día
- 2. Una vez al día
- 3. Por lo menos una vez a la semana
- 4. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
- 5. No Fuma

12. ¿Consume marihuana, cocaína, bazuco y otra droga?

- 1. Varias veces en el día
- 2. Una vez al día
- 3. Por lo menos una vez a la semana
- 4. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
- 5. No consume ninguna droga

13. ¿Desde que conoce su diagnóstico, usa condón durante las relaciones sexuales?

- 5. No ha tenido parejas sexuales desde su diagnóstico
- 4. Siempre usa condón
- 2. En ciertas ocasiones usa condón
- 1. Nunca usa condón

14. ¿Usa el condón correctamente (por ejemplo, revisa la fecha de vencimiento, NO rompe el empaque con los dientes, NO utiliza productos que afecten su calidad, etc.)?

- 5. No usa porque no tiene pareja sexual actual
- 4. Lo utiliza correctamente la mayoría de las veces
- 3. Lo utiliza correctamente con bastante frecuencia
- 2. Frecuentemente falla en utilizarlo correctamente
- 1. Nunca lo utiliza correctamente

15. Desde su diagnóstico ¿observa su propio cuerpo para detectar si hay cambios (por ejemplo, aparición de manchas o irritaciones, inflamación de ganglios, aparición de abultamientos, Flujos vaginales, etc.)?

- 4. Frecuentemente observa su propio cuerpo
- 3. Algunas veces observa su propio cuerpo
- 2. Pocas veces observa su propio cuerpo
- 1. Rara vez observa su propio cuerpo

16. ¿Se preocupa por el cuidado de sí mismo(a) (por ejemplo, no descuida su tratamiento por el cuidado de los demás, saca tiempo para usted, etc.)?

- 4. Frecuentemente se preocupa por el cuidado de si mismo(a)
- 3. Algunas veces se preocupa por el cuidado de si mismo(a)
- 2. Pocas veces se preocupa por el cuidado de si mismo(a)
- 1. Nunca se preocupa por el cuidado de si mismo(a)

SÓLO PARA MUJERES:

17. ¿Se hace la citología vaginal cuando se la ordena el médico?

- 4. Si, se la hace cuando el médico se la ordena
- 3. Sólo en ciertas ocasiones
- 1. Nunca se la hace

**Apéndice B. Auto-registro relacionado con comportamientos de adherencia al  
tratamiento antirretroviral**

**INSTRUCCIONES**

1. A continuación encontrará una serie de comportamientos o acciones relacionadas con algunas prescripciones médicas. Si usted cumple con alguno(s) de los comportamientos, deberá marcar con una X la casilla correspondiente al día en el que usted realizó tal comportamiento. Por ejemplo, si usted observó su cuerpo el día Lunes, deberá marcar una X en la columna “Lunes” ubicada en la fila “Observé mi cuerpo”. Si por el contrario usted olvidó observar su cuerpo el día Martes, la casilla ubicada en la columna “Martes” ubicada en la fila “Observé mi cuerpo” deberá dejarla en blanco.

<b>Comportamiento</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>	<b>DOMINGO</b>
<b>Asistí a las citas médicas asignadas (diligenciar sólo si tiene una cita asignada durante la semana)</b>							
<b>Utilicé métodos de protección cuando tuve relaciones sexuales (condón masculino, condón femenino, etc.)</b>							
<b>Observé mi cuerpo</b>							
<b>Informé al médico o a la enfermera sobre algún cambio que noté en mi cuerpo</b>							
<b>Me cepillé los dientes</b>							
<b>Me bañé</b>							
<b>Me sentí estresado durante el día</b>							
<b>Me sentí triste durante el día</b>							
<b>Logré descansar durante mis horas de sueño</b>							

a) A continuación escriba cuantas horas duerme y cuantas horas de actividad tiene al día:

<b>Horas de sueño:</b>							
<b>Horas de actividad:</b>							

2. A continuación escriba la letra “A” si consumió alcohol, la letra “C” si consumió cigarrillo y la letra “D” si consumió drogas.

Si marca la letra “A” por favor especifique el tipo de sustancia (cerveza, ron, aguardiente, etc) y medida de consumo (copa, botella, garrafa, etc).

Si marca la letra “C” por favor especifique el número de cigarrillos que consumió. Por ejemplo, si el día Lunes usted se fumó 3 cigarrillos, deberá marcar en la casilla del día Lunes “C3”.

