

Situaciones y respuesta de ansiedad en pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento

Anxiety situations and responses on HIV/AIDS patients who adhere or not to treatment

Mario Bulnes Bedón, Leni Alvarez Taco, Willy Renato Santiváñez Olulo y Carlos Ponce Díaz

RESUMEN. El presente estudio tiene como objetivo principal el conocer los factores relacionados con la ansiedad que conducen a los pacientes con VIH/SIDA a no asumir un comportamiento de adherencia al tratamiento, toda vez que aquello se convierte en un comportamiento de riesgo para la persona en sí misma y para la propagación de la enfermedad. La muestra está conformada por 38 pacientes con VIH/SIDA de los cuales 21 lograron desarrollar adherencia al tratamiento y 17 no lo consiguieron. Para recoger la información se utilizó el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad de Tobal y Cano (1988), cuya base teórica es la teoría interaccionista. Ese evalúa las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Los resultados demuestran que los pacientes con VIH/SIDA con adherencia al tratamiento tienen menos niveles de ansiedad que los pacientes sin adherencia al tratamiento, desde el punto de vista de las respuestas fisiológicas y motoras, así como de las situaciones que les generan ansiedad como son las interpersonales y las de evaluación. En cuanto a las respuestas cognitivas y las situaciones de ansiedad fóbica y en situaciones cotidianas, no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

ABSTRACT. The purpose of the present study is to determine anxiety-related factors preventing HIV/AIDS patients from developing adherence to treatment, which becomes a risk behaviour for the individual patient and for the spread of the disease. The sample consisted of 38 HIV/AIDS patients, 21 of whom were able to develop treatment adherence and 17 were not. For data collection, Tobal and Cano's Inventory of Anxiety Situations and Responses (1988) was used. This instrument is based on the interactionist theory, and assesses cognitive, physiological and motor anxiety responses to everyday situations. The results show that HIV/AIDS patients who adhere to treatment have a lower anxiety level than those who do not, regarding physiological and motor response as well as anxiety-generating situations, such as interpersonal situations and evaluation. Regarding cognitive response, phobic anxiety and everyday situations, no significant difference was found between the groups.

Recibido: 16-06-2015

Aceptado: 08-07-2015

Palabras clave: VIH/SIDA, ansiedad, adherencia al tratamiento.

Keywords: HIV / AIDS, anxiety, adherence to treatment

Mario Bulnes Bedón
UNMSM
mario_bulnesb@hotmail.com
Carmen Leni Alvarez Taco
UNMSM
leni_alvareztaco@hotmail.com
Willy Renato Santiváñez Olulo
UNMSM
resanol7@yahoo.es
Carlos Ponce Díaz
UL - USIL
cponcediaz@hotmail.com

Introducción

La primera etapa del SIDA en el Perú se inició en la década de los 80, en la que la presencia de dicha enfermedad llamó la atención a muchos especialistas, en especial a los inmunólogos. Dentro de ellos se puede mencionar al doctor Patrucco, profesor de la Universidad Particular Cayetano Heredia, quien fue el primero en diagnosticar a una persona con VIH en Lima (Guerra, 1988; citado por Cueto, 2002). El paciente era homosexual y había vivido en el extranjero por muchos años, donde el VIH tenía gran incidencia. Retornó al Perú en 1982. Probablemente, se deba a eso el hecho de que la epidemia del VIH en el Perú fue relacionada a la homosexualidad, bisexualidad y a las trabajadoras sexuales (Cueto, 2002).

Existen una serie de datos estadísticos que permiten tomar conocimiento de la existencia de un predominio de infectados en varones homosexuales, y es la vía de transmisión sexual (anal, vaginal y oral) la que hasta el momento permanece como la forma de contagio predominante (Cueto, 2002). Los estudios reportados por el Ministerio de Salud (2012) revelan que, en el 97 % de los casos, la forma de transmisión del virus sigue siendo la sexual. Por tal motivo, autores como Bokun (1987) resaltan que la liberación sexual y la promiscuidad de la sociedad son los principales culpables de la propagación del VIH.

