

## Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA

Rafael Ballester Arnal  
Universidad Jaime I de Castellón

Los programas de intervención psicológica para los pacientes con Infección por VIH son escasos y todavía lo son más los trabajos que presentan datos acerca del grado de eficacia de estos programas sobre variables clínicas relevantes. En este artículo se presenta un programa de intervención grupal cognitivo-conductual estructurado en ocho sesiones y se ofrecen resultados preliminares acerca de su eficacia. El objetivo del programa es la mejora de la adhesión al tratamiento y del estado emocional de los pacientes. Tras la intervención se observan cambios significativos en el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes, variables clínicas relevantes como la ansiedad, la depresión o la autoestima y otras como el grado de hipocondría de los pacientes, su perturbación afectiva, su irritabilidad, el grado de interferencia de la enfermedad en distintas esferas de sus vidas, el apoyo social percibido y el locus de control sobre la salud.

*Therapeutic effectiveness of a group cognitive-behavioral program to increase treatment adherence and improve emotional status in HIV/AIDS patients.* Psychological intervention programs for HIV infection patients are very scarce and studies that present results about effectiveness of these programs still more. In this article we present a group cognitive-behavioral program structured in eight sessions and the preliminary results about its effectiveness. The aim of our program was to increase treatment adherence and improve emotional state of patients. After intervention, statistical significant changes were observed in treatment adherence, outstanding clinical variables such as anxiety, depression or self-esteem and other variables including hypochondriasis, affective disturbance, irritability, interference in different fields of life, perceived social support and health locus of control.

El desarrollo de los fármacos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa y más recientemente (desde el año 1996) de los Inhibidores de la Proteasa y su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART) ha permitido comenzar a hablar del SIDA como de una enfermedad no necesariamente fatal, sino crónica.

Sin embargo, numerosos estudios (Holzemer, Corless, Nokes, Turner, Brown, Powell-Cope, Inouye, Henry, Nicholas y Portillo, 1999; Ballester, Reinoso, García y Campos, 2000; Murphy, Wilson, Durako, Muenz y Belzer, 2001) han denunciado lo frecuente que resultan los problemas de adhesión al tratamiento antirretroviral. Por otra parte, la investigación nos muestra que incluso una moderada o leve falta de adhesión reduce de forma muy importante los beneficios del tratamiento (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000). Además, un breve lapso de tiempo sin tomar la medicación puede llevar fácilmente al incremento de la carga viral y la replicación del virus, permitiendo que éste se haga re-

sistente a la medicación (Colven, Harrington, Spach, Cohen y Hooton, 2000).

La importancia que tiene la adhesión al tratamiento del SIDA para la vida de las personas afectadas y para la salud pública en general ha llevado a que se investiguen los posibles factores relacionados con la falta de adhesión (para una revisión ver Ballester, Campos, García y Reinoso, 2001) y a que se hayan desarrollado algunos programas de intervención para mejorar esta adhesión. Sin embargo, estos programas todavía son bastante escasos.

Algunos de los existentes se han dirigido a intervenir sobre el sistema sanitario creando unidades de atención multidisciplinar más integradas con el fin de mejorar la accesibilidad de los pacientes a los cuidados o minimizar las barreras de acceso a la medicación (Kelly, Otto-Salaj, Sikkema, Pinkerton y Bloom, 1998). Otros programas se han centrado más en las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios (Meystre, Dubois, Cochand y Telenti, 2000). Finalmente, también se han incorporado componentes dirigidos a los aspectos relacionados con el paciente como el ajuste del tratamiento a su funcionamiento cotidiano, entrenamiento en solución de problemas, enseñarles a superar las barreras potenciales, establecimiento de metas en áreas relacionadas con la adhesión, entrenamiento en habilidades asociadas a la adhesión, refuerzo por sus esfuerzos para seguir el tratamiento y el uso de estrategias tecnológicas y de autocontrol para seguir las

pautas correctas del tratamiento, tales como los pastilleros o «avisadores» electrónicos (Kelly et al., 1998).

Pero algunos autores como Hecht (1997) y Tsisis (2001) afirman que un programa ideal para mejorar la adhesión de los pacientes con VIH debería incluir, además de los aspectos comentados, otros componentes dirigidos a tratar problemas como la depresión, el abuso de sustancias o la relación con los profesionales sanitarios. De hecho, algunos estudios bastante recientes (Molassiotis, Nahas, Chung, Lam, Li, Lau, 2002; Spire, Duran, Souville, Leport, Raffi y Moatti, 2002; Sternhell y Corr, 2002; Remor, 2002; Mellins, Havens, McCaskill, Leu, Brudney y Chesney, 2002; Halkitis, Parsons, Wolitski y Remien, 2003; Penedo, González, Dahn, Antoni, Malow, Costa y Schneiderman, 2003; Carrieri et al., 2003) concluyen que la existencia de problemas emocionales es un factor de riesgo por sí solo para una baja adhesión terapéutica y que, por lo tanto, debe ser una prioridad de los clínicos su detección y tratamiento. Por ello, recientemente se han desarrollado programas de tratamiento que más que estar exclusivamente orientados a la promoción de la adhesión, toman en consideración otras variables que pueden estar afectándola directa o indirectamente. En este sentido se ha enfatizado la utilidad que podrían tener técnicas de intervención que ayuden al paciente a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control. Se podría incluir entre esas técnicas el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios (Kelly y Murphy, 1992).

