



Mecanismos De Regulación Emocional Y Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Personas Que Conviven Con Vih

Colasanti, Elena Lucía.¹; Molinari, Alicia Verónica²; Sereno, Magdalena¹; Gauchat, Sofía¹; Marino, Marcos¹.

¹ Fundación "Dr. Carlos Alberto Adán Rosas". Córdoba, Argentina.

² Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Palabras claves

VIH
ADHERENCIA REGULACIÓN
MALESTAR

Información de Contacto

colasanti.el@gmail.com

Resumen

Introducción. La infección por VIH es en la actualidad considerada una enfermedad crónica que resulta compatible con una alta calidad de vida, larga sobrevida y disminución de la transmisibilidad gracias al tratamiento antirretroviral de alta actividad. Sin embargo, la adherencia a dicho tratamiento es clave para estos resultados y es un fenómeno complejo que implica, entre otros factores, la salud mental en general y la regulación emocional en particular. Objetivo. Evaluar las asociaciones entre estrategias de regulación emocional, malestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que conviven con VIH en la ciudad de Córdoba, Argentina. Método. Se utilizó un muestreo por conveniencia (N= 42). Se tomaron datos sociodemográficos y relativos al diagnóstico de VIH, y se controlaron las variables relativas a deterioro cognitivo mediante un test de rastreo. Se evaluó adherencia al tratamiento, malestar psicológico y regulación emocional en sus dos dimensiones: reevaluación cognitiva y supresión. Luego de la exploración inicial de datos se realizaron pruebas de asociación no paramétrica. Resultados/Contribuciones. Se encontró una asociación negativa significativa y moderada entre una de las estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva y la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral ($\rho = -.385$, $p < 0,5$). No se encontraron asociaciones significativas para el resto de las variables. Los resultados del presente trabajo sientan antecedentes acerca de la relación entre el cumplimiento con la medicación y las estrategias de regulación emocional, específicamente de reevaluación cognitiva, en personas que conviven con VIH y se encuentran bajo tratamiento antirretroviral. Se discuten implicancias y aspectos a considerar para futuras investigaciones.

1. Introducción

De acuerdo al último informe nacional (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019), se estima que en la Argentina 139.000 personas conviven con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y se notifican en promedio alrededor de 5.800 nuevos casos por año. De las personas que conviven con el virus, el 63% se atiende en el sistema público de salud. En lo que atañe a nuestro contexto más cercano, entre 1985 y 2018 se notificó un total de 11.038 personas infectadas con el virus de VIH en la provincia de Córdoba, de las cuales 3.771 efectivamente padecieron la enfermedad, y 846 fallecieron a consecuencia de la misma (Ainete, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el VIH es aún hoy en día uno de los mayores desafíos para la salud pública en todo el mundo. El VIH ataca células del sistema inmunológico impidiendo su normal funcionamiento. Es así que el organismo de una persona que convive con el virus, sin tratamiento adecuado, estará progresivamente más vulnerable y desprotegido ante numerosas infecciones y determinados tipos de cáncer.

Es importante mencionar que, gracias al desarrollo científico, la infección por VIH es considerada en la actualidad una enfermedad crónica. Las personas que conviven con el virus hoy pueden tener muy buena calidad de vida, pueden vivir de manera saludable, e incluso con una sobrevida cercana a la normal. Esto se debe principalmente al avance tecnológico en el tratamiento de esta infección, específicamente a la combinación de fármacos llamada terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA, Varela-Arévalo, Salazar-Torres, & Correa-Sánchez, 2008). Estas condiciones hacen adecuado el uso de la denominación “persona que convive con VIH” para las personas con resultado positivo de la prueba de VIH, tal como se utiliza en este texto. Dicha denominación ha sido consensuada con el fin de evitar la estigmatización a través del lenguaje y atendiendo tanto al uso convencional en el campo de la infectología en Argentina como así también a las recomendaciones de ONUSIDA (2011).

Desde hace más de dos décadas, el tratamiento antirretroviral ha demostrado ser efectivo para la disminución de la carga viral hasta niveles indetectables en las personas que conviven con VIH. La disminución del virus a estos niveles implica además la no transmisibilidad del mismo, es decir que no sólo es una estrategia de tratamiento sino además de prevención de nuevas transmisiones del virus (OMS, 2020). Sin embargo, para que el tratamiento sea efectivo se requiere un alto grado de cumplimiento del plan farmacológico (Benetucci, Kásparas, & Wainstein, 2015; Varela-Arévalo et al., 2008), también conocido como adherencia. Dado que la replicación de este virus es muy rápida, también lo es la mutación del mismo, por lo que una adherencia defectuosa podría facilitar que el virus mute y se torne resistente al tratamiento (Varela-Arévalo et al., 2008). Cuando el virus es resistente a los fármacos, se debe optar por otra combinación de fármacos para recobrar efectividad, pero no sólo que estas opciones son limitadas, sino que además irán disminuyendo en su eficiencia y calidad elección tras elección.