Si marca la letra “D” por favor especifique el tipo de sustancia (marihuana, cocaína, heroína, etc) y medida de consumo (unidades, gramos, etc).

Si no consumió alcohol, cigarrillo o drogas durante el día, por favor deje la casilla en blanco.

<b>Comportamiento</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>Consumí alcohol, cigarrillo y/o drogas</b>							

3. A continuación encontrará una tabla referida específicamente a la toma de medicamentos en los horarios indicados. La sigla “NP” significa “Número de Pastillas” que usted debe tomar en el día, y la sigla “PT” significa “Pastillas Tomadas”, es decir, el número de pastillas que usted se tomó durante el día.

Por ejemplo, si el día Lunes usted se debe tomar 5 pastillas, de las cuales se tomó 2, en la casilla del día “Lunes” deberá poner al frente de “NP” el número 5, y al frente de “PT” el número 2.

<b>Comportamiento</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>Toma de medicamentos en los horarios indicados</b>	NP:	NP:	NP:	NP:	NP:	NP:	NP:
	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:

4. ¿Qué tipo(s) de actividad física (ejercicio) realiza de forma cotidiana?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

a. Si usualmente no realiza actividad física, ¿cuáles fueron las actividades físicas que le recomendó realizar su médico?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

b. Marque con una X los días en los que realiza la actividad física.

Actividad física	Comportamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1.							
	2.							
	3.							

5. ¿Qué tipo(s) de alimentos saludables consume de forma cotidiana? (Alimentos recomendados: manzana, plátano, mango, carne, pollo o pescado libres de grasa, huevos cocidos, yogurt natural, verduras, consumo constante de agua. Alimentos NO recomendados: granadilla, pitaya, papaya, café, Coca-Cola, alimentos fritos)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

a. Si usualmente no consume alimentos saludables ¿cuáles fueron los que le recomendó consumir su médico?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

b. Marque con una X los días en los que consume alimentos saludables.

Alimentos Saludables		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1.							
	2.							
	3.							

**Apéndice C. Guía de Formulación de caso clínico realizada por Muñoz y Novoa-Gómez (2010).**

***MODELO DE FORMULACIÓN CLÍNICA CONDUCTUAL***

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS  
GENOGRAMA**

**TRANSCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADA POR EL CONSULTANTE:**

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CASO CLÍNICO:**

El primer paso incluye la descripción de la problemática del consultante, su historia y áreas de funcionamiento con base en la cual se plantearán las hipótesis de adquisición, predisposición y mantenimiento que guían el proceso de elaboración de juicios clínicos que permiten identificar la unidad de análisis.

<b>DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>ESTADO ACTUAL –ANÁLISIS SINCRÓNICO</b>	<b>HISTORIA –ANÁLISIS DIACRÓNICO</b>
<p>En este apartado se han de incluir los elementos relacionados con el motivo de consulta que permitan establecer su complejidad en términos de los factores asociados, la demanda del consultante y las explicaciones que da a su problema y a la asistencia a consulta.</p>	<p>El análisis sincrónico consiste en la descripción de la relación contingencial, es decir, la covariación entre la conducta y las variables contextuales en el momento actual de su vida. Se describe el contexto inmediato en el que ocurren los comportamientos operacionalizados, identificando las diferencias en los valores de los parámetros del comportamiento de forma precisa.</p>	<p>Hace referencia al análisis de la información de la conducta problema en términos de la historia que permitirá establecer los factores de predisposición y adquisición de las conductas operacionalizadas como objeto de estudio, así como del proceso de evolución desde su aparición hasta el momento actual.</p> <p>Debe describirse la forma como las conductas problema han evolucionado desde el momento de su adquisición. También ha de incluir toda la información histórica que pueda ser relevante para comprender los comportamientos problema, entre esto las condiciones biológicas y psicológicas que puedan haber contribuido al desarrollo de ellos, los modelos de conductas relevantes, así como los factores familiares, religiosos, éticos, políticos o culturales pertinentes.</p> <p>Se debe considerar la historia de otros problemas que puedan estar relacionados con la conducta problemáticas así como los posibles factores protectores a través de su historia.</p>

**CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL/LA CONSULTANTE: DESCRIBIR EL TIPO DE RELACION ENTRE LAS CONDICIONES Y LA CONDUCTA**

Describa las condiciones biológicas de la persona, históricas y actuales, que se relacionan de alguna manera con el funcionamiento personal, social, académico, laboral o sexual y con la problemática

**CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO**

Por contexto de funcionamiento se entiende el conjunto de circunstancias de tiempo, lugar y personas que demandan de una persona comportamientos específicos. Se enumeran a continuación los contextos más comunes a la mayoría de las personas. Sin embargo, si el clínico identifica otros contextos debe incluirlos.

	DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	COMPORTAMIENTOS QUE SE PRESENTAN
FAMILIAR	Descripción del tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa) y su composición. Descripción de las relaciones familiares y el tipo de normas. En el caso de los niños, descripción de acuerdos para el manejo de autoridad, quien establece las reglas, quien las hace cumplir, consecuencias del comportamiento. También se han de incluir las valoraciones que se hacen de los miembros de la familia y lo que como grupo social determinan que debe ser el comportamiento del individuo	Descripción de los comportamientos en el contexto familiar: formas de interactuar con los padres, hermanos, hijos, etc. (según el caso); repertorios de comunicación afectiva y de solución de problemas.
ESCOLAR	Descripción del contexto escolar (si es pertinente). Tipo de institución educativa (nivel escolar y/o carrera) y características del grupo.	Descripción de los comportamientos académicos (¿asiste a clase? ¿Cumple con las demandas escolares?), así como su interacción actual con maestros y compañeros.
LABORAL	Descripción de las condiciones laborales (si es pertinente): tipo de trabajo, cargo, clima organizacional.	Descripción de los comportamientos del/la consultante en el ambiente laboral: Repertorios de la interacción actual del consultante con sus jefes, compañeros y subordinados.
RELACIÓN DE PAREJA	Descripción de las características de la(s) pareja(s) de la consultante y de sus circunstancias específicas.	Describa la forma como el/la consultante está interactuando con su pareja actual.
SOCIAL	Descripción del o los grupos de referencia y/o de apoyo, así como las condiciones de interacción social del consultante.	Describa la forma como el/la consultante está interactuando con sus pares y amigos y las actividades que realiza con ellos.
RELIGIOSO/ESPIRITUAL	Descripción del grupo religioso (sí es pertinente) al que pertenece el/la consultante, o del contexto de espiritualidad	Describa las prácticas religiosas o de desarrollo de la espiritualidad del/la consultante y la forma como interactúa actualmente con los miembros de su grupo religioso.

**COMPETENCIAS**

Una competencia es un conjunto de habilidades o destrezas que se ajustan (son efectivas) en relación con un **criterio** establecido. Una competencia incluye usualmente comportamientos de diferentes morfologías que son efectivos en cuanto se ajustan personal o socialmente. En este apartado también es importante identificar cuando el comportamiento no es efectivo.



TIPO DE COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN
PERCEPTO-MOTORAS	Cuando resulte pertinente, describa las competencias percepto-motoras o la carencia de ellas (p.ej., coordinación visomotriz).
AFFECTIVAS/EMOCIONALES	Competencias de identificación de estados emocionales y afectivos, en sí mismo/a y en otros, capacidad para relacionarlos con situaciones o personas; congruencias entre la situación y los parámetros topográficos (intensidad, duración, frecuencia) de estos estados, repertorios de autorregulación y de expresión emocional.
ACADÉMICAS	Describa las competencias académicas del/la consultante o la carencia de ellas (¿es exitoso académicamente?)
COGNOSCITIVAS/VERBALES	Describa las competencias cognoscitivas (de pensamiento) o sus limitaciones y/o carencias. Identifique si la persona es capaz de interpretar adecuadamente su entorno social y hace razonamientos, inferencias y atribuciones apropiadas; incluya las competencias de regulación verbal.
INTERACCIÓN SOCIAL	Describa las competencias de interacción social tanto a nivel verbal como no verbal, si discrimina o no sentimientos y emociones de los otros, así como la comunicación emocional con las otras personas.
AUTO-CONTROL	Describa las competencias de la persona para escoger y mantener sus decisiones en relación con la obtención de beneficios de largo término y de mayor valor, en contraposición con beneficios inmediatos pero de menor valor.
SEXUAL	Describa las competencias sexuales en términos de si usualmente es capaz de satisfacer a su pareja y lograr satisfacción personal.
SALUD-ENFERMEDAD	Describa las competencias de la persona en relación con el mantenimiento de su salud, de la prevención de la enfermedad y del enfrentamiento de la enfermedad misma.