Sin embargo, si los programas de intervención para la mejora de la adhesión a los tratamientos son escasos todavía lo son más los estudios en los que se evalúe la eficacia de los programas de intervención psicológica sobre los pacientes con VIH (Fogarty, Roter, Larson, Burke, Gillespie y Levy, 2002). En el trabajo de Ballester (2002) es posible encontrar una revisión de estos programas junto con la eficacia demostrada por los mismos. No obstante, en la discusión de este trabajo comentamos algunos de los más importantes, como el de Coates y McKusick (1987), Emmot (1991), Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson y Coates (1991), Antoni, Baggett, Ironson, LaPerriere, August, Klimas, Schneiderman y Fletcher (1991), Kelly, Murphy, Bahr, Kalichman, Morgan, Stevenson, Koob, Brasfield y Bernstein (1993), Eller (1995), Lutgendorf, Antoni, Ironson, Klimas, Kumar, Starr, McCabe, Cleven, Fletcher y Schneiderman (1997), McPherson, Malow, Penedo, Jones, Schneiderman y Klimas (2000), Murphy, Lu, Martin, Hofman y Marelich (2002) y Molassiotis, López, Chung y Lam (2003).

El objetivo de nuestro trabajo es presentar los primeros datos acerca de la eficacia de un programa de intervención psicológica de amplio espectro desarrollado con el fin de mejorar la adhesión terapéutica pero que toma en consideración no sólo las variables directamente relacionadas con la misma, sino también el tratamiento de los aspectos emocionales que pueden influir en ésta y cuya mejora constituye, por otra parte, un fin en sí misma.

## Método

### Muestra

En este trabajo tan sólo pretendemos presentar algunos datos preliminares acerca de la eficacia del programa que presentamos, por lo que la muestra utilizada se refiere tan sólo a los dos prime-

ros grupos de pacientes que han recibido el tratamiento. Inicialmente la muestra total estaba compuesta por once pacientes, de los cuales uno abandonó el tratamiento por cambio de domicilio a otra ciudad. De los diez pacientes restantes seis eran mujeres y cuatro hombres. La media de edad se situaba en 45'2 (DT= 10'9), siendo la edad mínima de 26 años y la máxima de 58 años. Todos los estados civiles estaban representados en la muestra: dos pacientes eran solteros (20%), dos estaban casados (20%), otros dos pacientes estaban separados (20%) y cuatro eran viudos (40%). Respecto al nivel de estudios, cuatro pacientes tenían Estudios Primarios (40%), dos tenían el Graduado Escolar (20%), otros dos tenían el Bachiller (20%) y dos últimos pacientes eran Licenciados (20%). La vía de transmisión para ocho de los pacientes (80%) había sido la sexual, concretamente a través de relaciones heterosexuales, frente a dos pacientes (20%) cuya vía de transmisión había sido la sanguínea, a través del intercambio de jeringas infectadas con el VIH.

Respecto a la situación clínica de los enfermos, la muestra, aunque reducida, resulta representativa de distintos estados clínicos. Así, la carga viral de los pacientes se encontraba entre 0 (nivel indetectable) y 1.900.000 copias, con una media de 670.087'8 y una Desviación Típica de 854.389'5. Por su parte, el nivel promedio de linfocitos T CD4 era de 457'8 (DT= 359'2), siendo el mínimo de 85 y el máximo de 1.120. Todos ellos se encontraban siguiendo un tratamiento farmacológico con terapia HAART compuesta por distintas combinaciones de antirretrovirales.

### Variables evaluadas e instrumentos

En la evaluación de los pacientes y como indicadores de la eficacia del tratamiento utilizamos seis tipos de variables: (1) variables relacionadas con el grado de información y adhesión al tratamiento; (2) variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes; (3) conducta de enfermedad; (4) grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados; (5) percepción de apoyo social; y (6) locus de control sobre la salud.

En primer lugar, el grado de información fue evaluado a través de la Escala de Información relacionada con el SIDA (EISIDA), desarrollada por Ballester y Gil (no publicado), que incluye un total de 18 ítems cuyo contenido está vinculado a los mecanismos de transmisión del VIH, a la acción del virus sobre el organismo y a los efectos terapéuticos del tratamiento antirretroviral. Respecto al grado de adhesión, se utilizó la Escala de Adhesión al Tratamiento (EAT-SIDA), de Ballester, Salmerón y Benages (no publicado), que incluye una escala de 0 a 100 que evalúa la valoración subjetiva por parte de los pacientes acerca de su grado de adhesión global y una escala de 18 ítems referidos a posibles dificultades o creencias asociadas al tratamiento farmacológico.

El estado emocional de los pacientes fue explorado en tres variables: ansiedad, depresión y autoestima. El grado de ansiedad y depresión fue evaluado a través de la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983), que se compone de un total de 14 ítems. Para la evaluación de la autoestima se utilizó el Cuestionario de Rosenberg (1979), que incluye 10 ítems con cuatro opciones de respuesta referidas al grado de acuerdo con las afirmaciones relativas a la autoestima del sujeto.

Respecto a la conducta de enfermedad se utilizó el Illness Behaviour Questionnaire (I.B.Q), de Pilowsky y Spence (1983), que incluye el Índice Whiteley de Hipocondría y siete factores, a sa-

ber: Hipocondría General, Convicción de Enfermedad, Percepción Psicológica vs. somática de la enfermedad, Inhibición afectiva, Perturbación afectiva, Negación e Irritabilidad.