Existen diferentes definiciones de adherencia al tratamiento. Una de las más ampliamente aceptadas es la definición de la OMS (2004), que describe a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones dadas por un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3). Es importante tener en cuenta que la falta de adherencia a los tratamientos en general y en el campo del VIH en particular, tiene para las personas involucradas no sólo consecuencias clínicas (relacionadas a la mortalidad, morbilidad y transmisibilidad) sino también consecuencias económicas derivadas de las anteriores por los costos sanitarios que aquellas ocasionan (OMS, 2004). Es por ello que la adherencia a los tratamientos es tan importante como los tratamientos mismos (Benetucci et al., 2015).

Las causas de los problemas con la adherencia al tratamiento antirretroviral han sido ampliamente estudiadas. Hay un consenso general en cuanto a la multicausalidad de este problema, y se han creado categorías para agrupar estas causas. De este modo, frecuentemente se investigan factores relacionados con la persona, con la enfermedad, con la medicación, con la sociedad, con el profesional y con el sistema sanitario. Entre los factores relativos a la persona se encuentran la edad, el nivel educativo, el afrontamiento de la enfermedad, la motivación, la personalidad y los trastornos psicológicos, entre otros (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009; Varela-Arévalo et al., 2008).

En su estudio de revisión, Heestermans, Browne, Aitken, Vervoort y Klipstein-Grobusch (2016) pudieron identificar como principales factores que dificultan la adherencia al TARGA al consumo de alcohol, el género masculino, el uso de medicación tradicional o herbaria, insatisfacción con las instituciones de salud y sus trabajadores, la depresión, la discriminación y estigmatización, así como un deficiente apoyo social. Así mismo, encontraron que entre los factores que promueven la adherencia se destacan el asesoramiento profesional, intervenciones educativas, ayudas para la memoria y la comunicación activa entre personas que viven con VIH.

No es sorprendente que todos estos factores tengan relevancia, dado que el resultado positivo de la prueba de VIH no sólo determina un estado de salud física, sino que afecta a la persona en lo social y psicológico. Este diagnóstico en particular altera emocionalmente al sujeto y a sus seres queridos, ya que aún hoy en día se encuentra asociado a la muerte, la discriminación y el rechazo social, entre otras cosas (Arscott, Humphreys, Merwin, & Relf, 2020; Ballester, 2005; Valdivieso-Meza, 2013).

El impacto emocional puede llegar a ser muy intenso y requerir de asistencia psicológica. Entre las reacciones al diagnóstico, Castellanos-Manzo y Aguilar-Jiménez (2006) mencionan: tristeza, desinterés, aislamiento (tanto actitudes de autorrechazo como de evitación), dificultades en las relaciones, síntomas somáticos, búsqueda de apoyo religioso, problemas con la adherencia al tratamiento, e incluso en algunos casos conductas autodestructivas y de enojo. Son frecuentes también las respuestas de temor (en especial por la vida), vergüenza y auto recriminación

(Bastidas-Erao & Canaval-Erao, 2018). Es posible considerar estas manifestaciones en el marco de un proceso de duelo por la salud que requiere, en casos agudos, de un abordaje de intervención en crisis (Valdivieso-Meza, 2013).

Las primeras reacciones negativas al diagnóstico pueden profundizar patologías psicológicas preexistentes, o desarrollarlas. En este sentido, diversos estudios muestran la asociación entre vivir con VIH y niveles mayores de depresión y ansiedad (Nieto-Gómez, 2017; Riley, Lee, & Safren, 2017, Romero-Torres, 2009; Valente, 2003). Incluso McIntosh, Seay, Antoni y Schneiderman (2013) han presentado evidencias de vulnerabilidad específica de las personas infectadas con VIH a la depresión, a causa del deterioro neurocognitivo implicado. Se ha comparado esta vulnerabilidad con la afectación psicológica asociada al diagnóstico de cáncer: los resultados de un estudio reflejaron en las personas que conviven con VIH una mayor presencia de ansiedad, depresión, preocupación por la salud e interferencia de la enfermedad en sus vidas, así como menor autoestima y percepción de apoyo social en comparación con personas que enfrentan la enfermedad de cáncer (Edo-Alarcón & Ballester-Arnal, 2006).

El malestar psicológico ha sido, incluso, asociado a problemas con la adherencia al tratamiento antirretroviral. Esto se debe a que la adherencia a los tratamientos y en especial al tratamiento antirretroviral es un fenómeno complejo que implica, además del cumplimiento de la toma de la medicación, el entendimiento, acuerdo y participación activa del sujeto en su propio plan de tratamiento (Varela-Arévalo et al., 2008). En este sentido, Varela-Arévalo y Hoyos-Hernández (2015) destacan que la adherencia al tratamiento involucra además aspectos no-farmacológicos que influyen en la posibilidad de alcanzar resultados óptimos. Estos aspectos van desde cuestiones generales como la alimentación y el ejercicio físico, a cuestiones más específicas como medidas preventivas de reinfección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Entre estos aspectos se encuentra la gestión de los estados emocionales que pueden afectar y disminuir el funcionamiento del sistema inmunológico, como la depresión, el estrés y la ansiedad.

