



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
CAMPO: PSICOLOGÍA Y SALUD

REVELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y USO DE CONDÓN
EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA:
EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Angélica Riveros Rosas, Facultad de Contaduría y Administración, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

Dra. Judith Marina Menez Díaz, Facultad de Psicología, UNAM

Dr. Steven A. Safren, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Dr. Ariel Vite Sierra, Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Silvia Susana Robles Montijo, FES Iztacala, UNAM

MÉXICO, D. F. FEBRERO, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a las personas que viven con VIH que participaron en esta investigación, sin ellas no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A mí querida Universidad Nacional Autónoma de México que me ha permitido tener un crecimiento académico, profesional y personal a lo largo de más de veinte años. Gracias también al apoyo otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para desarrollar este trabajo.

Al Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), escenario dónde se llevó a cabo esta investigación.

A la Comisión de Equidad y Género de las legislaturas LX-LXI y la Comisión de Igualdad de Género de la legislatura LXII de la H. Cámara de Diputados de la República Mexicana, quien financia programas y proyectos del CIENI.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas quien me guió durante la realización de este trabajo, gracias por el tiempo, dedicación, consejos, apoyo incondicional y sobre todo por la motivación que directa o indirectamente, al observarla en su trabajo, me transmitía en los momentos en los que era complicado el avanzar, sin duda un ser humano admirable y para mí una gran tutora.

Al Dr. Gustavo Reyes Terán, no olvidaré el día que lo conocí y le presenté mi proyecto de doctorado, gracias por confiar en mí y darme todas las facilidades para llevar a cabo el proyecto, mi admiración por ser un gran líder y un gran ser humano.

A la Dra. Evelyn Rodríguez Estrada, mi ingreso al CIENI fue mucho más fácil con su guía, instrucciones y apoyo; día a día se involucró cada vez en mi trabajo así que quiero agradecer su tiempo, disposición, sus revisiones detalladas, su apoyo incondicional y el darme ánimos cada vez que me sentía perdida.

A la Dra. Candela Iglesias, sin duda una persona clave en mi formación como investigadora, después de dos años y medio aún no descubro cómo hace para generar en mí la presión e impulso necesarios que me llevan a hacer el trabajo cada vez mejor, a esforzarme un poco más cada vez, a arriesgarme para seguir aprendiendo y creciendo, quiero agradecerle en especial por fomentar mi perfeccionismo funcional y ayudarme a reconocer mi trabajo.

Al Dr. Steven Safren, a la Dra. Susana Robles, al Dr. Ariel Vite y la Dra. Marina Menez por sus correcciones, comentarios y sugerencias que me ayudaron a afinar este trabajo.

Al Dr. Juan José Sánchez-Sosa por darme el empujoncito para tomar la decisión de estudiar el doctorado, por su apoyo incondicional y por seguir siendo parte de mi formación profesional. Lo admiro, respeto y aprecio mucho.

Al equipo psicosocial y educativo del CIENI, al área clínica y básica, al personal administrativo y en general a todas las personas que laboran en este centro que me ayudaron en algún momento y que hicieron más agradable mi estancia durante la aplicación de mi proyecto: Paco, Grace, Uriel, Ceci, Flora, Norma, Bere, Zeidy, Chuy, Anahí, Elsa.

Un camino paralelo a la aplicación de mi proyecto de investigación en estos cuatro años fue el de la docencia en la Universidad de Londres y en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, instituciones a las que les tengo un gran aprecio y admiración. Gracias por el apoyo y por todas las facilidades que me dieron, en especial a la Mtra. Tania Gómez Rivas y a la Mtra. Ma. Guadalupe Hasbach Soto.

Quiero agradecer y dedicar amorosamente este trabajo a mi familia y amigos que me acompañaron en el camino del Doctorado y que con su amor, apoyo, interés en mí y cuidados, me motivaron siempre a avanzar sobre todo en los momentos difíciles.

A mis padres, Dolores y Fernando, este trabajo es resultado de la disciplina, constancia y responsabilidad que me han enseñado pero sobre todo de su amor y apoyo incondicional, me siento orgullosa de que sean mis padres, los amo.

A Juancho, mi querido hermano, gracias por estar al pendiente de mí y por el apoyo, eres parte de este logro.

A Mamá María, a mis tíos Pato, Nacho, Zoraida y Rebe, a mis primos Inci, Zoraida, Alfredo, Zair y Alejandro.

A mis queridos amigos: Verónica, Isela, Marilucy, Ma. Luisa, Haydee, David, Julio, Nayhelli, Gualter, Rodrigo, Enrique, Kary.

A Ivonne, mi compañera del doctorado y más que eso mi compañera de aventuras, viajes, proyectos, gracias por estar en cada momento que lo necesite, por el apoyo, los consejos, la escucha, te quiero.

A Paco, uno de las cosas que valoro más de haber llegado al CIENI es coincidir contigo, gracias por compartir los proyectos, el trabajo, el estrés, pero sobre todo por tu amistad y apoyo, te quiero.

A mis ángeles Alfredo y Mariana.

Índice

	Página
Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	iii
Capítulo 1. Virus de Inmuno Deficiencia Humana y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida	1
1.1. Historia natural de la enfermedad	2
1.2. Clasificación y formas de transmisión	3
1.3. Tratamiento	4
1.4. Tipos de virus y reinfección	7
1.5. Epidemiología	10
1.6. Aspectos psicosociales y prevención	16
1.7. Intervenciones psicológicas cognitivo conductuales y VIH	19
Capítulo 2. Conductas sexuales de riesgo en PVVIH	25
2.1. Conductas sexuales de riesgo	27
2.2. Conductas sexuales seguras y protegidas	30
2.3. Factores asociados a conductas sexuales de riesgo en PVVIH	31
2.4. Intervenciones para la reducción de conductas sexuales de riesgo	41
Capítulo 3. Revelación del estado serológico del VIH	57
3.1. Patrón de revelación del estado serológico de VIH	58
3.2. Teorías sobre la revelación	65

	Página
3.3. Barreras y facilitadores de la revelación	66
3.4. Revelación y su relación con otras variables	69
3.4.1. La revelación y la adherencia al TARV	69
3.4.2. La revelación y las prácticas sexuales	71
3.5 Modelo hipotético propuesto sobre la relación entre revelación y uso del condón	75
3.6. Intervenciones para promover la revelación del estado serológico de VIH	79
Capítulo 4. Panteamiento del problema	87
4.1. Jusificación	87
4.2. Pregunta de investigación	94
Capítulo 5. Estudio 1: Modelo explicativo de la relación entre revelación del diagnóstico y uso de condón en PVVIH	95
5.1. Objetivos	95
5.2. Hipótesis	96
5.3. Método	97
5.4. Resultados	111
5.4. Discusión	147
Capítulo 6. Estudio 2: Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la revelación del diagnóstico y el uso del condón en PVVIH	156
6.1. Objetivos	156
6.2. Hipótesis	157