**COMPETENCIAS DE AUTOCONOCIMIENTO**

	DESCRIPCIÓN HECHA POR EL CONSULTANTE	VALORACIÓN DEL TERAPEUTA (Aquí el profesional debe señalar las relaciones que establece entre el reporte del consultante y lo que observa)
<b>AUTODESCRIPCIÓN</b>	Hace referencia a la forma en la que el consultante explicita sus características en relación con su contexto.	
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>	Hace referencia a la identificación de los criterios y los juicios de valor que hace la persona sobre sí misma y con respecto a qué se hacen tales valoraciones. (¿Cómo se evalúa la persona?, ¿Cómo se evalúa en relación con los otros?, ¿Cuál es el grupo de referencia?)	
<b>EXPLICACIÓN DEL PROPIO COMPORTAMIENTO</b>	Hace referencia a las relaciones que las personas establecen entre su conducta y los factores antecedentes, concurrentes y consecuentes.	

**RECURSOS FACILITADORES DEL PROCESO TERAPEUTICO**

Hacen referencia a los recursos contextuales y del consultante que pueden disminuir el impacto de las problemáticas o modular el proceso terapéutico. En este apartado no se repite la información antes descrita es un resumen de tales contextos

**GRADO DE AFECTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

Se trata de definir de manera clara, precisa y específica el grado de severidad de la problemática del/la consultante identificando la forma como los comportamientos problema afectan su funcionamiento en las diferentes áreas de su vida, así como la forma como esos comportamientos afectan a otras personas.

<b>Conducta problema</b> (En este apartado debe incluirse la operacionalización de las conductas problema identificadas, que implica la descripción de la interacción y los parámetros de la respuesta)	<b>Áreas de funcionamiento afectado y gravedad</b>	<b>Afectación de otras personas</b>
Conducta 1		
Conducta 2		
Conducta n...		

### **FORMULACION DE HIPOTESIS**

Se plantean las hipótesis que se han desarrollado hasta el momento con respecto a las relaciones consideradas entre los distintos problemas, las posibles causas, los datos encontrados que comprueban aprueban o falsean las hipótesis, la literatura científica al respecto y demás fuentes de hipótesis y/o verificación de las mismas.

<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>JUSTIFICACIÓN Y SOPORTE DE LAS HIPÓTESIS</b>
<p>Las unidades de análisis o clases funcionales de conducta, pueden ser topográficamente diferentes, pero con una misma función, y son el objeto de explicación del análisis. Éstas pueden ser tan molares o moleculares como corresponda a cada caso en particular.</p> <p>Las unidades de análisis deben definirse funcionalmente y constituyen el objeto de explicación e intervención. Además al definir cada unidad de análisis debe identificarse él o los indicadores de cambio (unidad de medida).</p>	<p>Las hipótesis son enunciados tentativos que relacionan funcionalmente el comportamiento de una persona con factores biológicos, físicos y/o sociales.</p> <p><i>Tipos de hipótesis</i></p> <p>Predisposición: factores que vulneran o facilitan la presentación de los problemas, éstos pueden implicar aspectos en la historia remota o cercana del consultante, con respecto al problema actual.</p> <p>Adquisición: planteamiento de una posible contingencia que facilitó el establecimiento de las conductas problemas.</p> <p>Mantenimiento: hace referencia al planteamiento que establece la relación entre el comportamiento problema y los factores contextuales actuales que lo controlan.</p>	<p>Las hipótesis planteadas deben ser justificadas considerando la información recolectada durante el proceso de evaluación y la información sobre investigaciones que relacionen las variables consideradas.</p> <p><b>Formas cualitativas de justificación de hipótesis:</b></p> <p>1- <i>Convergencia de información:</i> se debe evaluar el mismo acontecimiento por diversos métodos, determinando la coincidencia de la información suministrada.</p> <p>2- <i>Adecuación a la teoría e investigación:</i> Adecuación de los datos convergentes con los resultados de investigación.</p> <p>Como técnicas de recolección de información se proponen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista con el/la consultante</li> <li>2. Entrevista con personas significativas (familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros.)</li> <li>3. Informes de otros profesionales</li> <li>4. Cuestionarios e inventarios.</li> <li>5. Autorregistros</li> <li>6. Observación de las conductas clínicamente relevantes en el contexto de interacción terapéutica (Pérez Álvarez, 1996)</li> </ol> <p>Se hace énfasis en la importancia de la aproximación multimétodo, en diferentes contextos, incluyendo las interacciones con el</p>