Diversos estudios plantean que el bienestar psicológico se encuentra relacionado con el cumplimiento de la medicación y con la supresión de la carga viral, y en sentido contrario la morbilidad psicológica se relaciona con el incumplimiento y con una baja efectividad del tratamiento (Alvis et al., 2009; Benetucci et al., 2015; MacDonell, Naar-King, Huszti, & Belzer, 2013; Membreno-Tórrez, 2017; Mutumba et al., 2016). Neel & Kagee (2011) destacan que la depresión, los desórdenes de ansiedad y los trastornos relacionados al abuso de sustancias tienen un impacto clave y negativo en la adherencia. Por su parte, otros autores han reportado asociaciones entre la depresión y el hecho de no comunicar a otros el diagnóstico. La cantidad de personas a las que un paciente comunica su diagnóstico es considerada un indicador de la disponibilidad de contactos sociales, que a su vez contribuye a la disponibilidad de apoyo social. Tanto la depresión como la ausencia de una red social de contención se encuentran, a su vez, asociadas con problemas en el cumplimiento del plan farmacológico (Yu et al., 2018). En el mismo sentido, Sin y DiMatteo (2014) han puesto en evidencia mejoras en la adherencia al tratamiento

antirretroviral vinculadas al tratamiento y disminución de la depresión. En su trabajo de meta-análisis, que incluyó 29 estudios con un total de 12,243 participantes, encontraron que cuando las intervenciones para mejorar la adherencia al TARGA incluyeron el tratamiento de los trastornos depresivos, la primera mejoró significativamente. Los resultados presentaron un incremento del 83% en la probabilidad de que una persona tratada por depresión pueda lograr afrontar eficientemente el plan farmacológico.

El malestar psicológico es, entonces, una consecuencia esperable del diagnóstico de VIH, al tiempo que puede convertirse en un antecedente de dificultades en la adherencia al tratamiento. Teniendo en cuenta estas relaciones, resulta necesario profundizar en sus procesos subyacentes como así también en aquellos procesos que favorecen la aceptación y el mejor ajuste del sujeto a las nuevas circunstancias y desafíos. Puede decirse que la regulación emocional (Berking & Wupperman, 2012; Gross, 2013; Saxena, Dubey, & Pandey, 2011) es una variable que interviene en el desarrollo de la psicopatología y del malestar psicológico en general. Es por ello que la regulación emocional es un aspecto clave a abordar tanto en la prevención y la mejoría de los trastornos mentales como en el ajuste emocional a los problemas de salud (Berking, Orth, Wupperman, Meier, & Caspar, 2008).

Es posible definir la regulación emocional como el proceso (ya sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario) por el cual las personas influyen en las emociones que sienten, cuándo las sienten, cómo las experimentan y cómo las expresan (Gross, 1998). De esto se desprende que, dependiendo de los aspectos mencionados, la relación del sujeto con sus propias emociones puede resultar más o menos beneficiosa. Es así que la regulación emocional se ha asociado, en diferentes estudios, con un mayor bienestar subjetivo, salud mental y relaciones sociales más satisfactorias (Gross, 1998; Hu et al., 2014).

El modelo desarrollado por Gross (1998) involucra cinco tipos de estrategias de regulación emocional. Estas estrategias son: selección de la situación, modificación de la misma, despliegue de la atención, cambio de cogniciones (reevaluación cognitiva) y modificación de la respuesta (supresión). En esta perspectiva el autor presenta los distintos momentos de actuación de la estrategia de regulación emocional, al mismo tiempo que destaca las últimas dos estrategias como las principales.

Es así que el cambio cognitivo antecede a la activación de respuestas y la expresión de la emoción, mientras que la modificación de la respuesta se dirige a las consecuencias de la emoción (Gross, 2002). En otras palabras, en el inicio del proceso de generación de emociones interviene la estrategia de reevaluación cognitiva, esto es, el cambio de las creencias o interpretaciones sobre la situación que dan lugar a la respuesta emocional. Por otro lado, la estrategia que aparece con posterioridad es la supresión o modificación de respuestas. Esto implica que el sujeto, mientras experimenta una gran activación emocional, realiza esfuerzos por disminuir la expresión comportamental de sus emociones (Gross, 2013), es decir, intenta evitar manifestar lo que siente.

Dado que afectan a diferentes etapas del proceso, las estrategias utilizadas tendrán diferentes efectos. En relación a la afectividad, se ha encontrado que la reevaluación cognitiva disminuye la experiencia emocional tanto en lo relativo a emociones positivas como negativas. La supresión, por el contrario, no disminuye la experiencia emocional negativa e incluso incrementa la activación de la respuesta del sistema nervioso simpático. Más aún, esta última estrategia se asocia a una mayor experimentación de emociones dolorosas y falta de autenticidad, como así también a la depresión (Gross, 2002; 2013).

Además de las consecuencias emocionales, se han reportado asociaciones con variables cognitivas y sociales. Por un lado, en lo referente a la repercusión de estas experiencias en la memoria: la reevaluación cognitiva mejora la memoria, mientras que la supresión la desfavorece (Gross, 2002; 2013). Por otro lado, en un estudio longitudinal se reportaron evidencias que sugieren que la estrategia de supresión dificulta el establecimiento de relaciones sociales saludables. Se observaron niveles bajos de interacción social en personas que utilizaban más frecuentemente la supresión para regular sus emociones. Por el contrario, las personas que utilizaban con mayor frecuencia la reevaluación cognitiva presentaron indicadores de una conexión social más fuerte (English, John, Srivastava, & Gross, 2012).