Según el Ministerio de Salud (2012) la propagación es alarmante y afecta mayormente a la población productiva. Así, se tiene que si bien durante el año 1986 sólo se presentaron dos casos de mujeres infectadas, durante el año 1998 se presentaron 329 casos. Esta referencia fue analizada por Cueto (2002) quien reveló que todas las mujeres infectadas eran monógamas; no obstante, sus parejas sexuales eran bisexuales. Adicionalmente, Bokun (1987) refiere que las personas bisexuales se muestran más vulnerables a las infecciones oportunistas. Explica que ellos desarrollan profunda frustración y ansiedad y los lleva más rápido a desarrollar un cuadro de desequilibrio inmunológico.

Es así como la epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en uno de los más preocupantes problemas de salud pública del presente siglo debido, sobre todo,

a su repercusión en la vida familiar a través de los denominados comportamientos de riesgo (Bayes, 1998). Incluso en el Perú, el Ministerio de Salud (2012), a través de la Dirección General de Epidemiología, ha registrado 1055 casos de SIDA y 2908 de infecciones por VIH solo durante el año 2011, y en total, hasta el 31 de marzo del 2012 se han notificado 28,878 casos de SIDA y 46,494 casos de VIH.

Como se puede observar, estas cifras son alarmantes; sin embargo, los avances científicos logrados en los últimos años han permitido conocer mejor la magnitud del problema, así como formas de desarrollar estrategias de atención primaria y secundaria, que parten del acceso al tratamiento antirretroviral y a la mayor participación en programas eficaces de tratamiento y prevención, los cuales han sido asumidos por el sector salud.

Específicamente, en el campo del tratamiento de la infección por VIH/SIDA se han registrado avances notables a partir de programas nacionales y sectoriales. Por ejemplo, el programa del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), entre otros, ha permitido reducir significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH y al sida en el Perú (García, 2006). En efecto, de acuerdo a las estadísticas aportadas por el Ministerio de Salud (2012), en los últimos tres años, la prevalencia de la enfermedad está disminuyendo gradualmente (figura 1), lo que ha representado un aumento de la supervivencia, mejoría de la calidad de vida de las personas con dicha infección y disminución de las complicaciones asociadas.

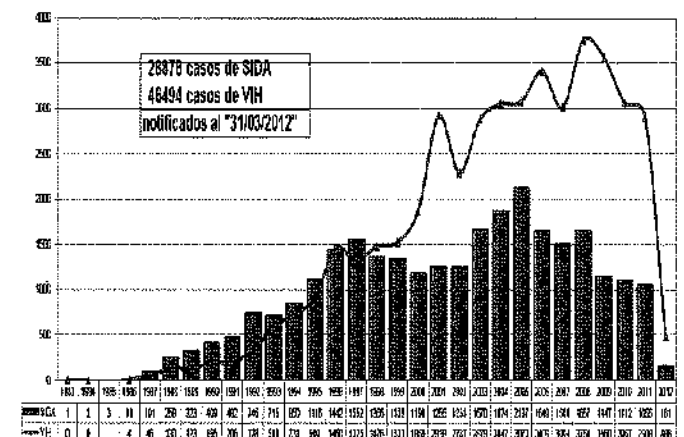


Figura 1. Casos de SIDA / VIH según año diagnóstico

Fuente: GT ETS/VHI/SIDA DGE – MINSA

Sin embargo, tan solo la existencia de programas no basta para detener el problema. También se ha podido observar que la actitud asumida por los pacientes hacia el tratamiento antirretroviral es un fuerte componente que define el éxito o fracaso terapéutico. En otras palabras, la no adherencia al tratamiento es la principal causa de fracaso terapéutico (Mulanovich y Gutiérrez, 2000).

Diversos estudios sugieren, que al no tener este nivel de adherencia, se puede generar, en el paciente, niveles altos de resistencia a las drogas existentes. Por ello, dichos estudios se han enfocado a encontrar la relación de la adherencia a la edad, condición social, sexo, estado civil y personalidad, mientras que otros estudios se han interesado en conocer su relación con la pobreza y la pérdida de soporte social. En este sentido, el presente estudio se orienta a conocer la existencia de ansiedad como un indicador de la presencia de desajuste del paciente. Esto debido al tipo de tratamiento que debe seguir, vale decir, si es capaz de adecuarse a un nuevo estilo de vida y seguir las recomendaciones dadas por el médico o profesional de salud en general.