		<p>terapeuta, e información proveniente de diversas fuentes de acuerdo a la situación particular del consultante.</p> <p>La justificación debe incluir de manera específica la información con base en la cual la hipótesis se plantea.</p> <p>Mostrar si las hipótesis son plausibles (qué sucedió que permite mostrar lo ocurrido se siga presentando o que se haya dado en determinado momento) y la verificación de ellas (validación)</p>
--	--	--

**HIPOTESIS EXPLICATIVA**

Esta hipótesis resume y organiza toda la información relevante para entender el caso y orientar la intervención. Integra todas las hipótesis que han sido validadas y aclara el papel de las distintas variables conductuales y contextuales. Se plantea manteniendo consistencia interna y relación lógica con el análisis descriptivo, explicando el desarrollo o evolución del problema, y específicamente los factores y los procesos responsables del mantenimiento del mismo en el momento actual de la vida de la persona o grupo. Debe asegurarse de tener suficiente evidencia empírica para los procesos psicológicos y las variables explicativas que formula.

**PLAN DE INTERVENCION**

El plan de intervención debe responder a las prioridades identificadas y a lo planteado en la hipótesis explicativa. Al diseñar el plan de intervención debe considerar las características del consultante, en términos de su proceso evolutivo y factores y repertorios que puedan aumentar la probabilidad de éxito o fracaso de la intervención, las condiciones ambientales y del grupo social que pueden verse afectadas por esta y la información sobre las estrategias de intervención que han probado ser más efectivas en situaciones similares, con el fin de realizar un análisis de consto-beneficio que garantice la mejor intervención para el consultante.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>Los objetivos deben estar formulados en términos de la conducta del consultante y especificar los indicadores de logro para la finalización de la intervención (Muñoz, 2000). Deben centrarse en que el sujeto obtenga un nivel de ejecución efectivo, considerar la especificidad de la situación y el contexto, y ser individualizados para cada caso.</p>	<p>El diseño del debe considerar el planteamiento de criterios de logro que puedan ser comprobados y la metodología, incluidos procedimientos que describan las acciones que serán ejecutadas por el terapeuta y el o los consultantes en el momento de la aplicación (Ballesteros &amp; Rey, 1999)</p> <p>Para diseñarlo se realiza un análisis de tareas para cada comportamiento a intervenir y se describen las actividades a realizar para conseguir los objetivos de la intervención. Se incluyen las que se realizarán en la sesión y las que se dejarán como <i>tarea</i> entre sesión y sesión; así mismo, las que se realizarán con el paciente, con sus familiares y/o con otros sujetos relacionados con la problemática.</p>

## **Apéndice D. Consentimiento informado.**

### **Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Maestría en Psicología Clínica.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de la investigación:**

Efectos de la terapia de aceptación y compromiso en la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes diagnosticados con VIH

**Nombre y teléfono del Investigador Principal:** Laura Catalina Patiño Torres - 3138920836

**Nombre y teléfono del Tutor:** Rochy Vargas Gutierrez - 3103003971

De manera cordial, le estamos pidiendo participar en esta investigación, dirigida por Rochy Vargas, docente de la facultad de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana.

Este informe de consentimiento pretende ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal del estudio que le explique. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que usted tenga una buena comprensión de la investigación. También lo alentamos a consultarlo con su familia, amigos y médicos de cabecera.

**¿Cuáles son los posibles riesgos?**

La investigación no implican ningún riesgo físico o psicológico para usted. Su participación no tendrá consecuencias en su situación financiera, su empleo o su reputación.

**¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el estudio clínico?**

1. Acceder sin ningún costo a un proceso terapéutico riguroso, sistemático y supervisado por profesionales con amplia trayectoria en el área clínica.
2. Desarrollar herramientas que le permitan mejorar las estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y adquirir habilidades en la solución de problemas.

**Confidencialidad del participante.**

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos la directora de la investigación y la psicóloga que le da la atención. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si durante el diligenciamiento de la

encuesta o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con el investigador que conduce este proyecto.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Si usted decide participar, usted está libre de retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto los investigadores se la proporcionarán.