Para la evaluación del grado de interferencia de la enfermedad sobre la vida de los pacientes se utilizó la Escala de Adaptación de Echeburúa y De Corral (1992) modificada, que incluye seis escalas en las que el paciente valora el grado de interferencia que la enfermedad causa a nivel familiar, de ocio/tiempo libre, de pareja, social, laboral y global.

El grado de apoyo social percibido se evaluó a través de la Escala de Percepción de Apoyo Social (P.A.S), de Ballester y Gil (no publicado), cuyos 14 ítems exploran este aspecto a nivel general, de amigos, de otros enfermos, familiar, de médicos, pareja y laboral.

Finalmente, se evaluó el locus de control sobre la salud, a través del Health Locus of Control (H.L.C), de Wallston et al. (1976), en una adaptación experimental de S. Lemos, con 11 ítems contestables en una escala Likert de 6 puntos.

Además de estas variables también se recogió información de datos sociodemográficos, la historia médica y la situación clínica actual (información proporcionada por los médicos).

### Tratamiento

El objetivo de nuestro programa de intervención es la mejora de la adhesión al tratamiento médico desde una perspectiva amplia. En este sentido, nuestro programa se diferencia de algunos otros en los que la atención se fija única y exclusivamente en la toma de fármacos. Desde una perspectiva más integral de lo que significa la decisión activa y voluntaria por parte del paciente, no sólo de tomar la medicación antirretroviral, sino también y fundamentalmente de «cuidarse» en su acepción más global, hemos pretendido no sólo atender a los aspectos más informativos y «logísticos» de la toma de medicación, sino también a todos aquellos factores emocionales que, sabemos, están implicados en la adhesión al tratamiento. Por ello, el programa que proponemos no es, en sentido estricto, un programa exclusivamente de promoción de la adhesión al tratamiento. Adopta la adhesión como uno de sus objetivos fundamentales, pero también se dirige a la mejora de la calidad de vida del enfermo, incluyendo su estado emocional, sus respuestas de afrontamiento, sus relaciones sociales, su autoestima y otros aspectos.

Se trata de un programa cognitivo-conductual en formato grupal con una duración de 8 sesiones (una a la semana) de dos horas de duración cada una de ellas. Por lo que respecta a la estructuración del programa de tratamiento, tras haber realizado una evaluación individualizada de cada paciente, comenzamos con una sesión inicial de presentación del programa y del grupo. La sesión siguiente, que consideramos la primera sesión del tratamiento, está dedicada a informar a los pacientes acerca de su enfermedad. En la sesión 2 se introduce el módulo cognitivo, a partir fundamentalmente del modelo ABC de Ellis. En la sesión 3, siguiendo con el módulo cognitivo, se enseña a los pacientes a combatir sus pensamientos negativos. En la sesión 4 el objetivo central es el fomento de la autoestima de los pacientes. La sesión 5 va dirigida al entrenamiento en relajación. En la sesión 6 se entrena a los pacientes en técnicas de solución de problemas. La sesión 7 se centra en la promoción de la salud, incluyendo la adhesión al tratamiento, los hábitos de salud aconsejables y la prevención de reinfecciones. Finalmente, dedicamos una última sesión a la preven-

ción de recaídas. La inclusión de estos componentes terapéuticos en nuestro programa se encuentra fundamentada en los resultados de estudios previos acerca del perfil psicopatológico y la experiencia de enfermedad de los enfermos con VIH (Edo, 2003). En el cuadro 1 se encuentra en detalle la agenda de cada sesión del tratamiento.

### Terapeutas

La terapia grupal fue dirigida por un terapeuta y un coterapeuta. El terapeuta fue un psicólogo clínico y de la salud con extensa experiencia clínica en la aplicación de programas cognitivo-comportamentales tanto en formato individual como grupal para diversos trastornos. El coterapeuta fue un psicólogo clínico estudiante de doctorado.

### Resultados

Dado que estamos presentando los primeros resultados acerca de la eficacia de nuestro programa con una muestra muy reducida hemos utilizado una prueba no paramétrica para observar la existencia de diferencias significativas entre antes y después del tratamiento, concretamente la prueba Wilcoxon.

Si se observa la tabla 1 se podrá comprobar cómo encontramos diferencias estadísticamente significativas en las tres variables relacionadas con el grado de información y adhesión al tratamiento. La puntuación media en información acerca del SIDA pasa de 11'0 en el pretest a 17'0, lo que muestra una mejoría significativa ( $Z = -2'81$ ,  $p < 0'005$ ). Respecto a la adhesión evaluada a través de la escala de valoración subjetiva de 0 a 10, la media en el pretest es de 7'2 y en el posttest llega a 10 ( $Z = -2'83$ ,  $p < 0'005$ ). Finalmente, la misma significación se encuentra en el resultado de la Escala de Adhesión con una media en el pretest de 56'8 que llega a 76'4 en el posttest ( $Z = -2'81$ ,  $p < 0'005$ ).

Por lo que respecta al grado de cambio observado en las variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes, concretamente ansiedad, depresión y autoestima, también encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas ellas. Así, la puntuación media en ansiedad pasa a ser de 11'0 en el pretest a 7'0 en el posttest ( $Z = -2'83$ ,  $p < 0'005$ ). La media en depresión que en el pretest era de 13'4 se convierte en un 7'6 en el posttest ( $Z = -2'83$ ,  $p < 0'005$ ). Y la autoestima también mejora ostensiblemente dado que la puntuación media en el pretest era de 22'0 y en el posttest es de 34'0 ( $Z = -2'83$ ,  $p < 0'005$ ).