Los resultados del estudio de Hu et al. (2014) apuntan en la misma dirección. En este meta-análisis basado en 48 estudios se hallaron asociaciones positivas entre reevaluación cognitiva e indicadores de salud mental, entre ellos se examinaron satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo, depresión y ansiedad. A su vez, el uso de esta estrategia se asoció de modo negativo con indicadores de malestar psicológico. Por el contrario, se informan asociaciones negativas de la estrategia de supresión con las medidas de salud mental, y positivas de la misma estrategia con los indicadores negativos de salud mental.

Tomando en consideración la gran relevancia de la adherencia en el éxito del tratamiento antirretroviral de gran actividad, y la complejidad del fenómeno, tanto en los procesos subyacentes o relacionados como en sus consecuencias es que se desarrolló este estudio. El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar las asociaciones entre estrategias de regulación emocional, malestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que conviven con VIH en la ciudad de Córdoba, Argentina.

2. Método

Para este estudio se utilizó un diseño ex post facto retrospectivo (Montero & León, 2007). Durante el desarrollo de la investigación se resguardó la confidencialidad de la información obtenida de los participantes, los mismos fueron informados de los objetivos del estudio y los detalles inherentes a su participación y brindaron su consentimiento por escrito, siguiendo los principios expuestos en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013).

3. Participantes

Participaron de este estudio 42 pacientes de los servicios de Salud Mental e Infectología de la Fundación Dr. Carlos Adán Rosas. Se utilizó un muestreo por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017), ya que los participantes concurren a la institución con motivo de colaborar con el estudio luego de ser invitados por correo electrónico, teléfono y en aquellas ocasiones en las que el se acercaran por otros particulares a la institución.

Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de VIH positivo, ser mayor de 18 años, resultados normales en el test Mini Mental (> 26 , Allegri et al., 1999), y la firma de un consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: analfabetismo, protocolo incompleto y el incumplimiento de cualquiera de los criterios de inclusión.

Luego de la exploración inicial de datos y eliminación de casos atípicos, la muestra final se compuso de 38 personas que conviven con VIH, todas ellas obtuvieron resultados dentro de los parámetros normales en el test MiniMental (> 26 , $M = 28,78$, $DE = 1,23$) y la edad media de la muestra fue de 38,81 ($DE = 11,11$). De los participantes, el 86,84% eran de género masculino, el 10,53% de género femenino y el 2,63% no respondió. La orientación sexual fue de 60,53% homosexual, 31,58% heterosexual y 5,26% bisexual. El nivel de instrucción máximo alcanzado por los participantes fue universitario completo para el 63,16%, universitario incompleto 18,42%, secundario completo 13,16%, el resto de los participantes no respondió esta pregunta. En cuanto a la ocupación, el 47,37% manifestó ser empleado, el 21,05% trabaja de forma autónoma, el 15,79% eran estudiantes, 7,89% estaban desempleados, y el resto no respondieron.

4. Instrumentos

Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y relacionados al VIH. A través de este cuestionario se indagó sobre sexo, género, orientación sexual, ocupación, nivel de instrucción, cantidad de personas a las que comunicó su diagnóstico y vínculo del participante con dichas personas.

Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Se trata de un test de rastreo de alteraciones mentales que explora orientación, memoria de corto y largo plazo, atención, lenguaje, praxias y habilidad visoconstructiva. La aplicación de la prueba se realizó siguiendo las recomendaciones y criterios expresados en el trabajo de Allegri et al. para su uso en población argentina (1999). Este instrumento se utilizó para controlar el posible efecto de alteraciones neurocognitivas derivadas de la infección de VIH en el resto de las mediciones (para ampliar la información se recomienda Bragança & Palha, 2011; Pino-Melgarejo & Omar-Martínez, 2014).

Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ, Knobel et al., 2002). El cuestionario se compone de 6 ítems, cuatro de ellos tienen opción de respuesta dicotómica, uno

es de respuesta graduada y otro de respuesta numérica. El test completo no arrojó resultados satisfactorios de consistencia interna en los análisis preliminares ($\alpha = .547$). Por este motivo se utilizó el último ítem (SMAQ-6) que utiliza medición escalar y abarca un período de tiempo extenso. El ítem interroga sobre cuántos días completos la persona no tomó la medicación durante los últimos tres meses. Es importante aclarar que en la revisión bibliográfica no se han encontrado disponibles otros test validados en población argentina para la medición de adherencia al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, el SMAQ ha sido utilizado en investigación en Argentina en diversos estudios (e.g. Ahumada, Escalante, & Santiago, 2011; Chaparro del Moral et al., 2013).