**Consentimiento del sujeto del estudio.**

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación:** \_\_\_\_\_

**Nombre del investigador:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Apéndice E. Plan de evaluación e intervención.**

<b>PLAN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN</b>	
<b>EVALUACIÓN</b>	
<b>SESIÓN 1</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>
Socializar el proyecto de investigación y el proceso de intervención.	Se explica de forma clara y completa en que consiste la investigación y se firma el consentimiento Informado.
Identificar el motivo de consulta	Se realiza una entrevista semi-estructurada que permita identificar frecuencia, duración y momento de inicio de la problemática
<b>SESIÓN 2</b>	
Indagar por áreas de funcionamiento (social, laboral, académica, personal, familiar y religiosa/espiritual)	Se realiza una entrevista semi-estructurada que permita identificar cómo se comporta el consultante en cada una de sus áreas de funcionamiento y si han habido cambios con el conocimiento de la enfermedad. En el área familiar se identifica frecuencia de comunicación con familiares, temas tratados, percepción de apoyo, entre otros.
<b>SESIÓN 3</b>	
Indagar por aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral (hábitos o rutinas que actualmente el consultante implementa en su vida cotidiana, comprensión sobre lo que para él significa el concepto de adherencia,	Se realiza una entrevista semi-estructurada y se aplica el cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA (CAT-VIH) de Salazar, Varela y Correa (2008)

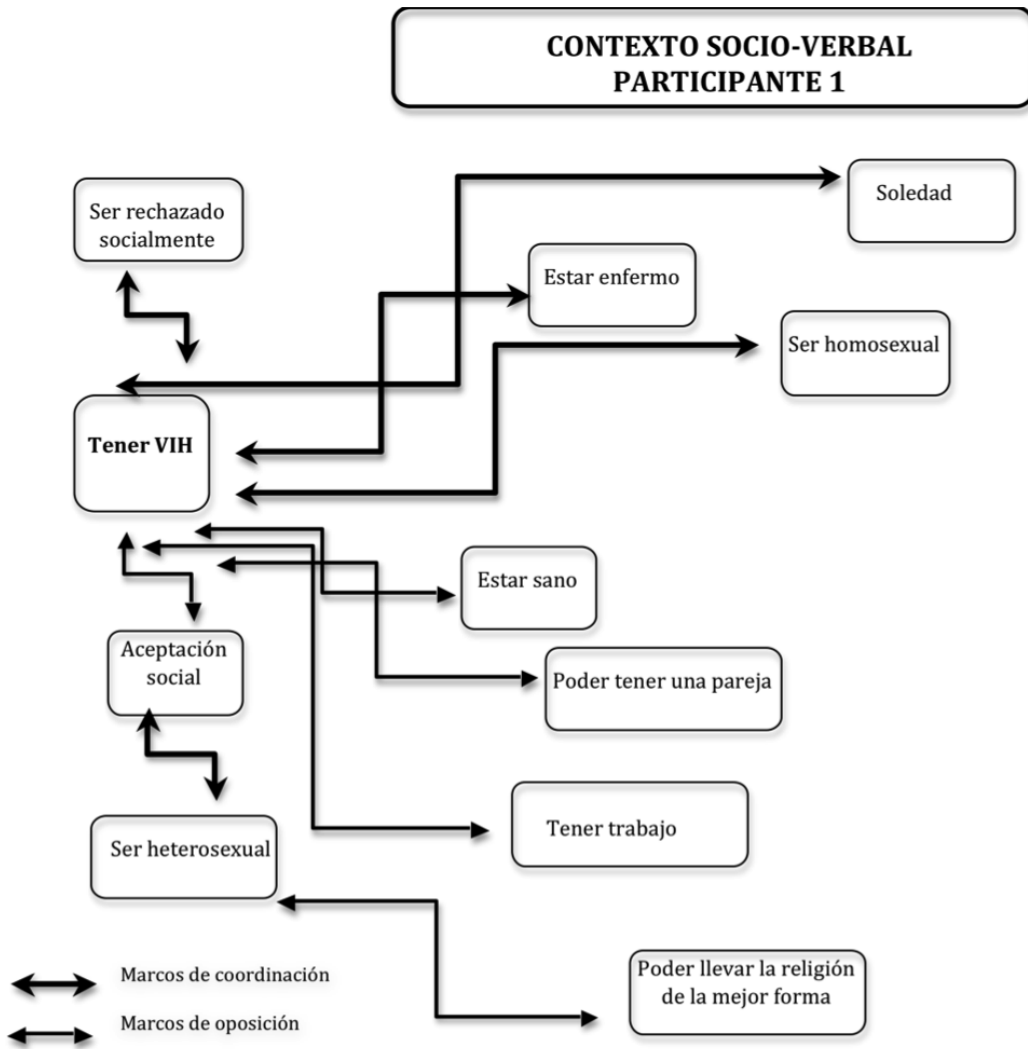
recomendaciones de los profesionales de la salud asociadas a la adherencia)	
Explicar el registro semanal sobre comportamientos de adherencia al tratamiento antirretroviral	Se realiza la explicación del registro de comportamientos de adherencia al tratamiento antirretroviral, leyendo en conjunto con el paciente dicho documento. Además, se le explica por qué se usará este tipo de registro y su importancia. También se le informa que dicho registro se usará hasta que la intervención psicoterapéutica finalice.
<b>Finalizada la fase de evaluación se tomó la línea de base durante tres (3) semanas con el auto-registro de comportamientos de adherencia al tratamiento antirretroviral</b>	
<b>SESIÓN 4</b>	
Dar retroalimentación sobre la formulación del caso y sobre los resultados del CAT-VIH	Se explica de forma clara y completa la formulación del caso. Se le pide al consultante que exponga su visión sobre la formulación que da la terapeuta con el fin de acordar las metas del trabajo psicoterapéutico.
<b>INTERVENCIÓN</b>	
<b>SESIÓN 5 – Fase de desesperanza (Desesperanza creativa)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los intentos que ha hecho el consultante por solucionar las situaciones que considera problemáticas y evocar aquellos eventos privados que surgen alrededor de dichos eventos.</li> <li>• Identificar el efecto paradójico del control (intento de solución, parte del problema).</li> </ul>	Se le pide al consultante que narre una situación dolorosa que haya sucedido recientemente. Se identifican emociones alrededor de esta situación, permitiendo trabajar la exposición a la emoción y un acercamiento inicial a los valores del consultante. Se utiliza la metáfora de los "elefantes rosados".
<b>SESIÓN 6 – Fase de aceptación (Defusión y yo como contexto)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deshacer el exceso de</li> </ul>	Se realiza un ejercicio experiencial