La adherencia al tratamiento

En este sentido, habría que definir la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA. Martín y Grau (2004, citados por Villa y Vinaccia, 2006) refieren que la adhesión al tratamiento implica un compromiso activo y voluntario por parte del paciente con el objetivo de lograr los resultados deseados en su tratamiento. Varela, Salazar y Correa (2008) la define como 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 componentes cognitivos, conductuales y motivacionales se ven integrados en estas dos apreciaciones, en la medida que el compromiso voluntario del paciente se convierte en el motor de la ejecución de un

conjunto de conductas o comportamientos planteados en el tratamiento médico, dirigidos a la consecución del objetivo que es fomentar la calidad de vida en la persona.

Por tal motivo, para la Organización Mundial de la Salud (2007), la adherencia al tratamiento es el grado en que el comportamiento del paciente y la toma de medicamentos marchan de la mano de acuerdo a lo planificado médicamente, es decir, sólo con un nuevo estilo de vida que alcance la persona con VIH/SIDA esta podrá responder adecuadamente a las prescripciones y recomendaciones dadas por el médico o profesionales de la salud.

En realidad, dichos comportamientos hacen referencia a la incorporación de nuevos hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquellos hábitos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad. Esto implica un alto nivel de responsabilidad para consigo mismo a fin de lograr el cumplimiento de las pautas brindadas por el especialista.

En el caso del VIH/SIDA, los comportamientos aludidos incluirían: la toma de los medicamentos (antirretrovirales) según lo indicado por el médico (en los horarios señalados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencia de la dosis), la asistencia a las citas médicas periódicas para el control del tratamiento, la asistencia a citas con otros profesionales de la salud para realizarse los exámenes de control, realizar los ejercicios físicos indicados, seguir el régimen alimenticio, así como manejar adecuadamente las emociones, especialmente aquellos que pudiesen influir en forma negativa (ansiedad, estrés y depresión), evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillos, etc.), entre otros (Rodríguez, 2009).

Al respecto, Antigoni (1995) propone algunos factores que no favorecen la adecuada adherencia, los que se mencionan a continuación:

1. La falta de confianza entre el médico y el paciente
2. Ser usuario de drogas y alcohol
3. Tener una enfermedad mental activa (depresión).
4. Educación insuficiente
5. Incapacidad para reconocer o identificar sus medicamentos

6. Insuficiente habilidad para que el paciente introduzca su medicación a su rutina de vida
7. No mantener las citas médicas
8. Inestabilidad en cuanto a la vivienda
9. Un ambiente familiar disfuncional o maltrato psicológico por parte de la familia

Remor (2002) al igual que Rodríguez (2009) también menciona al estrés, a la ansiedad y a la depresión como factores que dificultan la adhesión, ya que constituyen reacciones emocionales intensas y adversas al proceso del tratamiento. Otros factores negativos son las limitaciones clínicas y físicas debido a los propios síntomas de las enfermedades asociadas, entre otros (Remor, 2002).

En este sentido, es necesario explicar la teoría que sustenta la evaluación de dichos síntomas, que para los efectos del presente estudio, constituye la teoría interaccionista de la ansiedad, la cual es la base teórica del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad - ISRA de Tobal y Cano (1988).

Teoría interaccionista de la ansiedad

Como se puede entender, la ansiedad, está presente en la vida diaria, pero cuando se asocia esta a una circunstancia difícil como es la presencia del VIH/SIDA en las personas, habría que analizar su nivel de influencia.

En la presente investigación, se asume la postura de la teoría interaccionista de Endler y Magnusson (1974, citado por Tobal y Cano, 1988) quienes proponen estudiar la ansiedad desde el punto de vista de la personalidad, centrándose en la explicación de cómo las características del individuo y las características de las situaciones cotidianas influyen entre sí, es decir, cómo interactúan el factor personal con el factor social.

En este sentido, la ansiedad es definida comúnmente como un sentimiento de nerviosismo, aprehensión, miedo o preocupación que todas las personas sienten en un momento determinado de sus vidas, lo cual puede ocurrir sin razón alguna o por la presencia de algún estresor, en cuyo caso podría interferir con la capacidad de la persona para funcionar normalmente.