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, Gross & John, 2003; adaptación al español de Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal, & Gross, 2013). Cuestionario de 10 ítems que evalúa estrategias de regulación emocional con opciones de respuesta de tipo Likert que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 5 (Totalmente de acuerdo). La escala comprende dos factores, seis ítems miden reevaluación cognitiva (e.g. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p. ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando) y cuatro ítems miden supresión (e. g. Guardo mis emociones para mí mismo). La consistencia interna resultó aceptable para este estudio (subescala de reevaluación cognitiva $\alpha = .682$, subescala de supresión $\alpha = .661$, Nunnally & Bernstein, 1995).

Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10, adaptación para población argentina de Brenlla & Aranguren, 2010). Es un instrumento breve de 10 ítems, cada uno de los cuales representa una dimensión diferente e independiente, con opciones de respuesta de tipo Likert que se gradúan desde 1 (Nunca) hasta 5 (Siempre). En su conjunto intentan detectar el riesgo de padecer malestar psicológico inespecífico (síntomas de ansiedad o depresión), por lo que se utiliza como prueba de rastillaje. La consistencia interna del instrumento fue adecuada en este estudio ($\alpha = .754$).

5. Procedimiento

En primer lugar se invitó a pacientes de la institución por correo electrónico, teléfono y también personalmente cuando los mismos se encontraban en las instalaciones por otros motivos. Los pacientes que accedieron a participar concertaron cita con los investigadores. Durante el encuentro se explicaron el objetivo de la investigación así como los derechos y resguardos para el participante, y se procedió a la firma del consentimiento informado. Los investigadores, previamente entrenados, tomaron el test Mini-Mental State Examination de forma individual. Seguidamente los participantes respondieron los cuestionarios, sin participación de los investigadores.

Una vez finalizada la recolección de datos se procedió a la carga de los mismos en el programa SPSS versión 19 (IBM Corp., 2010). Se efectuaron análisis descriptivos para la

exploración estadística de las variables (frecuencia, media, desviación estándar, asimetría y curtosis). Para el contraste de las hipótesis se aplicó la prueba de correlación no paramétrica rho de Spearman, teniendo en cuenta la distribución de las variables y el tamaño de la muestra.

6. Resultados

En la exploración inicial de datos no se detectaron datos ausentes mayores al 5%. Se identificaron datos atípicos correspondientes a 4 casos (puntaje $Z \pm 3$), los mismos fueron eliminados teniendo en cuenta que la muestra total era pequeña (tras la eliminación de los casos la muestra resultante fue de 38 sujetos) y este número de datos atípicos podría afectar los resultados.

En cuanto a la distribución de los datos, la mayoría de los ítems de la escala K-10 de malestar emocional presentaron resultados de asimetría y curtosis compatibles con una distribución normal (± 2 , George & Mallery, 2010), a excepción de 4 ítems que arrojaron resultados mayores al criterio utilizado. En ambas subescalas del cuestionario de regulación emocional (ERQ) los resultados obtenidos reflejaron una distribución normal, a excepción del ítem número 4. Los resultados globales de ambos test estuvieron dentro de los límites aceptables, no así los resultados obtenidos para la medida de adherencia. En la Tabla 1 puede observarse el resumen de los datos obtenidos para las variables evaluadas.

Tabla 1

Datos descriptivos.

	Mínimo	Máximo	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Adherencia	0	12	0,86	2,18	4,14	19,76
K-10	11 (10)	28 (50)	16,80	4,57	0,76	-0,36
ERQ Total	13 (10)	44 (50)	31,43	6,62	-0,60	0,75

A partir de estos resultados se efectuaron pruebas no paramétricas de correlación para verificar las relaciones entre la medida de adherencia por un lado y las estrategias de regulación y el malestar psicológico por otro. Los resultados pueden observarse en la Tabla 2.

Tabla 2

Correlaciones de la medida de adherencia con regulación emocional y malestar psicológico.

	SMAQ-6	
	Rho de Spearman	<i>p</i>
ERQ <i>reevaluación cognitiva</i>	-,385*	,020
ERQ <i>supresión</i>	-,011	,949
K-10	,278	,111

Los análisis de correlación indicaron una asociación negativa moderada, con un adecuado nivel de significación estadística para la relación entre la medida de adherencia y la estrategia de reevaluación cognitiva. Dado que la medida de adherencia al tratamiento evalúa cuántos días completos no se ha tomado la medicación, es decir, se trata de una medida inversa, esta asociación indica que un mayor uso de estrategias de reevaluación cognitiva se corresponde con una mayor adherencia al tratamiento. Por otro lado, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre adherencia al tratamiento y las otras dos medidas: supresión emocional y malestar psicológico.

Tabla 3

Resultados de pruebas de correlación entre malestar psicológico y estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva y supresión.

	K-10	
	Pearson	<i>p</i>
ERQ <i>reevaluación cognitiva</i>	-,259	,138
ERQ <i>supresión</i>	-,146	,409

Como puede observarse en la Tabla 3, también se exploraron las asociaciones entre la medida de malestar psicológico y las estrategias de regulación emocional, pero en este caso los resultados no indicaron asociaciones significativas.