<p>literalización de los pensamientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distinguir evaluación de descripción.</li> <li>• Desarrollar la toma de perspectiva (<i>yo como contexto</i>).</li> </ul>	<p>relacionado con la descripción de pensamientos y emociones considerados negativos, esto con el objetivo de posicionar al consultante en un rol de observador (además de desliteralización se trabaja exposición a eventos privados y yo como contexto). Se realiza el ejercicio de "Llevar la mente a dar un paseo".</p>
<p><b>SESIÓN 7 - Fase de aceptación (Aceptación)</b></p>	
<p>Generar flexibilidad frente a los contenidos con funciones aversivas.</p>	<p>Identificar aquellas emociones que el consultante identifica como barreras que se presentan al momento de actuar. Se evocan eventos privados para que entre en contacto con ellos, sin la intención de manipularlos o reducirlos. Se realiza la metáfora del "Conductor del Autobús".</p>
<p><b>SESIÓN 8 - Fase de valores (Valores)</b></p>	
<p>Identificar lo que resulta importante para la vida del consultante.</p>	<p>Se realiza la metáfora de "El Epitafio". Se le explica cada una de las áreas de funcionamiento y se le pide que en una escala de 1 a 5 las valore de acuerdo con su nivel de importancia. Luego, se le pide que identifique qué considera importante en cada una de las áreas.</p>
<p><b>SESIÓN 9 – Fase de valores (Valores y barreras)</b></p>	
<p>Identificar posibles dificultades que impiden realizar acciones orientadas a sus valores.</p>	<p>Se utiliza el formato de valores (Apéndice I) en el que por cada área de funcionamiento se identifican las barreras y se reduce el impacto de las mismas por medio de la aceptación.</p>
<p><b>SESIÓN 10 – Fase de acciones comprometidas (acción y compromiso)</b></p>	
<p>Establecer las acciones concretas que el cliente puede ejecutar para ir hacia los valores.</p>	<p>Se realiza la metáfora del "Libro en blanco" ("la vida es como un libro con páginas en blanco y cada uno decide qué dibuja y cómo lo hace). Se utiliza el formato de valores (Apéndice) en el que por cada área de funcionamiento se identifican acciones (metas) orientadas a la consecución de lo que quisiera hacer en dicha área.</p>