Cuando analizamos el grado de cambio observado en las variables relacionadas con la conducta de enfermedad de los pacientes, encontramos diferencias significativas en cuatro de los ocho factores evaluados con el IBQ, afectando esta mejoría a variables de gran significación clínica. Así, el grado medio de Hipocondría General pasa a ser de 5'0 en el pretest a 2'2 en el posttest ( $Z = -2'87$ ,  $p < 0'004$ ). El grado de Perturbación afectiva también experimenta una disminución significativa ( $Z = -2'87$ ,  $p < 0'004$ ), siendo la media en el pretest de 4'4 y en el posttest de 1'8. También observamos una mejoría significativa en el grado de Irritabilidad de los pacientes ( $Z = -2'84$ ,  $p < 0'004$ ), pasando la media de 3'8 en el pretest a 0'8 en el posttest. Y, finalmente, el Índice de Hipocondría también muestra una reducción significativa de la puntuación ( $Z = -2'53$ ;  $p < 0'011$ ), con una media en el pretest de 9'0 y en el posttest de 5'2. No se observan cambios significativos en los otros factores del IBQ.

*Cuadro 1*  
Contenido de las sesiones del programa de intervención

**SESIÓN INICIAL: PRESENTACIÓN**

- a) Presentación del terapeuta y coterapeuta.
- b) Objetivos de la sesión.
- c) Presentación de los pacientes en la que comentan, entre otros temas, su situación actual con respecto al SIDA.
- d) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención.
- e) Opinión del grupo sobre el tratamiento que se va a recibir y expectativas sobre el proceso y resultado terapéuticos.
- f) Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento.
- g) Pase de cuestionarios.
- h) Fijación de la próxima sesión.

**SESIÓN 1: MÓDULO EDUCATIVO**

- a) Ronda entre los pacientes para saber sus conocimientos y dudas sobre cada punto.
- b) Explicación con la ayuda de algunas diapositivas, centrándonos básicamente en los siguientes temas: qué es el VIH, cómo se transmite, cómo afecta al organismo, qué es el SIDA, su prevalencia y manifestaciones clínicas.
- c) Aclaración de cualquier duda.
- d) Visionado de un vídeo que resume la información más relevante.
- e) Planteamiento por parte del terapeuta de las posibles líneas de acción ante la infección: tratamiento farmacológico, prevención de reinfecciones e intervención psicológica.

**SESIÓN 2: INTRODUCCIÓN AL MÓDULO COGNITIVO**

- a) Análisis de las posibles dudas respecto al material de apoyo entregado en la sesión anterior.
- b) Recordar problemática emocional y dificultad para enfrentarse a ciertas situaciones en pacientes con VIH.
- c) Importancia del manejo de las emociones negativas. Efectos para su calidad de vida e incluso para su cantidad de vida: psiconeuroinmunología, adhesión al tratamiento y evitación de reinfecciones.
- d) Plan general del tipo de técnicas psicológicas que van a aprender para ello.
- e) Ejemplo para la introducción de la cognitiva en el que se plantea la importancia de los pensamientos.
- f) Presentación del modelo ABC.
- g) Ronda para que cada uno ponga sus ejemplos de la importancia de los pensamientos.
- h) Intervención de los pacientes para comentar cuáles son sus principales pensamientos negativos en torno al SIDA.
- i) Explicación y entrega de la hoja de registro para los pensamientos negativos.

**SESIÓN 3: MÓDULO COGNITIVO (II)**

- a) Revisión de los registros sobre pensamientos negativos y de las dudas sobre el material de autoayuda.
- b) Anotar en la pizarra los pensamientos registrados más frecuentes.
- c) Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos.
- d) Ejemplificar o aplicar a dos pensamientos negativos (no relacionados con la autoestima).
- e) Entregar hoja recuerdo con los pasos para la discusión cognitiva.
- f) Tarea: aplicar a un pensamiento o dos y dar registro nuevo con pensamientos alternativos.

**SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN AUTOESTIMA**

- a) Revisar la tarea de la discusión cognitiva.
- b) ¿Qué entienden por autoestima?
- c) Concepto e importancia de la autoestima. Dimensiones de la misma: valía personal y dimensión social. Consecuencias de una baja autoestima.
- d) ¿Qué piensan ellos de sí mismos a nivel intelectual, físico, social...? Utilizar escalas.
- e) Puesta en común de lo que escriben. Analizar qué área aparece más afectada como grupo.
- f) ¿Cómo mejorar la autoestima?: combatir los pensamientos negativos acerca de uno mismo, dar la importancia oportuna al pensamiento de los demás (Korzybski), autoverbalizaciones positivas y actividades gratificantes.
- g) El grupo ayuda a combatir algún pensamiento más frecuente y genera ideas para incrementar la autoestima.
- h) Resumen final.
- i) Tarea: discusión cognitiva de pensamientos negativos relacionados con la autoestima, leer el material de apoyo y apuntar todas las noches alguna cualidad positiva de sí mismos.

**SESIÓN 5: ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN**

- a) Revisión de la tarea.
- b) Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad. ¿Qué síntomas tienen ellos?
- c) Distintos tipos de relajación: relajación progresiva tipo Jacobson.
- d) Explicación de la secuencia de músculos y el procedimiento básico.
- e) Aplicación a todo el grupo (evaluar la ansiedad antes y después). Posibles problemas.
- f) Entrega de una cinta grabada para practicar en casa, el material de apoyo y una hoja de registro de relajación.
- g) Tarea: aplicar la relajación una vez al día (explicar condiciones).