	Página
6.3. Diseño de la intervención	157
6.4. Método	163
6.5. Resultados	183
6.6. Discusión	243
Capítulo 7. Conclusión general	252
Adenda	258
Referencias	278
Apéndices	
A1. Datos sociodemográficos	308
A2. Cuestionario sobre revelación	311
A3. Cuestionario sobre conductas sexuales	314
A4. EsCaViPS Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos	319
A5. BDI Inventario de Depresión de Beck	323
A6. HADS Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	326
A7. BAI Inventario de Ansiedad de Beck	328
A8. CEAT-VIH Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral	330
A9. Consentimiento informado, Estudio 1	333
A10. Cartas descriptivas de la intervención cognitivo conductual	338
A11. Registro conductual	360
A12. Pasos del uso correcto del condón masculino	363
A13. Consentimiento informado, Estudio 2	365

Índice de Tablas

	Página
Tabla 1. 1. Clasificación del VIH-SIDA según el CDC.	3
Tabla 2.1. Evaluación del riesgo de infección por vía sexual en hombres que tienen sexo con hombres cuando la persona fuente conoce su estado serológico.	29
Tabla 2.2. Intervenciones para fomentar conductas sexuales de riesgo en personas con VIH-SIDA.	47
Tabla 3.1. Porcentajes de revelación del estado serológico por las personas con VIH.	60
Tabla 3.2. Intervenciones para fomentar la revelación del estado serológico en relación al VIH-SIDA.	80
Tabla 5.1. Descripción de los datos sociodemográficas de la muestra (Estudio 1).	112
Tabla 5.2. Revelación del diagnóstico de acuerdo al tipo de pareja.	114
Tabla 5.3. Probable vía de infección reportadas por los participantes.	115
Tabla 5.4. Número de parejas antes y después del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes.	116
Tabla 5.5. Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambas) y promedio del número de parejas antes del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes.	117
Tabla 5.6. Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambos) y promedio del número de parejas después del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes.	117
Tabla 5.7. Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambos) antes del diagnóstico de acuerdo a la orientación sexual de los participantes.	118
Tabla 5.8. Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambos) después del diagnóstico de acuerdo a la orientación sexual de los participantes.	119
Tabla 5.9. Frecuencia del tipo de pareja y promedio de número de parejas sexuales en los últimos tres meses.	120

	Página
Tabla 5.10. Frecuencia con que los participantes reportaron tener relaciones sexuales.	120
Tabla 5.11. Niveles y puntos de corte en los instrumentos psicométricos.	133
Tabla 5.12. Propiedades psicométricas de los instrumentos.	135
Tabla 5.13. Comparación de las variables psicológicas y clínicas de acuerdo al tipo de pareja.	137
Tabla 5.14. Matriz de correlaciones para PVVIH con pareja estable y ocasional(es).	138
Tabla 5.15. Coeficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo hipotético probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja estable.	140
Tabla 5.16. Coeficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo basado en los datos para PVVIH con pareja estable.	142
Tabla 5.17. Coeficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo hipotético probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja(s) ocasional(es).	144
Tabla 5.18. Coeficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo basado en los datos para PVVIH con pareja(s) ocasional(es).	145
Tabla 5.19. Comparación de las variables psicológicas y clínicas de acuerdo a si revelaron o no.	146
Tabla 6.1. Módulos de la intervención del Project Enhance.	158
Tabla 6.2. Descripción general de los módulos de la intervención.	160
Tabla 6.3. Esquema de mediciones a través del tiempo de acuerdo al diseño utilizado.	172
Tabla 6.4. Descripción de las técnicas cognitivo conductuales usadas en cada uno de los módulos de la intervención.	175
Tabla 6.5. Descripción de las características sociodemográficas de los participantes (Estudio 2).	184
Tabla 6.6. Descripción de las variables relacionadas con el tipo de pareja, la revelación del diagnóstico y el uso de condón de los participantes.	185
Tabla 6.7. Número de parejas sexuales reportado por los participantes, antes y después del diagnóstico y en los últimos tres meses.	185

	Página
Tabla 6.8. Resultados en los instrumentos psicométricos antes de la intervención.	188
Tabla 6.9. Comparación de los puntajes del BDI a lo largo de la intervención a través de la prueba de Friedman.	190
Tabla 6.10. Comparación de los puntajes del BDI al final de la intervención y en los seguimientos a través de la prueba de Friedman.	190
Tabla 6.11. Cambios clínicos en los síntomas depresivos medidos con el BDI.	193
Tabla 6.12. Comparación de los puntajes del BAI a lo largo de la intervención a través de la prueba de Friedman.	198
Tabla 6.13. Comparación de los puntajes del BAI al final de la intervención y en los seguimientos a través de la prueba de Friedman.	198
Tabla 6.14. Cambios clínicos en los síntomas depresivos medidos con el BDI.	200
Tabla 6.15. Comparación de las variables psicofisiológicas antes y después del entrenamiento en relajación, a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.	204
Tabla 6.16. Cambios en la variable revelación del estado serológico de VIH.	207
Tabla 6.17. Comparación de los puntajes en el área de relación de pareja medidos con la EsCaViPS antes y después de la a través de la prueba de Wilcoxon.	209
Tabla 6.18. Comparación de los puntajes en el área de relación de pareja medidos con la EsCaViPS entre la medición final los seguimientos a través de la prueba de Friedman.	209
Tabla 6.19. Cambios clínicos en la calidad de vida en la relación de pareja medidos con la EsCAViPS.	211
Tabla 6.20. Comparación de los puntajes en el área sexual medidos con la EsCaViPS antes y después de la a través de la prueba de Wilcoxon.	216
Tabla 6.21. Comparación de los puntajes en el área sexual medidos con la EsCaViPS entre la medición final los seguimientos a través de la prueba de Friedman.	217