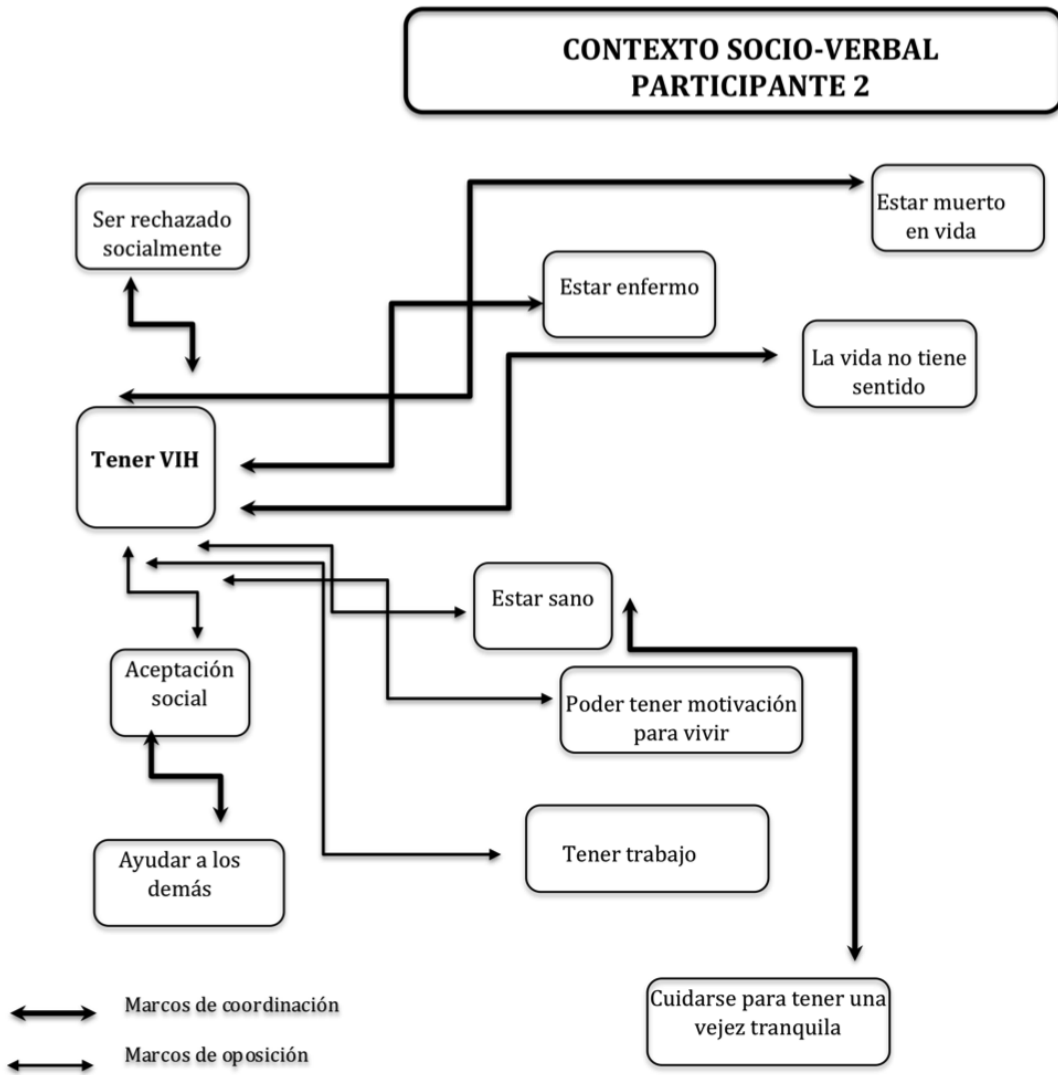


<b>SESIÓN 11 - Cierre</b>	
Realizar una retroalimentación de la intervención y del caso.	La terapeuta retroalimenta sobre los avances del consultante, y resalta las acciones orientadas a valores que se identifican en sesiones anteriores. Se le pide al consultante que haga una retroalimentación del proceso.

Apéndice F. Marcos relacionales identificados en el participante 1



**Apéndice G. Marcos relacionales identificados en el participante 2**



Apéndice H. Marcos relacionales identificados en el participante 3