**SESIÓN 6: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

- a) Revisión de la tarea.
- b) Recordar el modelo ABC. Nos centramos en la A.
- c) Los pacientes aportan los problemas más importantes a los que se enfrentan.
- d) Hacer tipologías en función de las áreas a las que afectan.
- e) Pasos de la solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).
- f) Ejemplificar con un caso. Los pacientes aplican los pasos a un problema.
- g) Tarea: que lo apliquen a un problema que tengan durante la semana. Darles el material de autoayuda.

**SESIÓN 7: PROMOCIÓN DE LA SALUD: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, HÁBITOS DE SALUD Y PREVENCIÓN DE REINFECCIONES**

- a) Revisión de la tarea.
- b) La importancia de seguir cuidándose.
- c) La adhesión al tratamiento: fármacos, prevención de reinfecciones y seguimiento de las visitas médicas.
- d) ¿Cómo valoran su adhesión?
- e) ¿Qué problemas tienen para adherirse al tratamiento, dificultades o causas de la no-adhesión?
- f) Importancia de la adecuada adhesión: ventajas e inconvenientes (efectos secundarios). Decisión personal.
- g) Estrategias para mejorar la adhesión: información de cómo actúan los fármacos (fragmento de vídeo), planificar las tomas, solucionar los impedimentos, anticipar las dificultades y tratamiento de los efectos secundarios.
- h) Los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Su influencia y cómo prevenirlos.
- i) La importancia y promoción de hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación.
- j) Prevención de reinfecciones: el uso del preservativo y no compartir jeringas en el caso de las drogas inyectadas.
- k) Resumen, dar capítulos recordatorios.

**SESIÓN 8: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

- a) Repaso de la evolución de los pacientes en la terapia. Análisis del grupo y visionado de fragmentos de vídeo.
- b) Valoración de los pacientes acerca de su evolución.
- c) Repaso del contenido: lo que se ha realizado durante el tratamiento.
- d) Atribución de la mejoría.
- e) Refuerzo por parte del terapeuta.
- f) Dudas o análisis de problemas residuales.
- g) Expectativas futuras, qué va a ocurrir cuando finalice la terapia.
- h) Importancia de seguir practicando las técnicas.
- i) ¿Qué ocurriría si reaparecieran los síntomas?
- j) Disponibilidad de los terapeutas.
- k) Pase de cuestionarios.

Tabla 1  
Grado de cambio pretest-postest observado con el tratamiento (Prueba Wilcoxon) (N= 10)

| Tipo de variable       | Variable                  | Pretratam. |      | Postratam. |     | Z       |
|------------------------|---------------------------|------------|------|------------|-----|---------|
|                        |                           | Media      | DT   | Media      | DT  |         |
| Información y adhesión | • Información total       | 11'0       | 5'6  | 17'0       | 1'6 | -2'81** |
|                        | • Grado de adhesión       | 7'2        | 1'3  | 10'0       | 0'0 | -2'83** |
|                        | • Escala de adhesión      | 56'8       | 21'3 | 76'4       | 6'3 | -2'82** |
| Estado emocional       | • HAD-Ans.                | 11'0       | 3'3  | 7'0        | 2'2 | -2'83** |
|                        | • HAD-Dep.                | 13'4       | 1'1  | 7'6        | 2'3 | -2'83** |
|                        | • Autoestima              | 22'0       | 3'8  | 34'0       | 3'1 | -2'83** |
| Conducta de enfermedad | • Hipocondría general     | 5'0        | 0'7  | 2'2        | 0'8 | -2'87** |
|                        | • Convicción de enferm.   | 2'4        | 1'7  | 3'6        | 1'1 | -1'10   |
|                        | • Percepc. psic/vs somát. | 1'8        | 1'5  | 2'0        | 1'4 | -0'59   |
|                        | • Inhibición afectiva     | 2'8        | 0'8  | 3'0        | 1'0 | -0'53   |
|                        | • Perturbación afectiva   | 4'4        | 0'9  | 1'8        | 0'8 | -2'87** |
|                        | • Negación                | 2'4        | 1'9  | 2'0        | 1'4 | -0'74   |
|                        | • Irritabilidad           | 3'8        | 0'4  | 0'8        | 0'8 | -2'84** |
|                        | • Índice de hipocondría   | 9'0        | 2'0  | 5'2        | 1'8 | -2'53** |
| Grado de interferencia | • Interferencia general   | 4'2        | 0'4  | 2'6        | 0'9 | -2'89** |
|                        | • Interferencia familiar  | 3'6        | 0'9  | 1'2        | 1'3 | -2'83** |
|                        | • Interf. en tiempo libre | 3'8        | 0'8  | 3'0        | 1'4 | -1'87   |
|                        | • Interf. en pareja       | 4'0        | 1'2  | 3'0        | 2'3 | -1'61   |
|                        | • Interf. en vida social  | 4'2        | 0'4  | 2'6        | 1'9 | -2'27*  |
|                        | • Interf. laboral         | 3'6        | 1'6  | 3'2        | 2'1 | -2'56** |
| Apoyo social percibido | • Apoyo en general        | 2'6        | 0'9  | 6'6        | 0'4 | -2'89** |
|                        | • Apoyo de amigos         | 2'4        | 2'9  | 3'2        | 2'9 | -0'42   |
|                        | • Apoyo de otros enfermos | 2'8        | 1'6  | 8'6        | 1'7 | -2'87** |
|                        | • Apoyo familiar          | 6'8        | 2'3  | 7'0        | 1'7 | -0'43   |
|                        | • Apoyo de médicos        | 8'2        | 1'5  | 6'8        | 2'2 | -1'85   |
|                        | • Apoyo de pareja         | 2'4        | 3'3  | 2'4        | 2'9 | 0'00    |
|                        | • Apoyo en el trabajo     | 2'2        | 1'3  | 1'8        | 2'5 | -0'72   |
| Locus de control       | • Locus de Control (HLC)  | 28'4       | 4'8  | 40'6       | 7'5 | -2'83** |