7. Discusión y Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue explorar las relaciones entre estrategias de regulación emocional, malestar psicológico y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que conviven con VIH en la ciudad de Córdoba, Argentina. Los resultados presentaron evidencias de asociación negativa entre la estrategia de reevaluación cognitiva y problemas en la adherencia al tratamiento antirretroviral. En cuanto a la estrategia de supresión y el malestar psicológico, no se obtuvieron evidencias de una asociación significativa de estas variables con la medida de adherencia, como así tampoco entre las estrategias de regulación emocional y el malestar psicológico.

Es importante considerar que la adherencia al tratamiento involucra un comportamiento complejo, y más aún en relación al diagnóstico de VIH. El cumplimiento con el plan de tratamiento requiere de una serie de habilidades que van más allá de las habilidades conductuales (Varela-Arévalo et al., 2008). Por su parte, el diagnóstico de VIH también presenta desafíos particulares debido a las afectaciones que tiene en la salud mental, física y en la vida social de las personas que conviven con VIH (Arscott et al., 2020; Ballester, 2005; Bastidas-Erao & Canaval-Erao, 2018;



McIntosh et al., 2013; Nieto-Gómez, 2017; Riley et al., 2017; Romero-Torres, 2009; Valdivieso-Meza, 2013). Tanto los problemas psicológicos preexistentes como aquellos que puedan generarse a partir del diagnóstico influyen en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente el tratamiento (Alvis et al., 2009; MacDonell et al., 2013; Membreno-Tórrez, 2017; Mutumba et al., 2016; Nel & Kagee, 2011; Sin & DiMatteo, 2014), y no menor resulta la influencia de otros factores de orden social, como la disponibilidad de apoyo social, las características de la relación terapéutica y la relación de la persona que convive con VIH y de su red social con el sistema sanitario en general y con los servicios de intermediación (como obras sociales y prepagas), como así también con las instituciones.

Es así que la regulación emocional toma relevancia en el afrontamiento saludable de la enfermedad y específicamente en la adherencia al tratamiento. Según los resultados observados en el presente estudio, la estrategia de regulación emocional de reevaluación cognitiva estaría asociada con un mejor desempeño en la adherencia al tratamiento antirretroviral para personas que conviven con VIH en la ciudad de Córdoba.

Coincidentemente, Gross (2002) señala que la estrategia de reevaluación cognitiva es en ocasiones más beneficiosa que la supresión emocional. Asimismo, numerosos estudios han reportado otras asociaciones entre el uso frecuente de reevaluación cognitiva para la regulación emocional con consecuencias que a su vez son favorecedoras para la adherencia a los tratamientos. Una de las diferencias encontradas entre ambos modos de regulación emocional se relaciona con la memoria. La supresión emocional se asocia con un peor rendimiento de la memoria a causa de la interferencia emocional. De forma opuesta, la reevaluación cognitiva ha sido asociada, incluso, con una mejora en la memoria (Gross, 2013), lo cual es de gran importancia en el cumplimiento de un tratamiento farmacológico.

Otra de las diferencias encontradas se relaciona con el ámbito social. El uso mayoritario de reevaluación cognitiva se asocia a un mejor desempeño social e interacciones sociales más cercanas (English et al., 2011), lo cual tendría un efecto en el apoyo social, recurso clave para la adherencia al TARGA (Ahumada et al., 2011; Varela-Arévalo et al., 2008). En sentido contrario, el no comunicar el diagnóstico se ha asociado a una deficiente adherencia en VIH, además de estar relacionado a mayor prevalencia de trastornos depresivos (Yu et al., 2018).

Las estrategias de regulación emocional también repercuten diferencialmente en la salud mental de los sujetos. Diversas investigaciones reportan que el uso de supresión se asocia a la morbilidad en salud mental. Por el contrario, el uso de la estrategia de reevaluación cognitiva se relaciona con una serie de indicadores de salud mental (Haga, Kraft, & Corby, 2009; Hu et al., 2014). La salud mental de las personas es un factor, reconocido entre clínicos e investigadores, que afecta al cumplimiento del plan farmacológico en VIH y en otras enfermedades crónicas (Alvis et al., 2009; Benetucci et al., 2015; MacDonell et al., 2013; Membreno-Tórrez, 2017; Mutumba et al., 2016; Nel & Kagee, 2011; Sin & DiMatteo, 2014; Varela-Arévalo et al., 2008; Yu et al., 2018).

Por otro lado, en este estudio no se encontraron asociaciones entre la medida de adherencia al tratamiento y el malestar emocional, como así tampoco entre esta última variable y las estrategias de regulación emocional. Sin embargo, y dado que estas relaciones serían esperables según desarrollos previos (Alvis et al., 2009; Benetucci et al., 2015; MacDonell et al., 2013; Membreno-Tórrez, 2017; Mutumba et al., 2016; Nel & Kagee, 2011), es posible conjeturar que algunas características del presente estudio hayan tenido influencia en estos resultados. Una de estas características es el tamaño muestral, que es relativamente pequeño y no presentó gran variación en cuanto a los niveles de las distintas variables. Es así que, por ejemplo, los participantes de esta muestra presentaron en general niveles bajos de malestar psicológico. Por este motivo, se requerirá trabajar con muestras de mayor tamaño en lo sucesivo.