Para Tobal y Cano (1988) la ansiedad es "la respuesta o patrón de respuesta que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprehensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso central y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos" (p. 5). A esto, los autores agregan que la respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos tales como los pensamientos, las ideas, etc., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes.

Con respecto a los elementos básicos de la interacción persona - situación, Endler y Magnusson (1974, citado por Tobal y Cano, 1988) proponen los siguientes:

- La conducta actual es función del proceso continuo de interacción entre el individuo y la situación en que se encuentra.
- El individuo es un agente activo e intencional en sus procesos de interacción.
- Respecto a la persona, los factores cognitivos y motivacionales son los principales determinantes de la conducta.
- Respecto a la situación, el significado psicológico que ésta tiene para el individuo es el factor determinante más importante.

MÉTODO

Objetivo general

Comparar las situaciones y las respuestas de ansiedad en pacientes con VIH/SIDA con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos

1. Establecer las diferencias en las respuestas cognitivas de la ansiedad entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
2. Establecer las diferencias en las respuestas fisiológicas de la ansiedad entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.

32 UNIFÉ - EPG

3. establecer las diferencias en las respuestas motoras de la ansiedad entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
4. Establecer las diferencias en el nivel de ansiedad ante situaciones de evaluación entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
5. Establecer las diferencias en el nivel de ansiedad ante situaciones interpersonales entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
6. Establecer las diferencias en el nivel de ansiedad fóbica entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.
7. Establecer las diferencias en el nivel de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento.

Participantes

La población está constituida por los pacientes con VIH/SIDA de centros hospitalarios estatales y los participantes son 38 pacientes infectados con VIH/SIDA de los cuales 21 pacientes forman parte del grupo que no tienen adherencia al tratamiento y 17 son considerados como pacientes con adherencia al tratamiento. Las edades de los participantes se encuentran entre los 22 y 33 años de edad y cuentan con un nivel de instrucción de secundaria completa. Entre los 38 pacientes hay dos del sexo femenino. El tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico y por conveniencia.

Descripción del instrumento

Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA, de Tobal y Cano (1988), el cual es una prueba que goza de validez y confiabilidad psicométrica. Los autores del inventario realizan una descripción de las subescalas de la prueba.

La prueba mide modos de afrontamiento a situaciones de ansiedad, los cuales se detallan a continuación:

Respuestas cognitivas: Es considerado como el distrés subjetivo y adopta la forma de sentimiento de terror y amenaza. Se experimenta desórdenes, pánico o desórdenes de ansiedad generalizados. Este distrés engloba pensamiento e imágenes específicos.

Respuestas fisiológicas: Producida por la ansiedad. Generalmente, se asocia con un incremento de la actividad del sistema nervioso somático o del sistema nervioso autónomo como resultado de la activación del sistema nervioso central o de la actividad neuroendocrina mediada por el sistema nervioso central. Este incremento de la actividad producirá cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo - esquelético y del ritmo respiratorio.

Respuestas motoras: Son resultados del arousal fisiológico y de las cogniciones de miedo. Se distingue dos tipos de respuestas motoras: a) la directa (inquietud, tics, temblores, gesticulación, tartamudeo y la lengua se traba más a menudo. Reducción de la destreza motora, de la habilidad para la discriminación perceptiva, del tiempo de reacción y del aprendizaje y ejecución de tareas complejas), y b) las indirectas (conducta de evitación y escape de la ansiedad, que no están bajo el control voluntario. Las respuestas cognitivas y fisiológicas de ansiedad actúan como estímulo discriminativos, dando pie a ulteriores respuestas, por ejemplo, escape o evitación).

Este inventario también deriva en la medición de los factores que generan situaciones de ansiedad, los cuales se detallan a continuación:

Factor I: Ansiedad ante la evaluación. Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades tales como hablar en público, hacer un examen o una prueba, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas o posibilidad de ser evaluado negativamente, etc.

Factor II: Ansiedad interpersonal. Situaciones sexuales y de interacción social. Está formado por situaciones sociales como ir a una cita con una persona del sexo opuesto o una situación íntima, asistir a una reunión social o conocer gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido, etc.