	Página
Tabla 6.22. Cambios clínicos en la calidad de vida en el área sexual medidos con la EsCAViPS.	219
Tabla 6.23. Comparación del número de parejas sexuales antes y después de la intervención y en los seguimientos a través de la Prueba de Friedman.	221
Tabla 6.24. Cambios clínicos en el número de parejas sexuales medido con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.	222
Tabla 6.25. Comparación del porcentaje de uso correcto del condón antes y después del entrenamiento a través de la prueba de Wilcoxon.	224
Tabla 6.26. Comparación del porcentaje de uso correcto del condón después del entrenamiento y en los seguimientos a través de la prueba de Friedman.	225
Tabla 6.27. Numero de contactos sexuales con parejas hombres y mujeres reportados por cada participante en cada medición con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales y número de veces que usaron condón.	229
Tabla 6.28. Comparación de los porcentajes de uso consistente de condón antes y después de la intervención y en los seguimientos a través de la Prueba de Friedman.	230
Tabla 6.29. Cambios clínicos en el uso consistente del condón medido con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.	232
Tabla 6.30. Comparación de los puntajes en adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH antes y después de la intervención a través de la prueba de Wilcoxon.	237
Tabla 6.31. Comparación de los puntajes en adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH en la medición final y los seguimientos a través de la prueba de Wilcoxon.	238
Tabla 6.32. Cambios clínicos en la adherencia al tratamiento medida con el CEAT-VIH.	239
Tabla 6.33. Resumen de los cambios estadísticos, prácticos y clínicos a partir de la intervención.	241

	Página
Tabla 1. Comparación de la consistencia interna del BDI entre la obtenida en población mexicana y la del estudio actual.	260
Tabla 2. Validez de constructo del BDI para el estudio actual.	261
Tabla 3. Validez de constructo del BDI para el estudio actual, forzando el AFE a dos factores.	262
Tabla 4. Comparación de la consistencia interna del BAI entre la obtenida en población mexicana y la del estudio actual.	264
Tabla 5. Validez de constructo del BAI para el estudio actual.	265
Tabla 6. Comparación de la consistencia interna del HADS entre la obtenida en población mexicana y la del estudio actual.	268
Tabla 7. Validez de constructo del HADS para el estudio actual.	268
Tabla 8. Comparación de la consistencia interna del área de relación de pareja del EsCaViPS entre la obtenida en PVVIH mexicanas y la del estudio actual.	270
Tabla 9. Validez de constructo del área de pareja del EsCaViPS para el estudio actual.	270
Tabla 10. Factores del área de relación de pareja del EsCaViPS obtenidos en el estudio de González-Puente y Sánchez-Sosa (2001).	271
Tabla 11. Comparación de la consistencia interna del área sexual del EsCaViPS entre la obtenida en PVVIH mexicanas y la del estudio actual.	272
Tabla 12. Validez de constructo del área de pareja del EsCaViPS para el estudio actual.	273
Tabla 13. Factores del área sexual del EsCaViPS obtenidos en el estudio de González-Puente y Sánchez-Sosa (2001).	274
Tabla 14. Comparación de la consistencia interna del CEAT entre la obtenida en PVVIH mexicanos y la del estudio actual.	276
Tabla 15. Validez de constructo del CEAT para el estudio actual.	276

Índice de Figuras

	Página
Figura 1.1. Hombres. Casos acumulados de SIDA y VIH al 2013 en México por categoría de transmisión.	13
Figura 1.2. Hombres. Casos nuevos de SIDA y VIH en 2013 en México por categoría de transmisión.	14
Figura 1.3. Mujeres. Casos acumulados de SIDA y VIH al 2013 en México por categoría de transmisión.	15
Figura 1.4. Mujeres. Casos nuevos de SIDA y VIH en 2013 en México por categoría de transmisión.	15
Figura 3.1. Modelos hipotéticos propuestos que explica la relación entre revelación y uso de condón, para A) PVVIH con pareja estable y para B) PVVIH con pareja ocasional.	78
Figura 5.1. Participantes reclutados, excluidos e incluidos en el análisis del Estudio 1.	98
Figura 5.2. Frecuencia con que los participantes hombres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.	123
Figura 5.3. Frecuencia con que los participantes hombres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja ocasional en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.	124
Figura 5.4. Frecuencia con que los participantes mujeres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.	126

	Página
Figura 5.5. Frecuencia con que los participantes mujeres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.	127
Figura 5.6. Porcentaje de participantes que obtuvieron diferente porcentaje en el uso consistente del condón.	128
Figura 5.7. Modelo teórico probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja estable.	139
Figura 5.8. Modelo basado en los datos del grupo de PVVIH con pareja estable.	141
Figura 5.9. Modelo teórico probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja(s) ocasional(es).	143
Figura 5.10. Modelo basado en los datos para PVVIH con pareja(s) ocasional(es).	145
Figura 6.1. Participantes reclutados, excluidos e incluidos en el análisis de Estudio 2.	164
Figura 6.2. Frecuencia de prácticas sexuales y de uso de condón con pareja estable y pareja(s) ocasional(es).	187
Figura 6.3. Cambios grupales en las mediciones de los síntomas depresivos a través del BDI.	191
Figura 6.4. Tamaño de los cambios en los puntajes del BDI para cada participante.	192
Figura 6.5. Cambios en la sintomatología depresiva en cada participante medida con el BDI, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	195
Figura 6.6. Cambios en tristeza en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	196
Figura 6.7. Cambios grupales en las mediciones de los síntomas ansiosos a través del BAI.	199
Figura 6.8. Tamaño de los cambios en los puntajes del BAI para cada participante.	200

	Página
Figura 6.9. Cambios en la sintomatología ansiosa en cada participante medida con el BAI, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	202
Figura 6.10. Cambios en la ansiedad en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	203
Figura 6.11. Cambios en la presión arterial antes y después del entrenamiento en relajación.	205
Figura 6.12. Cambios en la frecuencia cardíaca antes y después del entrenamiento en relajación.	205
Figura 6.13. Cambios grupales en las mediciones de la calidad de vida en la relación de pareja medida con la EsCaViPS.	210
Figura 6.14. Tamaño de los cambios en los puntajes en el área de relación de pareja de la EsCaViPS para cada participante.	211
Figura 6.15. Cambios en la conducta comunicación con la pareja en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	213
Figura 6.16. Cambios en la conducta expresión afectiva con la pareja en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	214
Figura 6.17. Cambios en la conducta pelar con la pareja en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	215
Figura 6.18. Cambios grupales en las mediciones de la calidad de vida en la relación de pareja medida con la EsCaViPS.	217
Figura 6.19. Tamaño de los cambios en los puntajes del área sexual de la EsCaViPS para cada participante.	219
Figura 6.20. Cambios en la conducta disfunciones sexuales en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	220
Figura 6.21. Cambios en el número de parejas sexuales en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	223