Otro aspecto a considerar es la aproximación a la adherencia en tratamiento antirretroviral. El concepto de adherencia al tratamiento es complejo, y no sólo involucra el cumplimiento del plan sino además el entendimiento y acuerdo del paciente (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, Rojas-Sánchez, 2016; Varela-Arévalo et al., 2008). Cabe destacar que las herramientas con las que se cuenta por el momento no aseguran una medición precisa del fenómeno. Por tanto, ya sea en el campo de la adherencia a los tratamientos en general o en el del tratamiento antirretroviral en particular, la medición de esta variable debería incluir otros aspectos del fenómeno, o bien la utilización de mediciones mixtas con más de un método de aproximación (Benetucci et al., 2015; López-Romero et al., 2016).

Es así que se sugiere continuar estudiando estas relaciones con muestras más grandes que presenten mayor heterogeneidad de casos. Por otra parte, se podrían utilizar mediciones mixtas de adherencia a fin de lograr una aproximación que contemple con más detalle la complejidad del fenómeno, e incluso mediciones que abarquen otros comportamientos además del cumplimiento con el plan farmacológico, como por ejemplo la alimentación saludable, el ejercicio físico, la asistencia a controles médicos, entre otros.

Si bien el tratamiento se ha ido perfeccionando, desde los “cócteles” de numerosas pastillas hasta llegar incluso a presentaciones que implican la ingesta de sólo una pastilla, la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad continúa siendo un desafío para el sistema sanitario (Benetucci et al., 2015). Por este motivo, se considera de gran relevancia que se evalúen otras variables que pueden afectar a la adherencia, como por ejemplo la relación entre el profesional sanitario y el paciente o las características del sistema sanitario. Asimismo, constituye un objetivo para la investigación futura el utilizar diseños de investigación que permitan estimar relaciones de causalidad, como por ejemplo el estudio longitudinal.

Los resultados del presente trabajo sientan antecedentes acerca de la relación entre el cumplimiento con la medicación y las estrategias de regulación emocional, específicamente de reevaluación cognitiva, en personas que conviven con VIH y se encuentran bajo tratamiento antirretroviral en la ciudad de Córdoba, Argentina. Si bien se requerirán trabajos posteriores para

un abordaje más completo de la problemática, los hallazgos presentes permiten sugerir que los mecanismos de regulación emocional deberían ser tomados en cuenta en los diferentes dispositivos de intervención psicológica orientados a personas que conviven con VIH, a los fines de mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y así incrementar el estado de salud y la calidad de vida de las personas.

8. Agradecimientos

La presente investigación no podría haberse realizado sin la colaboración de los participantes, quienes dedicaron tiempo en esta tarea y confiaron en los investigadores, la institución y el proyecto, a todos ellos se dedica el más sincero agradecimiento. Además se agradece profundamente la colaboración de Natalia Colazo para la convocatoria e invitación de los participantes, como así también al Dr. Javier Sánchez Rosas por las sugerencias realizadas, el apoyo y el aliento.

9. Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés con el objetivo y desarrollo de esta investigación.

Referencias

- Ahumada, M., Escalante, E., & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 55-70. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/41>
- Ainete, M. V. (2018). Informe epidemiológico VIH/SIDA. Año 2018. Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- Allegri, R. F., Ollari, J. A., Mangone, C. A., Arizaga, R. L., De Pascale, A., Pellegrini, M., ... Taragano, F. E. (1999). El "Mini-Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Revista de Neurología Argentina*, 24(1), 31-35.
- Alvis, O., de Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 266-272. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales>
- Arcott, J., Humphreys, J., Merwin, E., & Relf, M. (2020). "That guy is gay and black. That's a red flag." How HIV stigma and racism affect perception of risk among young black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 24(1), 173-184. doi: 10.1007/s10461-019-02607-4
- 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. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC>
- Bastidas-Erao, A. M., & Canaval-Erao, G. E. (2018). Más allá de los síntomas: Vivir con VIH es motor de cambio. *Avances en Enfermería*, 36(3), 338-346. doi: 10.15446/av.enferm.v36n3.71588
- Benetucci, A., Kásparas, G., & Wainstein, C. (2015). Adherencia al TARV. En Sociedad Argentina de Infectología, V Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2014-2015 (pp. 31-39). Buenos Aires: Ediciones de la Guadalupe. Recuperado de <https://www.sadi.org.ar/>
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. doi: 10.1097/yco.0b013e3283503669
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L., & Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485-494. doi: 10.1037/a0013589
- Bragança, M., & Palha, A. (2011). Trastornos neurocognitivos asociados con la infección por el VIH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(6), 374-383. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/>