Nota: \* p<.05; \*\* p<.01

Tras la intervención también se puede apreciar una mejoría estadísticamente significativa en el grado de interferencia que la enfermedad suponía para los pacientes, concretamente en el ámbito familiar, social, laboral y en el general. Así, la media en el pretest en la interferencia general de la enfermedad era de 4'2 y en el posttest pasa al 2'6 ( $Z = -2'89$ ,  $p < 0'004$ ). En cuanto a la interferencia en la vida familiar, las medias evolucionan desde el 3'6 en el pretest hasta el 1'2 en el posttest ( $Z = -2'83$ ,  $p < 0'005$ ). En la vida social, la interferencia pasa de 2'6 en el pretest a 2'6 en el posttest ( $Z = -2'27$ ,  $p < 0'023$ ) y, finalmente, la interferencia en el ámbito laboral pasa de 3'6 a 3'2 en el posttest ( $Z = -2'56$ ,  $p < 0'011$ ). La interferencia en los otros ámbitos (tiempo libre y pareja) también disminuyó tras el tratamiento, pero sin llegar a alcanzar significación estadística.

Algo similar sucede con el cambio en la percepción de apoyo social por parte de los pacientes. De las áreas exploradas, la percepción de apoyo social en general y proveniente de otros enfermos mejora significativamente. La media en el apoyo social general percibido pasa de 2'6 en el pretest a 6'6 en el posttest ( $Z = -2'89$ ,  $p < 0'004$ ) y en cuanto al apoyo de otros enfermos pasa del 2'8 en el pretest al 8'6 en el posttest ( $Z = -2'87$ ,  $p < 0'004$ ). En los otros ámbitos (amigos, familiar, médicos, pareja y laboral) no se alcanzan cambios estadísticamente significativos.

Finalmente, se observa un cambio significativo en el locus de control sobre la salud, cuya media pasa de 28'4 en el pretest a 40'6 en el posttest ( $Z = -2'83$ ,  $p < 0'005$ ), lo que significa que tras el tratamiento los pacientes tienen un locus más interno.

### Conclusiones y discusión

En resumen, como conclusión de este análisis preliminar acerca de la eficacia terapéutica de nuestro programa de tratamiento grupal podemos decir que, en principio, los datos apuntan hacia la eficacia del programa que se expresa a través de cambios significativos en una dirección positiva en un amplio rango de variables.

En primer lugar, los datos indican que, tras el tratamiento de ocho sesiones, los pacientes incrementan de forma significativa su grado de información acerca de la enfermedad, lo cual puede facilitar un adecuado afrontamiento de la enfermedad. Por otra parte, la adhesión terapéutica, objetivo central y motivo inicial del desarrollo de este programa, mejora significativamente. Es cierto que el modo en el que hemos evaluado la adhesión terapéutica de los pacientes está basado exclusivamente en el autoinforme de los mismos, pero algunos autores (Haubrich et al., 1999; Wagner, 2002) han demostrado que el autoinforme constituye un buen predictor de la eficacia del tratamiento farmacológico.

Además, nos interesaba tanto por su repercusión sobre la adhesión a los fármacos antirretrovirales, como por un fin en sí mismo, la mejora del estado emocional de los pacientes, evaluado a través de sus niveles de ansiedad, depresión y autoestima, y en este sentido hemos de decir que se ha encontrado una mejoría significativa en todos estos aspectos tras el tratamiento. Y no sólo han mejorado los pacientes en estas variables clínicas, sino también en distintos factores de la conducta de enfermedad evaluados por el IBQ, como la hipocondría, el grado de perturbación afectiva y la irritabilidad. Por otro lado, los datos indican que tras el tratamiento el grado de interferencia de la enfermedad en los ámbitos familiar, social, laboral y a nivel global era menor que antes de comenzar el mismo. Asimismo, se han observado mejorías significativas en el grado de apoyo social percibido proveniente de otros enfermos, lo que puede suponer una aportación y uno de los beneficios añadidos de las terapias grupales, como era nuestro caso, así como en el grado de apoyo social global percibido, aspecto que resulta de gran interés, dada la importancia que el apoyo social percibido ha mostrado en la literatura científica sobre la calidad de vida e incluso la supervivencia de enfermos crónicos (Cox, 2002).

Finalmente, hemos observado que los pacientes, tras el tratamiento, presentan un mayor locus interno de control sobre la salud, lo cual puede ser muy beneficioso ya que una mayor sensación de control sobre la enfermedad probablemente conducirá a la adopción de ciertas conductas de salud positivas para el paciente, como la prevención de reinfecciones o una mayor atención a la alimentación, el ejercicio físico o el consumo de alcohol u otras drogas.