	Página
Figura 6.22. Cambios grupales en el porcentaje de uso correcto del condón.	225
Figura 6.23. Cambios en el porcentaje de uso correcto del condón en cada paciente antes y después del entrenamiento, en la evaluación final y los seguimientos.	227
Figura 6.24. Cambios grupales en el uso consistente del condón medido con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.	231
Figura 6.25. Cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en sexo anal en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	234
Figura 6.26. Cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en sexo vaginal en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	235
Figura 6.27. Cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en sexo oral en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	236
Figura 6.28. Cambios grupales en los puntajes de adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH.	238
Figura 6.29. Cambios en el porcentaje de toma adecuada de medicamentos en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.	240

Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH-SIDA: evaluación e intervención

Resumen

La revelación del diagnóstico a parejas sexuales y el uso del condón son variables relevantes para la prevención de la transmisión del VIH. Aunque hay numerosos estudios sobre prevención primaria en relación al uso del condón hay relativamente pocos estudios que evalúen intervenciones psicológicas dirigidas a fomentar el uso del condón en personas que viven con VIH (PVVIH). Hay aún menos estudios que evalúen intervenciones que impactan la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales y menos aún que impacten tanto la revelación como el uso del condón. El objetivo general de esta investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual en la revelación del diagnóstico y el uso del condón en PVVIH. Se realizaron dos estudios. **Estudio 1.** El objetivo fue probar un modelo hipotético, a través de ecuaciones estructurales, que evaluó la influencia de variables psicológicas (síntomatología depresiva, ansiedad, calidad de vida en pareja, calidad de vida sexual y adherencia al tratamiento) sobre la relación entre revelación y uso de condón en PVVIH con pareja estable y con pareja(s) ocasional(es). Mediante un diseño no experimental transversal se evaluaron 207 PVVIH a través de instrumentos psicométricos. Los resultados señalan que la probabilidad de revelación fue mayor en PVVIH con pareja estable (87.2% vs. 21.1%, $\chi^2=91.433$, $p<.001$). Los modelos muestran que la ansiedad y la depresión predicen de forma directa e indirecta (a través de la calidad de la vida sexual) la adherencia al tratamiento antirretroviral, que a su vez predice inversamente el uso del condón. La ansiedad predice directamente el no usar condón y el tiempo de revelación no tiene relación con el uso del condón. Estos resultados fueron la base para el diseño de una intervención psicológica cognitivo conductual. **Estudio 2.** Se diseñó y evaluó la intervención a través de un esquema intrasujetos con 11 réplicas clínicas, con un diseño AB con medidas de conductas objetivo y seguimiento. Participaron PVVIH quienes recibieron una intervención cognitivo conductual de seis módulos impartidos en diez sesiones individuales y semanales: regulación emocional, revelación del diagnóstico, calidad de vida sexual y en la relación de pareja, factores desencadenantes de comportamientos sexuales de riesgo, uso correcto y consistente del condón y negociación de sexo protegido. Los datos se analizaron a través de las pruebas estadísticas de Wilcoxon o Friedman, se obtuvo el tamaño del efecto a través del índice d de Cohen y para la significancia clínica se utilizó el método de Jacobson y Truax (punto de corte e índice de cambio confiable). Los síntomas depresivos ($\chi^2=83.75$, $gl=13$, $p<.001$) y ansiosos ($\chi^2=102.40$, $gl=13$, $p<.001$) tuvieron una disminución significativa y clínicamente notoria. Los participantes establecieron su regla de revelación (revelar antes de un contacto sexual o no revelar pero usar condón); mejoraron su calidad de vida sexual ($\chi^2=10.10$, $gl=3$, $p=.018$) y su habilidad del uso correcto del condón ($\chi^2=26.33$, $gl=4$, $p<.001$) también con un tamaño grande del efecto. El uso consistente del condón no mostró diferencias ($\chi^2=2.00$, $gl=2$, $p=.368$). Así, los resultados muestran, un efecto positivo de la intervención en: habilidad del uso correcto del condón masculino, establecimiento de reglas de revelación, malestar emocional y calidad de vida sexual, lo que sugiere que las intervenciones psicológicas pueden contribuir de manera medular a la prevención secundaria de la infección por el VIH y mejorar el bienestar de las PVVIH.

Palabras clave: VIH-SIDA, revelación del diagnóstico, uso de condón, ansiedad, depresión, intervención cognitivo conductual.

Serostatus disclosure and condom use in people living with HIV/AIDS: assessment and intervention

Abstract

Serostatus disclosure to sexual partners and condom use are relevant variables for the prevention of HIV transmission. Numerous studies approach primary prevention regarding condom use, but fewer studies evaluate psychological interventions aimed at encouraging condom use among persons living with HIV (PLWHIV). Even fewer studies assess interventions promoting serostatus disclosure to sexual partners, and fewer still assess both disclosure and condom use. The main objective of the present study was to examine the effects of a cognitive-behavioral intervention on serostatus disclosure and condom use in PLWHIV, through two studies: **Study 1:** sought to test a hypothetical model through structural equations examining the influence of psychological variables (depression, anxiety, quality of partner relationship, quality of sexual life and treatment adherence) on the relation between disclosure and condom use with a regular partner and with occasional partners. Through a non-experimental, transversal design 207 PLWHIV were studied using psychometric instruments. The likelihood of disclosure was found to be higher in PLWHIV with a regular partner (87.2% vs. 21.1%, $\chi^2=91.433$, $p<.001$). The models show that anxiety and depression predict, either directly or indirectly (through sex life quality) adherence to the retroviral treatment, which in turn inversely predicts condom use. Anxiety predicts condom use both directly and inversely, and the time of disclosure is unrelated to condom use. **Study 2:** A psychological intervention was designed and evaluated through an intrasubject design with 11 clinical replications of the effects. An AB design included multiple measures of target behaviors and follow up. Participants were PLWHIV exposed to a cognitive-behavioral intervention with six modules along ten weekly individual sessions encompassing: emotional regulation, serostatus disclosure, sexual and couple quality of life, factors triggering risky sexual behavior, correct and consistent use of condoms, and negotiating protected sex. Data were statistically analyzed through Wilcoxon or Friedman tests. Effect size was obtained through Cohen's d index, and the Jacobson-Truax method (cut-off point and reliable change index) was used for clinical significance. Symptoms of depression ($\chi^2=83.75$, $df=13$, $p<.001$) and anxiety ($\chi^2=102.40$, $df=13$, $p<.001$) showed significant reductions, and the size of the effects was large for both variables. Participants established their own disclosure rule (to disclose before sexual intercourse, or not to disclose, but use condoms). They improved their quality of sexual life ($\chi^2=10.10$, $df=3$, $p=.018$) and their ability to use condoms correctly ($\chi^2=26.33$, $df=4$, $p<.001$), showing also large effect sizes. Consistent condom use did not show any differences ($\chi^2=2.00$, $df=2$, $p=.368$). Results show positive effects of the intervention on the ability to use male condoms correctly, the establishment of rules for disclosure, levels of emotional distress, and sex life quality. This suggests that psychological interventions can make key contributions to secondary prevention of HIV transmission, and improve the well-being of PLWHIV.