- Brenlla, M. E., & Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28(2), 311-342. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/index>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation Questionnaire--Spanish Adaptation (ERQ) [Database record]. APA PsycTests. doi: 10.1037/t27857-000
- Castellanos-Manzo, M. E., & Aguilar-Jiménez, A. I. (2006). Psicopatología del paciente con VIH-Sida (Trabajo final de Licenciatura). Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado de <http://biblioteca.usac.edu.gt/biblioteca2/index.php>
- Chaparro del Moral, R., Rillo, O. L., Benegas, M., de los Angeles Correa, M., Citera, G., Cocco, J. A. M., ... Myseler, E. (2013). Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea que reciben medicamentos biológicos. *Revista Argentina de Reumatología*, 24(4), 18-26. Recuperado de <http://www.revistasar.org.ar/>
- Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. (2019). Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. Nº36. Año XXII. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031
- Edo-Alarcón, M. T., & Ballester-Arnal, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90. doi: 10.5944/rppc.vol.11.num.2.2006.4019
- English, T., John, O. P., Srivastava, S., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation and peer-rated social functioning: A 4-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 46(6), 780-784. doi: 10.1016/j.jrp.2012.09.006
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). Recuperado de <http://www.fepra.org.ar/feprav3/>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination (MMS, MMSE) [Database record]. PsycTESTS Dataset. doi: 10.1037/t07757-000
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step By Step: A Simple Guide and Reference*. 17.0 updated. Boston, MA: Allyn & Bacon.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017/s0048577201393198
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365. doi: 10.1037/a0032135
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) [Database record]. APA PsycTests. doi: 10.1037/t06463-000
- Haga, S. M., Kraft, P., & Corby, E. K. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 271-291. doi: 10.1007/s10902-007-9080-3
- Heestermans, T., Browne, J. L., Aitken, S. C., Vervoort, S. C., & Klipstein-Grobusch, K. (2016). Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMJ Global Health*, 1(4), 1-13. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000125
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological reports*, 114(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.pr0.114k22w4
- IBM Corp. (2010). IBM SPSS Statistics for Windows (version 19.0). [software de cómputo] Armonk, NY: Autor.
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J. L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., ... & GEEMA Study Group. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: The GEEMA Study. *Aids*, 16(4), 605-613. doi: 10.1097/00002030-200203080-00012
- López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- MacDonell, K., Naar-King, S., Huszti, H., & Belzer, M. (2013). Barriers to medication adherence in behaviorally and perinatally infected youth living with HIV. *AIDS and Behavior*, 17(1), 86-93. doi: 10.1007/s10461-012-0364-1
- McIntosh, R. C., Seay, J. S., Antoni, M. H., & Schneiderman, N. (2013). Cognitive vulnerability for depression in HIV. *Journal of affective disorders*, 150(3), 908-915. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.014
- Membreño-Tórrez, J. S. (2017). Factores de riesgo asociados a no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA. clínica de atención integral Hospital escuela Antonio



- Lenin Fonseca Managua. de Enero a Diciembre del año 2016 (Tesis de Especialización). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/>
- Mutumba, M., Musiime, V., Lepkwoski, J. M., Harper, G. W., Snow, R. C., Resnicow, K., & Bauermeister, J. A. (2016). Examining the relationship between psychological distress and adherence to anti-retroviral therapy among Ugandan adolescents living with HIV. *AIDS care*, 28(7), 807-815. doi: 10.1080/09540121.2015.1131966
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862.
- Nel, A., & Kagee, A. (2011). Common mental health problems and antiretroviral therapy adherence. *AIDS care*, 23(11), 1360-1365. doi: 10.1080/09540121.2011.565025
- Nieto-Gómez, I. (2017). Los trastornos mentales en personas con VIH/SIDA: Una revisión sistemática (Tesis). Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla. Recuperado de <https://idus.us.es/>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica* (3a. ed). México: McGraw-Hill.
- ONUSIDA. (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Versión Revisada. Recuperado de <https://www.unaids.org/>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. doi: 10.4067/s0717-95022017000100037
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/>
- Organización Mundial de la Salud. (6, Julio, 2020). VIH/sida. [Notas descriptivas] Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Pino-Melgarejo, M., & Omar-Martínez, E. (2014). Cognición y VIH. Algunas consideraciones. *Santiago*, (135), 664-674. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/es/homepage>
- Riley, K. E., Lee, J. S., & Safren, S. A. (2017). The relationship between automatic thoughts and depression in a cognitive-behavioral treatment for people living with HIV/AIDS: Exploring temporality and causality. *Cognitive Therapy and Research*, 41(5), 712-719. doi: 10.1007/s10608-017-9839-8
- Romero-Torres, J. M. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 25-31. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=96>

- Saxena, P., Dubey, A., & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(2), 147-155. Recuperado de <https://somaticinkblots.com/>
- Sin, N. L., & DiMatteo, M. R. (2014). Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 47(3), 259-269. doi: 10.1007/s12160-013-9559-6
- Valdivieso-Meza, G. (2013). Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad (Tesis de maestría). Universidad del Azuay. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/>
- Valente, S. M. (2003). Depression and HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(2), 41-51. doi: 10.1177/1055329002250993
- Varela-Arévalo, M. T., & Hoyos-Hernández, P. A. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: Más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 528-540. doi: 10.15446/rsap.v17n4.38429
- Varela-Arévalo, M. T., Salazar-Torres, I. C., & Correa-Sánchez, 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. Recuperado de <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/>
- Yu, Y., Luo, D., Chen, X., Huang, Z., Wang, M., & Xiao, S. (2018). Medication adherence to antiretroviral therapy among newly treated people living with HIV. *BMC Public Health*, 18(1), 825-832. doi: 10.1186/s12889-018-5731-z