Factor III: Ansiedad fóbica. Incluye situaciones en las que aparece como elemento central algún estímulo típicamente fóbico. Por ejemplo, viajar en un avión o en barco, los lugares altos o las aguas profundas, observar escenas violentas, los dentistas y las inyecciones, las multitudes y espacios cerrados, etc.

Factor IV: Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Recoge situaciones específicas de ansiedad tales como: a la hora de dormir, circunstancias de trabajo o estudio, etc.

RESULTADOS

Medidas descriptivas de la investigación

En la tabla 1 se observa la tendencia central y su respectiva desviación estándar de los puntajes obtenidos en la evaluación de las situaciones y respuestas a la ansiedad de los pacientes con VIH/SIDA tanto en los que sí lograron adherirse al tratamiento como en los que no. Además, se presentan los resultados de la muestra total.

Tabla 1

Análisis descriptivo de las situaciones y respuestas a la ansiedad en pacientes con VIH/SIDA, de la muestra total y según la adherencia al tratamiento

Dimensiones	Total		Sin adherencia		Con adherencia	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Respuesta cognitivas	49.86	29.141	65.50	33.405	38.13	20.322
Respuestas fisiológicas	25.21	18.585	41.33	15.769	13.13	8.610
Respuestas motoras	25.86	17.235	39.67	16.621	15.50	8.264
Ansiedad ante la situación	42.14	22.412	57.67	20.733	30.50	16.257
Ansiedad interpersonal	9.00	8.209	14.83	8.612	4.63	4.596
Ansiedad fóbica	20.57	18.228	30.67	23.449	13.00	6.141
Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana	12.43	12.302	18.33	16.354	8.00	6.141
Resultado total	100.93	58.313	146.50	54.738	66.75	32.552

n = 38

Contrastación de hipótesis

En este estudio se buscó comparar los tipos de respuesta hacia la ansiedad en los pacientes con VIH/SIDA con y sin adherencia al tratamiento (tabla 2). Se

encontró, al contrastar la primera hipótesis —la cual menciona que existen diferencias estadísticamente significativas en función a las respuestas cognitivas de la ansiedad—, un coeficiente $U = -1.420$, con un nivel de significación $p = .181$ ($> .05$) con lo que se establece que no existen diferencias significativas entre los grupos, y por consiguiente, se rechaza la primera hipótesis.

En lo que respecta a la segunda hipótesis, la cual plantea la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función a las respuestas fisiológicas de la ansiedad entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento, se obtiene un coeficiente $U = -3.041$, con un nivel de significación $p = .002$ ($p < .01$), lo que permite observar que sí existen dichas diferencias a favor de los pacientes sin adherencia al tratamiento, es decir, los pacientes con VIH/SIDA que tienen adherencia al tratamiento presentan menores respuestas fisiológicas ante la ansiedad en comparación con los pacientes sin adherencia al tratamiento.

Tabla 2

Comparación de las respuestas de ansiedad entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento

Respuestas	Sin adherencia	Con adherencia	U	Sig.
	n=17 M	n=21 M		
Respuesta cognitiva	65.50	38.13	-1.420	.181
Respuesta fisiológica	41.33	13.13	-3.041	.002**
Respuesta motora	39.67	15.50	-2.853	.004**
Respuesta total	146.50	66.75	-3.102	.002**

** $p < .01$

Al realizar la contrastación de la tercera hipótesis, la cual plantea la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función a las respuestas motoras de la ansiedad en pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento, se obtiene un coeficiente $U = -2.853$ con un nivel de significación $p = .004$ ($p < .01$), lo que permite observar que sí existen dichas diferencias a favor de los pacientes sin adherencia al tratamiento, es decir, los pacientes que logran adherirse al

34 UNIFÉ - EPG

tratamiento tienen menores respuestas motoras ante las situaciones de ansiedad en comparación a los que no logran adherirse al tratamiento.

Además de analizar las respuestas hacia la ansiedad que presentan los pacientes con VIH/SIDA, se ha considerado pertinente realizar un segundo nivel de comparación en función a los factores que les generan situaciones de ansiedad, los cuales fueron descritos en páginas anteriores.