Key words: HIV-AIDS, diagnosis disclosure, condom use, anxiety, depression, cognitive-behavioral outcome.

Introducción

A más de treinta años de la detección de los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en 1981, año considerado como el inicio de la epidemia, los logros en materia de atención médica, fundamentalmente a través del uso del tratamiento antirretroviral, han modificado completamente el pronóstico de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y han mejorado en gran medida su cantidad y calidad de vida. Junto a estos avances las estrategias de prevención primaria y secundaria han jugado un papel clave en la respuesta frente al problema de salud que representa el VIH-SIDA.

Los logros en atención, tratamiento y prevención se reflejan actualmente en considerar al VIH-SIDA como una infección crónica controlable; en una disminución del 33% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial, de 3.4 (3.1–3.7) millones reportadas en 2011 a 2.3 (1.9–2.79) millones reportadas en 2013; y en una disminución en el número de muertes por SIDA, de 2.3 (2.1–2.6) millones en 2005 a 1.6 (1.4–1.9) millones en 2012 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS, 2013). Estos resultados muestran la necesidad de continuar con los esfuerzos para identificar y derribar los obstáculos que aún impiden lograr los objetivos y compromisos de “llegar a cero” establecidos en la Declaración Política de la Organización de las Naciones Unidas en 2011, en donde se determinó que la prevención debe ser la piedra angular en la respuesta frente al VIH-SIDA y las estrategias implementadas deben estar basadas en evidencia.

Al inicio de la epidemia el VIH-SIDA recibió nombres como “cáncer gay” o “enfermedad de las 4 H’s”, ya que con éste se hacía referencia a quienes la padecían: homosexuales, haítianos, hemofílicos y *hookers*^{*}, lo que contribuyó a

* Calificativo en inglés para las personas que se dedican al trabajo sexual.

que se originara un gran estigma, prejuicio y rechazo hacía las personas que tenían la infección. Así, por algunos años el estigma y la discriminación se convirtieron en el principal obstáculo para la implementación de estrategias de prevención y acceso a los servicios de salud (García de Leon & Ramos, 2011); sin embargo, estas estrategias pronto fueron imprescindibles debido al impacto que adquirió la epidemia a nivel mundial.

En México los primeros casos de SIDA se registraron en 1983 pero fue hasta 1986 que surgió de manera formal la respuesta ante la epidemia del VIH-SIDA por parte de las autoridades sanitarias gubernamentales, la cual consistió en la creación del Comité Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA), que en 1988 se convirtió en Consejo Nacional, consolidándose como la entidad encargada de la formulación y difusión de las políticas y estrategias nacionales en materia de atención y control de VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En el año 2001, se convirtió en Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA (CENSIDA) y asumió tanto las funciones normativas como el monitoreo de la epidemia (Gutiérrez et al, 2004).

Con la creación de CONASIDA dos relevantes acciones preventivas lograron evitar la generalización de la epidemia en México: 1) el establecimiento de un control riguroso y adecuado para la captación y distribución de sangre y sus derivados y 2) la promoción del uso del condón como la herramienta más eficaz para evitar la infección de VIH por vía sexual (García de Leon & Ramos, 2011).

Las campañas de prevención llevadas a cabo, como reacción inicial a la epidemia, pusieron al condón en las discusiones públicas, dado que su implementación se vio obstaculizada por los sectores conservadores de la sociedad mexicana, que veían en la promoción del condón un incentivo al inicio temprano

de la vida sexual. Al respecto, la Secretaría de Salud mostró al uso del condón como la estrategia conductual de prevención más eficaz para evitar la infección por vía sexual, lo que fue determinante para que futuras políticas públicas se realizaran con base en evidencia (Gutiérrez et al, 2004).

Las campañas de promoción del uso de condón realizadas por parte de CENSIDA, de dependencias de atención a la salud y de organizaciones civiles, continúan hasta la fecha a pesar de los obstáculos iniciales y se consideran como un factor contribuyente para que el VIH en México sea una infección concentrada en subgrupos de la población (García de Leon & Ramos, 2011; Gutiérrez et al, 2004): hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales hombres (TSH), trabajadoras sexuales mujeres (TSM), trabajadoras sexuales mujeres transgénero (TS-MT) y usuarios de drogas inyectables (UDI).

Existen factores en México que pueden poner en contexto de riesgo y vulnerabilidad a las personas ante una posible infección por el VIH como: uso de drogas inyectables, falta de atención prenatal y durante el parto en mujeres embarazadas, violencia sexual y consumo de alcohol y drogas no inyectables. Empero, es la transmisión por vía sexual (conductas sexuales de riesgo) la que ocasiona el mayor número de nuevas infecciones por VIH (CENSIDA, 2012) y por esta razón el uso del condón, como estrategia de prevención conductual, ha sido desde el comienzo de la epidemia el eje de los esfuerzos.

Las principales formas para implementar las estrategias de prevención conductual han sido talleres, charlas, conferencias, capacitaciones, educación entre pares y actividades de sensibilización, pero se ha comprobado que aunque la información es indispensable por sí misma no cambia comportamientos (Bayés, 1992). Desde la perspectiva psicológica, las intervenciones para fomentar el uso

correcto y consistente del condón son educativas y de entrenamiento conductual; incluyen brindar conocimientos sobre VIH, ITS y uso de condón, además emplean técnicas como modelamiento, juego de roles y retroalimentación correctiva (Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, Zhou, 2008; Robles et al., 2006; Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi, 2006; Villarruel, Zhou, Gallegos & Ronis, 2010). Estas intervenciones, dirigidas a disminuir la transmisión del VIH a través de la reducción de conductas sexuales de riesgo, han tenido resultados favorables en el incremento de la habilidad para el uso correcto del condón, en el desarrollo de habilidades para negociarlo con la pareja y en la disminución del número de parejas sexuales; pero se han enfocado en la prevención primaria dirigida a personas con mayor vulnerabilidad para adquirir el VIH, como HSH, trabajadores sexuales y jóvenes, más que en personas que viven con VIH-SIDA (PVVIH).