Consideramos que todos estos cambios son muy relevantes desde el punto de vista clínico y muy satisfactorios, sobre todo teniendo en cuenta que estamos hablando de un programa de tan solo ocho sesiones de duración, es decir, de un programa breve de tratamiento.

Cabe relacionar estos resultados positivos con los obtenidos por otros autores con programas diferentes al nuestro tanto en extensión como en contenidos. Uno de los primeros programas de los que se dispone de datos fue el de Coates y McKusick (1987), consistente en un tratamiento grupal de entrenamiento en técnicas de manejo del estrés. Los autores encontraron que los pacientes con VIH que siguieron este tratamiento mostraban menor estrés, depresión y menor frecuencia en las conductas de riesgo que los pacientes del grupo control. Emmot (1991) también evaluó la eficacia de un programa grupal encontrando un descenso del ánimo depresivo y de la ansiedad. Por su parte, tras una terapia grupal aplicada a hombres homosexuales, Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson y Coates (1991) hallaron una mejora en los estilos de afrontamiento, menor autoinculpación y menor depresión en los enfermos.

Otro trabajo en esta línea es el de Kelly, Murphy, Bahr, Kalichman, Morgan, Stevenson, Koob, Brasfield y Bernstein (1993). Los autores asignaron aleatoriamente 68 hombres seropositivos con una alta puntuación en depresión a uno de tres grupos experimentales. El primero consistía en un tratamiento grupal cognitivo-conductual que incluía estrategias para reducir la ansiedad y la depresión, como la reestructuración cognitiva, la relajación muscular, la autorrevelación, la adopción de medidas de sexo seguro y el establecimiento de una red social de apoyo; el segundo era un grupo de apoyo y el tercero consistía en psicoterapia individual. Los resultados mostraron que ambos tratamientos grupales producían una mejoría en los pacientes significativamente mayor que la terapia individual.

Un programa de intervención más breve y específico fue el de Eller (1995), que evaluó la eficacia diferencial de dos técnicas de reducción del estrés en seropositivos: la relajación muscular y la imaginación guiada. La imaginación guiada consistía en una grabación de 21 minutos que se usaba durante 6 semanas; y la relajación también consistía en una grabación de 12 minutos que se usaba durante el mismo período de tiempo. A pesar de la brevedad de la intervención, ambos tratamientos mejoraron a los pacientes más que la condición control.

También es conocido el trabajo de Lutgendorf, Antoni, Ironson, Klimas, Kumar, Starr, McCabe, Cleven, Fletcher y Schneiderman (1997), quienes aplicaron un programa de 10 sesiones de 90 minutos en el que se entrenaba a pacientes homosexuales en técnicas de manejo del estrés. Los resultados mostraron en el grupo experimental, frente al control, una reducción de la ansiedad y la disforia, además de mejoras en su sistema inmunitario.

Por su parte, McPherson, Malow, Penedo, Jones, Schneiderman y Klimas (2000) evaluaron la eficacia de técnicas de consejo breve dirigidas específicamente a la mejora de la adhesión en comparación con un grupo control, obteniendo resultados significativos en la línea de una mayor adhesión terapéutica y menos infecciones oportunistas en el grupo experimental.

Más reciente es el estudio de Murphy, Lu, Martin, Hofman y Marelich (2002), quienes encontraron que, tras un programa multicomponente (estrategias comportamentales, información al paciente y apoyo social), los pacientes mejoraban su autoeficacia para comunicarse con el equipo médico, su satisfacción y su percepción de apoyo social, comparados con el grupo control, aunque no por ello mejoraba la adhesión al tratamiento.

Finalmente, Molassiotis, López, Chung y Lam (2003) en una investigación piloto con 6 pacientes a los que aplicaron un tratamiento de 3 meses que incluía información individualizada acerca de la medicación, refuerzo, consejo semanal, evaluación del estilo de vida e identificación de las barreras para la adhesión, hallaron que la adhesión mejoraba del 80% de la línea base al 97% tras el seguimiento a los 6 meses de finalizar el tratamiento.

Por nuestra parte, teniendo en cuenta la relevancia clínica de todas las variables en las que se observan cambios significativos, pensamos que el programa de intervención grupal estructurado en ocho sesiones que hemos desarrollado ha mostrado un grado de eficacia satisfactorio. Aun así, no hay que olvidar que estamos hablando de datos preliminares extraídos sobre una muestra escasa de pacientes. En este sentido, se necesita ampliar la muestra utilizada para poder plantear generalizaciones de los resultados encontrados, seguir realizando seguimientos a más largo plazo con el fin de investigar el mantenimiento de los resultados y utilizar un diseño de comparación entre grupos con grupo control lista de espera o placebo para poder atribuir los cambios observados al programa de tratamiento y más concretamente a los componentes específicos incluidos o contenidos en este programa. En esta línea estamos trabajando actualmente.

#### Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible en parte gracias a las ayudas para la realización de proyectos de investigación concedidas por el Plan del SIDA de la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat Valenciana (1/2000) y por la Universitat Jaume I de Castelló-Fundació Bancaixa (P1.1 A 2000-05).