Como se puede observar en la tabla 3, al realizar la contrastación de la cuarta hipótesis que plantea el comparar los niveles de ansiedad ante situaciones de evaluación (factor I), los resultados evidencian que sí existen diferencias significativas entre ambos grupos ($U = -2.394$; $p < .05$) a favor del grupo de pacientes sin adherencia al tratamiento, vale decir que estos pacientes se presentan más ansiosos ante situaciones que impliquen evaluación y asunción de responsabilidades en comparación al grupo de pacientes con adherencia al tratamiento.

Tabla 3

Comparación de los factores de ansiedad en pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento

Factores	Sin adherencia	Con adherencia	U	Sig.
	n=17 M	n=21 M		
F I. Ansiedad ante la evaluación	57.67	30.50	-2.394	.017*
F II. Ansiedad Interpersonal	14.83	4.63	-2.147	.032*
F III. Ansiedad fóbica	30.67	13.00	-1.617	.106
F IV. Ansiedad ante situaciones	18.33	8.00	-1.166	.244

* $p < .05$

De igual manera, con respecto a la quinta hipótesis y al comparar los niveles de ansiedad ante situaciones de interacción interpersonal, se observa que existen diferencias significativas entre ambos grupos ($U = -2.147$; $p < .05$) a favor de los pacientes que no logran adherirse al tratamiento. Esto quiere decir que los pacientes con adherencia se muestran menos influidos por las situaciones de interacción social y por las situaciones sexuales por lo que su

ansiedad es menor, en estos casos, en comparación al grupo que no ha logrado adherirse al tratamiento.

En lo que respecta a la ansiedad producida por experimentar situaciones fóbicas o situaciones de la vida cotidiana (sexta y séptima hipótesis), se observa que no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sin adherencia al tratamiento en relación a los pacientes con adherencia al tratamiento, es decir, sus niveles de ansiedad ante esas situaciones son muy similares.

Finalmente, en lo que respecta a la contrastación de la hipótesis general la cual plantea la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las respuestas y situaciones generales de ansiedad entre pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento, se obtiene un coeficiente $U = -3.102$ con un nivel de significación p de .002 ($p < .01$), lo que permite observar que sí existen dichas diferencias, es decir, los pacientes que no logran adherirse al tratamiento presentan mayores respuestas ante la ansiedad que los pacientes que sí se adhieren al tratamiento.

Discusión de los resultados

Al analizar las respuestas de prueba sobre Situaciones y Respuestas de Ansiedad brindadas por los pacientes de VIH/SIDA que han logrado adherirse al tratamiento y los que no lo han conseguido, se encuentran datos interesantes que permiten comprender la importancia de las condiciones personales y circunstanciales que rodea el tratamiento. Se entiende que la adherencia a este constituye básicamente el seguimiento de las pautas médicas y el cambio en el estilo de vida. Aspectos que se encuentran en el dominio mayormente del paciente y, por lo tanto, la presencia de ansiedad sería un dato valioso para detectar como el paciente se está relacionando con su realidad, que en este caso es su salud - enfermedad. Si su situación es percibida como extrema y difícil de afrontar, evidentemente, podríamos estar frente a un paciente que se le va hacer complicado adecuarse a los planes médicos y a los estilos de vida requeridos para su tratamiento.

Si bien en lo que respecta a las respuestas cognitivas de ansiedad no se evidencian diferencias estadísticamente significativas; sin embargo; desde el punto de vista cualitativo sí se observa que existe una mayor predisposición a generar un distrés subjetivo o desórdenes de ansiedad en los pacientes sin adherencia al tratamiento debido a los pensamientos e ideas que tienen sobre la enfermedad. Se percibe que la media es mucho mayor en los pacientes con adherencia al tratamiento. Se puede decir que existe un mejor procesamiento cognitivo de su realidad y, por lo tanto, mayor capacidad de comprender de lo que se necesita de él.

En general, es de anotar que las manifestaciones intensas de ansiedad también son producto de reacciones naturales ante la frustración o por la presencia de serios desajustes que está experimentando el sujeto en términos de estrés. Estas dificultades están asociadas a problemas en la ejecución de algunos procesos cognitivos, ya sea en la atención o concentración, que tiene como consecuencia la presencia de situaciones de descuido (distrabilidad); de preocupaciones excesivas; de pensamientos distorsionados e inoportunos que, además, son repetitivos, el incremento de dudas y la sensación de confusión o interpretaciones inadecuadas, así como la susceptibilidad, entre otros (Canario y Báez, 2005).