Los resultados de implementar estas estrategias sugieren que el uso de condón se ha incrementado, sin embargo, aún existe un porcentaje de relaciones sexuales no protegidas (Gutiérrez et al, 2004), que hablan de un éxito parcial de los avances en prevención en este rubro.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) se reportó que los grupos más jóvenes presentan los mayores porcentajes de uso del condón tanto en hombres como en mujeres; y conforme aumenta el rango de edad el uso del condón va en decremento. En el caso de la primera relación sexual, el grupo de 15 a 19 años tiene mayor porcentaje de uso de condón (80% en hombres y 60.1% en mujeres), seguido del de 20 a 24 años (69.7% en hombres y 50.5% en mujeres), el grupo de edad con un porcentaje menor del uso de condón es el de 45 a 49 años (17.6% en hombres, 7.8% en mujeres). Para la última relación sexual se repite el patrón anterior, en el grupo de 15 a 19 años el 79.1% de los hombres y el 47.4% de

las mujeres reportan el uso del condón, el grupo que reportó menor uso del condón fue el de 45 a 49 años (20.2% hombres, 11.8% mujeres) (Gutiérrez et al, 2012).

En poblaciones clave como TSH, TSM y TS-MT, el promedio total observado de uso del condón para 2012 y 2013 fue de 86.6% (reporte de uso del condón con el último cliente), este porcentaje es superior al registrado en 2011 en TSH (59.8%) y en TSM (65.2%) (Bautista-Arredondo, Colchero, Cortes, Sosa-Rubí & Romero, 2014; Gutiérrez, Franco, Sansores & Shiba, 2012). En el grupo de HSH, en 2013 se reportó que un 73.1% de los hombres refieren usar condón en su último coito anal con una pareja, este porcentaje no fue diferente al de 2011 (Bautista-Arredondo et al., 2014). En PVVIH, se tiene información del año 2011, en cual el porcentaje de uso de condón es del 65% en HSH y del 70% en población transgénero (Gutiérrez et al, 2012).

Además de la promoción del uso consistente y adecuado de condones, los esfuerzos en prevención también se han focalizado en la distribución de insumos (condones y lubricantes), en la sensibilización y erotización del sexo seguro y protegido, en la detección temprana del VIH y en el incremento de la percepción de riesgo (García de Leon & Ramos, 2011).

Una variable importante relacionada con la prevención secundaria en la infección por VIH-SIDA es la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales. El término neutral “revelación” adquiere un significado relevante en el contexto de la infección por VIH, se utiliza para referirse al acto de informar a cualquier persona u organización (de salud, educativa o laboral) que una persona vive con VIH. La revelación la puede hacer la propia PVVIH o la pueden hacer otras personas con o sin el consentimiento de la PVVIH. Las consecuencias de la revelación pueden ser favorables o negativas en diferentes contextos, dependiendo si la revelación se

hace a la pareja, la familia, los amigos, compañeros de trabajo o jefes (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS, 2000).

Los beneficios de la revelación en el contexto de la pareja son: 1) prevenir la transmisión del VIH realizando conductas sexuales seguras y protegidas cuando la persona conoce el diagnóstico de su pareja, 2) detección temprana de la infección cuando se realiza la prueba diagnóstica al conocer el estado serológico de la pareja y en consecuencia recibir tratamiento oportuno y adecuado. Ejemplos de consecuencias negativas son: 1) rechazo, discriminación y estigma, 2) pérdida de oportunidades sexuales y 3) sentimientos de miedo y vergüenza.

Una revelación favorable es aquella que es voluntaria, respeta la autonomía y la dignidad de las PVVIH, mantiene la confidencialidad, produce resultados positivos para las personas y para sus parejas sexuales y conduce a una mayor apertura en la comunidad sobre el VIH-SIDA. Esta revelación no sólo mantiene los principios éticos de las PVVIH, sino también cumple una función en la salud pública, ya que anima a la personas a acceder a los servicios de prevención y atención del VIH (UNAIDS, 2000). Sin embargo, es común que las PVVIH experimenten dificultades prácticas y psicológicas para la revelación de su diagnóstico, por el impacto emocional que genera la enfermedad y por el estigma asociado (Driskell, et al., 2008; Kumar, et al., 2007).

Se ha postulado que la revelación a las parejas sexuales puede reducir el riesgo de transmisión y reinfección por VIH, principalmente por el hecho de promover conductas sexuales seguras y protegidas. Empero, la asociación entre la revelación y las conductas sexuales, específicamente el uso del condón, es compleja porque pueden influir en ella algunos aspectos como el tipo de pareja (ocasional o estable), condiciones socio-culturales (estigma, discriminación), entre otros, y puede estar

determinada por variables como la ansiedad, la depresión y la adherencia al tratamiento. Algunos estudios presentan resultados contradictorios en cuanto a que la revelación favorece las conductas sexuales protegidas (Benotsch et al., 2012; Dempsey et al. 2012; Edwards-Jackson et al., 2012; Jacobs, Kane & Ownby, 2013; King et al., 2008; Kumar et al., 2007; Pinkerton & Galletly, 2007; Simon et al., 2008); por lo que resulta importante realizar investigación para aclarar la relación entre la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales y las conductas sexuales.

A pesar de las implicaciones psicológicas que tiene la revelación a las parejas sexuales en las PVVIH y sus potenciales beneficios en la prevención de la infección, este comportamiento no es un objetivo primordial de las intervenciones dirigidas a las PVVIH. Son pocas las intervenciones enfocadas a fomentar la revelación y son menos aún las intervenciones que vinculan la revelación con conductas sexuales seguras y protegidas.

Ante este panorama, se plantea la necesidad de reforzar las estrategias conductuales de prevención para contribuir con la respuesta ante el problema de salud pública que representa el VIH-SIDA. Partiendo de que las estrategias de prevención dirigidas a las PVVIH deben contemplar las características, especificaciones y situaciones de cada una de las poblaciones a quienes se dirigen, es indispensable el conocimiento de las dinámicas, las situaciones de vulnerabilidad, los contextos de riesgo y otros aspectos, para incrementar la efectividad de las estrategias (García de Leon & Ramos, 2011). Con esta información, los esfuerzos deben dirigirse a diseñar y evaluar intervenciones que incrementen los comportamientos de sexo seguro y protegido que favorezcan el mantenimiento de los cambios a largo plazo.

Con base en lo expuesto, el objetivo general de este trabajo fue diseñar y evaluar una intervención psicológica cognitivo conductual que promueva el uso del condón y favorezca la revelación del diagnóstico en PVVIH.