## Referencias

- Antoni, M., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N. y Fletcher, M. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906-915.
- Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: Revisión histórica y estado de la cuestión en la Infección por VIH/SIDA. *Rev. de Psicopatol. y Psicología Clínica*, 7 (3), 151-175.
- Ballester, R., Campos, A., García, S. y Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con Infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 299-322.
- Ballester, R., Reinoso, I., García, S. y Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 689-718.
- Carrieri, M., Chesney, M., Spire, B., Loundou, A., Sobel, A., Lepeu, G., Moatti, J., Boiro, C. et al. (2003). Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of French HIV-positive injecting drug users. *Intern. Journal of Behavioral Medicine*, 10, 1-14.
- Catz, S., Kelly, J., Bogart, L., Benotsch, E. y McAuliffe, T. (2000). Patterns, correlates and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124-133.
- Coates, T. y McKusick, L. (1987, junio). The efficacy of stress management in reducing high risk behavior and improving immune function in HIV antibody positive men. Paper presented at the *Third International Conference on AIDS*, Washington, D.C.
- Colven, R., Harrington, R., Spach, D., Cohen, C. y Hooton, T. (2000). Retroviral rebound Syndrome after cessation of suppressive antiretroviral therapy in three patients with chronic HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 430-434.
- Cox, L. (2002). Social support, medication compliance and HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 35, 425-460.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1992). La agorafobia: nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento. Valencia: Promolibro.
- Edo, M.T. (2003). *Perfil psicosocial, estado emocional y conducta de enfermedad de los pacientes con Infección por VIH*. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I de Castelló.
- Eller, L. (1995). Effects of two cognitive-behavioral interventions on immunity and symptoms in persons with HIV. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 339-348.
- Emmott, S. (1991, junio). Cognitive group therapy for coping with HIV infection. Paper presented at the *Seventh International Conference on AIDS*, Florencia (Italia).
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J. y Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 46, 93-108.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. y Coates, T. (1991). Translating coping theory into an intervention. En *J. Eckenrode (ed.). The Social Context of Stress*. Nueva York: Plenum Press.
- Halkitis, P., Parsons, J., Wolitski, R. y Remien, R. (2003). Characteristics of HIV antiretroviral treatments, access and adherence in an ethnically diverse sample of men who have sex with men. *AIDS Care*, 15, 89-102.
- Haubrich, R., Little, S., Currier, J., Forthal, D., Kemper, C., Beall, G., Johnson, D., Dube, M., Hwang, J. y McCutchan, J. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS*, 13, 1.099-1.107.
- Hecht, F.M. (1997, december). Adherence to HIV treatment. Paper presented at the *meeting of Clinical Care of the AIDS Patients*, San Francisco, California.
- Holzemer, W., Corless, I., Nokes, K., Turner, J., Brown, M., Powell-Cope, G., Inouye, J., Henry, S., Nicholas, P. y Portillo, C. (1999). Predictors of Self-Reported Adherence in Persons living with HIV-disease. *Patient Care and STDs*, 13, 185-197.
- Kelly, J. y Murphy, D. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 576-585.
- Kelly, J., Murphy, D., Bahr, G., Kalichman, S., Morgan, M., Stevenson, L., Koob, J., Brasfield, T. y Bernstein, B. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed persons diagnosed with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1.679-1.680.
- Kelly, J., Otto-Salaj, L., Sikkema, K., Pinkerton, S. y Bloom, F. (1998). Implications of HIV Treatments Advances for Behavioral Research on AIDS: Protease Inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. *Health Psychology*, 17, 310-319.
- Lutgendorf, S., Antoni, M., Ironson, G., Klimas, N., Kumar, M., Starr, K., McCabe, P., Cleven, K., Fletcher, M. y Schneiderman, N. (1997). Cognitive-behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus-type 2 antibody titers in symptomatic HIV-seropositive gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 31-43.
- McPherson, S., Malow, R., Penedo, F., Jones, D., Schneiderman, N. y Klimas, N. (2000). Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS Care*, 12, 399-404.
- Mellins, C., Havens, J., McCaskill, E., Leu, C., Brudney, K. y Chesney, M. (2002). Mental health, substance abuse and disclosure are significantly associated with the medical treatment adherence of HIV-infected mothers. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 451-460.
- Meystre, G., Dubois, F., Cochand, P. y Telenti, A. (2000). Antiretroviral therapies from the patient's perspective. *AIDS Care*, 12, 717-721.
- Molassiotis, A., Nahas, V., Chung, W., Lam, S., Li, C. y Lau, T. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD and AIDS*, 13, 301-310.
- Molassiotis, A., Nahas, V., Chung, W. y Lam, S. (2003). A pilot study of the effects of a behavioral intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *AIDS Care*, 15, 125-135.
- Murphy, D., Wilson, C., Durako, S., Muenz, L. y Belzer, M. (2001). Antiretroviral medication adherence among the REACH HIV-infected adolescent cohort in the USA. *AIDS Care*, 13, 27-40.
- Murphy, D., Lu, M., Martin, D., Hofman, D. y Marelich, W. (2002). Results of a pilot intervention trial to improve antiretroviral adherence among HIV-positive patients. *JANAC*, 13, 57-69.
- Penedo, F., González, J., Dahn, J., Antoni, M., Malow, R., Costa, P. y Schneiderman, N. (2003). *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278.
- Pilowsky, I. y Spence, N. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. University of Adelaide.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Lepout, C., Raffi, F. y Moatti, J. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine*, 54, 1.481-1.496.
- Sternhell, P. y Corr, M. (2002). Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 528-533.
- Tsasis, P. (2001). Adherence assessment to highly active antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STD's*, 15, 109-115.
- Wagner, G. (2002). Predictors of antiretroviral adherence as measured by self-report, electronic monitoring and medication diaries. *AIDS Patient Care and STD's*, 16, 599-608.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.D. y Maides, S.A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.