Al respecto, Sarason (1977) plantea que la ansiedad y los estresores que la generan tienen el potencial de añadir al pensamiento de la persona elementos de preocupación y autoevaluación negativa que, en este caso, explica los resultados de una serie de estudios en los que se refleja que la presencia de ansiedad en los pacientes suele asociarse al olvido de la toma de medicamentos y de las recomendaciones médicas y genera con ello efectos negativos sobre la calidad de vida del paciente, relacionándose esto a una baja adherencia al tratamiento (Varela, Salazar y Correa, 2008). Sin embargo, habría que recordar que si bien se observan diferencias, éstas no son significativas, por lo que se podría decir que esta es una característica común entre ellos, es decir, los pacientes con VIH/SIDA adoptan formas de sentimiento de terror y

amenaza frente a la misma situación de enfermedad con una ligera o mayor intensidad en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

A diferencia de las respuestas cognitivas, sí se encuentran diferencias en la presencia de respuestas fisiológicas de la ansiedad entre los grupos, y quienes evidencian una mayor expresión de este tipo de respuestas son los pacientes sin adherencia en relación a los pacientes con adherencia al tratamiento. En este sentido, es evidente que la presencia de ansiedad es un indicador de que el paciente está percibiendo determinadas situaciones como amenazantes, esta evaluación moviliza al cuerpo, poniéndolo en estado de tensión, es decir se activa la respuesta fisiológica que en algunos casos sobrepasa los límites hasta convertirse en un problema de salud, limitando el bienestar del paciente. En efecto, hay que tomar en cuenta que la ansiedad suele superar los límites saludables cuando aparece de forma injustificada, sin razón aparente o ante estímulos o situaciones que no suponen una amenaza real pero sí imaginaria, hasta el punto de interferir en nuestras vidas diarias, y sólo en ese momento se puede hablar de una ansiedad desadaptativa.

En cuanto a las respuestas motoras de la ansiedad, los resultados obtenidos demuestran que sí existen diferencias significativas entre los dos grupos, es decir, los pacientes con VIH/SIDA sin adherencia al tratamiento suelen utilizar mayores respuestas motoras que los que se adhieren al tratamiento. Estas respuestas motoras pueden manifestarse, según Tobal y Cano (1988) de dos formas: a) directa (tics, temblores, gesticulación y dificultades para hablar, así como dificultades en la discriminación perceptiva, en el aprendizaje o ejecución de tareas complejas) y b) indirecta (conductas de evitación y escape de la ansiedad).

Al respecto, habría que recordar que la ansiedad es una manifestación de un proceso en el que se encuentran insertos los tres tipos de respuestas: cognitiva, fisiológica y motora. Se entiende que son las respuestas motoras las observables y evidentes en el comportamiento de

las personas. En este sentido, en los pacientes con VIH/SIDA se han podido encontrar historias de incumplimiento en la asistencia a las citas médicas o al seguimiento del tratamiento, que, como se ha visto reflejado en el presente estudio, es más evidente en los pacientes que no se han adherido al tratamiento.

Otro aspecto importante, que suele estar acompañando al tratamiento mismo de los pacientes con VIH/SIDA, es la dificultad para adaptarse a esta situación, lo que conduce a que directa o indirectamente el paciente exprese una conducta evitativa frente al problema. Estas conductas suelen ser de diferente grado, desde temblores en las manos, sudoración, sequedad de la boca y dificultades para comer, hasta la negativa a asistir al médico o no tomar los medicamentos, entre otros.

Además de las respuestas de ansiedad que expresan los pacientes estudiados, también se han analizado las situaciones que esta les provoca y se ha encontrado que las situaciones que implican evaluación y relaciones interpersonales, constituyen las condiciones más claras que diferencian al paciente con adherencia al tratamiento del paciente sin adherencia al tratamiento. En lo que respecta a la evaluación se encuentra comprendido no solo la atención del médico, sino también todos los exámenes complementarios que deben realizarse. Evidentemente, toda programación de evaluación genera en las personas ciertas expectativas y, en muchos casos, podría ocasionar estados tensionales, en la medida de que pueda existir un temor a recibir resultados negativos.