En la primera parte de este trabajo, el marco teórico, se presentan tres capítulos. En el Capítulo 1 se describen las características de la infección por VIH-SIDA, algunos aspectos psicológicos y de prevención de la infección y las intervenciones psicológicas que han mostrado mayor éxito (terapia cognitivo conductual) en el tratamiento de algunos problemas psicológicos, y específicamente en el tema de prevención del VIH-SIDA. En el Capítulo 2 se abordan las conductas sexuales de riesgo, seguras y protegidas, los factores asociados a conductas sexuales de riesgo en PVVIH y las intervenciones psicológicas que se han evaluado para la reducción de conductas sexuales de riesgo. En el Capítulo 3 se analiza el patrón de revelación en PVVIH, las teorías existentes que explican esta conducta, las variables que la facilitan y la obstaculizan, la relación de la revelación con las conductas sexuales y las intervenciones que se han evaluado para promover la revelación en PVVIH; en este tercer capítulo, se incluye la propuesta de un modelo hipotético que explica la relación entre revelación y uso de condón en PVVIH con pareja estable y pareja(s) ocasional(es), derivado a partir de la revisión realizada en los capítulos 2 y 3. En el Capítulo 4 se presenta el planteamiento del problema y la pregunta de investigación.

La segunda parte de este trabajo esta conformada por dos estudios empíricos. El Estudio 1 (Capítulo 5) presenta los resultados de la evaluación del modelo hipotético propuesto, que permitió valorar el efecto de algunas variables psicológicas (síntomas depresivos y ansiosos, tiempo de relación de pareja, calidad de vida en la relación de pareja y en el área sexual, y adherencia al TARV) en la relación entre la revelación del diagnóstico de VIH y el uso del condón. En el

Capítulo 6, se presentan los resultados del Estudio 2, que tuvo por objetivo evaluar una intervención psicológica cognitivo conductual, diseñada a partir de los resultados del Estudio 1 y de la evidencia revisada en los capítulos del marco teórico sobre las intervenciones psicológicas más efectivas para promover el uso del condón y favorecer la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales.

En el capítulo 7, se presenta la conclusión general de los dos estudios y se realizan algunas sugerencias para posteriores estudios. Finalmente se incluye una agenda donde se describen las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados en esta investigación.

Capítulo 1

Virus de Inmuno Deficiencia Humana y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un estado de inmunosupresión causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), este virus infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, y produciendo un deterioro crónico y progresivo hasta llegar a la "inmunodeficiencia" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010). Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de combatir las infecciones y enfermedades. El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de veinte infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS, 2010; Miranda et al., 2009).

El VIH es un microorganismo cuya supervivencia depende de una célula viva que le permita multiplicarse; permanece a la familia de los retrovirus porque contiene ácido ribonucleico (ARN) y una enzima llamada transcriptasa reversa, la cual hace que virus replique el ácido desoxirribonucleico (ADN) directamente de su propio RNA (Sarngadharan, Popovic, Bruch, Schupbach & Gallo, 1984).

El VIH infecta un subgrupo de linfocitos, las células T CD4, que tienen a su cargo diversas funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente. Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas con frecuencia de naturaleza viral, micótica o protozoaria, además del desarrollo de grupos particulares de tumores (De Vita, Hellman & Rosenberg, 1990).

1.1. Historia natural de la enfermedad

Una vez que el VIH penetra en el organismo, se producen una serie de cambios sucesivos que sólo se pueden retrasar a través de la administración de tratamiento antirretroviral (TARV). Estos cambios son los que constituyen la historia natural de la infección por el VIH de no producirse ninguna intervención externa (Antela, 2004). La historia natural de la enfermedad está caracterizada por una fase aguda, una crónica y la fase de SIDA.

El evento inicial de la infección es el síndrome retroviral agudo, en el momento de la infección, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T CD4, el sistema inmunológico reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de las células de defensa (Secretaría de Salud, 2012). La mayoría de las veces esta fase pasa desapercibida porque los síntomas son poco aparentes o se confunden con un síndrome gripal, de esta manera, no más del 1% de pacientes recibe un diagnóstico en ese momento. Este síndrome dura de una a tres semanas y el paciente se recupera espontáneamente, es en este momento cuando se produce la seroconversión, es decir la aparición de anticuerpos frente al VIH (Antela, 2004).

Tras la fase aguda, sigue un periodo de infección crónica asintomática, cuya duración promedio es de ocho a diez años, sin embargo, existen los pacientes progresores rápidos, que evolucionan a SIDA en dos o tres años y los pacientes progresores lentos, que se mantienen asintomáticos por más tiempo del período promedio (Miranda et al., 2009). Durante esta fase crónica, se produce el deterioro progresivo del sistema inmunológico, cuya expresión más específica es la reducción paulatina del conteo de linfocitos T CD4, esta reducción se acelera uno o dos años antes de que aparezcan las infecciones oportunistas más graves que definen la etapa de SIDA (Antela, 2004; Secretaria de Salud 2012).

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH, sucede cuando el conteo de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. En esta fase la persona con VIH posee un sistema inmunológico que es incapaz de reponer los linfocitos T CD4 que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, la persona con el virus es vulnerable a numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte (Secretaría de Salud 2012).

1.2. Clasificación y formas de transmisión

La clasificación vigente del VIH-SIDA es la establecida por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés, Centers for Disease Control and Prevention, 1992), se trata de un sistema clínico-inmunológico por el que los pacientes se clasifican en función de su eventual sintomatología y de su recuento de células T CD4 (ver Tabla 1.1).

Tabla 1. 1.
Clasificación del VIH-SIDA según el CDC.

Células CD4	A Asintomático	B Sintomático	C SIDA
$\geq 500/\text{mm}^3$ ($\geq 29\%$)	A1	B1	C1
200-499/ mm^3 (14-28%)	A2	B2	C2
$< 200/\text{mm}^3$ ($< 14\%$)	A3	B3	C3

Notas. A: se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente. B: se aplica a los pacientes que han presentado síntomas relacionados con la infección por el VIH pero que no se encuadren dentro de la categoría clínica C. C: se aplica a los pacientes que han presentado alguno de los cuadros incluidos en la definición de SIDA. Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran en fase de SIDA.

La categoría clínica A incluye a pacientes con primoinfección y asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (inflamación de los ganglios linfáticos). La categoría clínica B engloba a pacientes que presentan o hayan presentado síntomas debido a enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo o tratamiento suelen verse complicados debido a la presencia de ésta última. En la categoría C se integran aquellos pacientes que presentan o han presentado alguna complicación: candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar, carcinoma invasor del cervix, encefalopatía por VIH, Sarcoma de Kaposi, tuberculosis, neumonía, sepsis, entre otros (CDC, 1993; Pérez-Cortés, Cayón & Esquitino, 2003).

Las tres vías principales de transmisión de la infección por VIH son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringas entre usuarios de drogas inyectables e intercambio de agujas intramusculares), la sexual (homosexual o heterosexual) y la materno-filial (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia). Se han descrito con menor frecuencia accidentes laborales en el sistema sanitario que originan la infección (OMS, 2003).