En lo que respecta a las situaciones interpersonales tendría que mencionarse no solo la presencia de ansiedad, sino además la presencia de la depresión como estados internos que limita de alguna manera alternar con otras personas. Ante esto, se puede mencionar que los pacientes con adherencia al tratamiento no han perdido la motivación de alternar con sus amistades y de actuar de manera natural con ellos. Como parte del tratamiento también existe la recomendación que los pacientes alternen de manera natural con otros.

Conclusiones

No existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas cognitivas de ansiedad entre los pacientes con VIH-SIDA con adherencia al tratamiento en relación al paciente sin adherencia del tratamiento.

Si existen diferencias significativas en las respuestas fisiológicas de ansiedad entre los pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento a favor de estos últimos, es decir, los pacientes con VIH-SIDA sin adherencia al tratamiento brindan mayores respuestas fisiológicas de ansiedad que los pacientes con adherencia al tratamiento.

Si existen diferencias significativas en las respuestas motoras de ansiedad entre los pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento a favor de estos últimos, es decir, los pacientes con VIH-SIDA sin adherencia al tratamiento brindan mayores respuestas motoras de ansiedad que los pacientes con adherencia al tratamiento.

Si existen diferencias significativas en las respuestas de ansiedad total entre los pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento a favor de estos últimos, es decir, los pacientes con VIH-SIDA sin adherencia al tratamiento brindan mayores respuestas de ansiedad, en general, que los pacientes con adherencia al tratamiento.

Si existen diferencias significativas en las situaciones de ansiedad ante una evaluación y ante situaciones interpersonales entre los pacientes con VIH/SIDA con adherencia y sin adherencia al tratamiento a favor de estos últimos, es decir, los pacientes con VIH-SIDA sin adherencia al tratamiento brindan mayores niveles de ansiedad en situaciones de evaluación y de situaciones interpersonales.

Las situaciones de ansiedad fóbica y de ansiedad ante situaciones cotidianas se presentan con similar intensidad tanto en los pacientes con VIH/SIDA que han logrado adherirse al tratamiento como en los que no lograron adherirse al tratamiento, es decir, no existen diferencias significativas en ambos grupos.

Referencias

- Antigoni, J. (1995). *Manual de atención integral del paciente*. Lima: Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Canario, J. y Báez, M. (2005). Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH. *Perspectivas psicológicas*. 5, pp. 49 – 60.
- Bayes, R. (1998). El problema de la adhesión en la terapéutica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de Intervención Psicosocial*. N° 2, vol. 8. p. 229 - 237.
- Bokun, B. (1987). *El humor como terapia*. Barcelona: Tusquets.
- Cueto, M. (2002). El rastro de SIDA en el Perú. *Revista História, Ciências, Saúde*. Vol. 9 (suplemento), p. 17 - 40.
- García, A. (2006). Estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA. Médicos sin frontera. Lima, Perú.
- Mulanovich, V. y Gutiérrez, R. (2000). Resistencia al TARGA, falla terapéutica y Adherencia. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consultado el 5 de octubre del 2012 en www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/Resistencia%20y%20adherencia.pdf
- Ministerio de Salud (2012). Situación del VIH/SIDA en el Perú. Casos de SIDA según año de diagnóstico. Perú, 1983 – 2012. Boletín epidemiológico mensual. Consultado el 13 de agosto del 2012 en http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/marzo.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2007). Situación de la epidemia del SIDA. Ginebra: ONUSIDA/OMS
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Psicothema*, 4 (2), 262 -267.
- Rodríguez, M. (2009). *Aspecto psicológico y adherencia en pacientes adultos infectados por el VIH/SIDA con prolongada exposición en tratamiento antirretroviral*. Tesis para optar el grado académico de Doctor en Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Sarason, I. (1977). The Test Anxiety Scale: Concept and Research. *Stress and Anxiety*, 5, 193-216.
- Tobal, J. y Cano, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: TEA.
- Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*. Vol. 11, Núm. 2, pp. 101-113. Universidad Católica de Colombia.
- Villa, I. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*. N° 16, p. 51-62.