1.3. Tratamiento

Debido a la característica crónica y progresiva de la infección por VIH, el paciente necesita someterse a una atención médica continua con especial atención a los síntomas, signos y marcadores de laboratorio de la progresión de la infección. Para controlar la infección por VIH es esencial determinar los recuentos de linfocitos T CD4 y la carga plasmática viral de ARN-VIH. Las pruebas de laboratorio del conteo de células T CD4 proporcionan información sobre el grado de inmunosupresión, lo cual es un predictor del riesgo de infecciones oportunistas.

Las pruebas de carga viral proporcionan una evaluación de la actividad viral y de la eficacia del TARV (Bromer & Goldschmidt, 2006).

De 1983 a 1996, la atención a pacientes con SIDA se concentró en hospitales de especialidades, sin embargo, hasta 1992, el tratamiento se limitaba a brindar apoyo psicológico y tratar las infecciones oportunistas y neoplasias (Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA], 2010). El primer medicamento antirretroviral fue descubierto en 1987, el azidotimidina (AZT, inhibidores de transcriptasa), fue el primer paso en el desarrollo de una terapéutica específica antiviral, cuya indicación inició formalmente en 1991. Hasta 1995 con el uso de nuevos inhibidores de proteasa, en una triple combinación de antirretrovirales conocida como TARAA (Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo) o HAART por sus siglas en inglés (Highly Active Antirretroviral Treatment) el pronóstico de la enfermedad cambió radicalmente, ya que se pudo mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes al retardar la aparición de infecciones oportunistas (Carrillo & Villegas, 2004; CENSIDA, 2010).

El TARV es la intervención médica utilizada actualmente, que puede controlar, hasta cierto punto, la replicación viral y preservar la función inmune del paciente con VIH, aunque no cura la infección (Bromer & Goldschmidt, 2006; Santos & Fuentes, 2006).

En México, en el periodo 2001-2006, se adoptó la política de acceso universal a la atención médica integral al VIH, que incluye el TARV para todas las personas que viven con VIH (PVVIH) sin seguridad social. Esto ha favorecido que los pacientes tengan la oportunidad de mejorar su calidad de vida (CENSIDA, 2010).

El TARV puede provocar efectos adversos sustanciales y toxicidad a corto y largo plazo (cambios en el metabolismo de los lípidos, cambios en la distribución del tejido adiposo, neuropatía periférica, insuficiencia orgánica, alteraciones

cardiovasculares, disnea, malestares gastrointestinales inespecíficos, úlceras orales, anemia, cefaleas, náuseas, fatiga, mareos, ansiedad, entre otras), además el virus puede hacerse rápidamente resistente a los medicamentos antirretrovirales si no se usan adecuadamente y no se siguen las indicaciones médicas (Bromer & Goldschmidt, 2006; Santos & Fuentes, 2006).

El costo del tratamiento es elevado (seis a siete mil pesos mensuales) cuando no se le proporciona al paciente a través de los sistemas de seguridad social o privada; aunque actualmente en México se asegura el acceso gratuito a atención y tratamiento para los pacientes. Por otra parte, el gasto en este rubro para el Sistema de Salud es elevado, el costo estimado en el año 2007 sólo para el TARV fue de 262.2 millones de dólares (Rivera, Barragán & Parra, 2007).

Además de los costos, la administración de los fármacos implicaba un alto requisito de respuesta para los pacientes. Los primeros tratamientos eran muy complicados para los pacientes ya que consistían en ingerir entre 12 y 16 comprimidos cada día, que debían tomarse bajo condiciones precisas de horario, ayuno, o cierto tipo de alimentos, así como fármacos adicionales para el manejo de infecciones o efectos adversos. Actualmente existen comprimidos que contienen dos antirretrovirales juntos, y generalmente se toman de uno a tres comprimidos al día que ocasionan menos efectos iatrogénicos (CENSIDA, 2010).

Como parte del tratamiento, el paciente también tiene que realizar conductas de autocuidado específicas, como cuidar su alimentación, actividad física, higiene y evitar exponerse a situaciones en donde pueda adquirir infecciones oportunistas. Todo lo mencionado hace que el tratamiento para la infección aún implique un alto requisito de respuesta, limite la vida cotidiana y sea común que no se lleve a cabo adecuadamente (CENSIDA, 2010).

1.4. Tipos de virus y reinfección

El VIH es uno de los agentes patógenos con mayor tasa de variabilidad genética y con una alta capacidad de adaptación en su huésped humano (Yábar, Salvatierra & Quijano, 2007).

Hasta hoy se conocen por lo menos dos tipos de virus: VIH1 y VIH2, estos a su vez están divididos en subtipos diferentes y cada subtipo tiene diferentes formas recombinantes. El VIH1 tiene una mayor virulencia, posee una distribución mundial por lo que es el responsable de la mayoría de las infecciones en el mundo, tiene ocho subtipos diferentes. El subtipo A es el responsable de casi todos los casos en Estados Unidos, Canadá, algunos países de Sudamérica, Europa Occidental y Australia. Este subtipo tiene 4 formas de combinación de virus: AE, AG, AGI, AB, las combinaciones del virus VIH1 se presentan cuando una persona se infecta con dos subtipos diferentes. El VIH2 es más frecuente en la región occidental del continente africano, donde se ha reportado su mayor prevalencia, aunque también se han identificado algunos pacientes en otras regiones del mundo; en este tipo se han identificado cerca de 20 cepas mutantes (Gutiérrez, 2004; Miranda et al., 2009).

La presencia de recombinación es consecuencia de la infección mixta de variantes genéticas del VIH, evento que ha sido observado principalmente en pacientes con comportamiento sexual de alto riesgo, así el factor humano se convierte en un componente importante en la transmisión, recombinación y expansión de subtipos de virus. Al respecto, existe evidencia que demuestra que algunos grupos humanos, con comportamientos de alto riesgo para ser infectados por VIH, favorecen la transmisión de algunos subtipos genéticos sobre otros, produciendo como consecuencia una distribución de variantes genéticas que difiere de una región a otra (Yábar et al., 2007).

Se presenta una reinfección cuando una persona con VIH es infectada por segunda vez con otra variante del VIH. Una persona con VIH puede entonces estar infectada con diferentes variantes del virus que coexisten simultáneamente, siendo una de ellas predominante sobre las demás. Hay muchas explicaciones de cómo esto puede ocurrir. La persona puede haberse infectado con dos virus diferentes al mismo momento de la infección primaria, o la persona se infectó inicialmente con una sola variante del VIH pero al tomar medicamentos antirretrovirales se generaron mutaciones de resistencia y se desarrollaron nuevas variantes del virus. En un tercer caso, una persona puede haberse infectado inicialmente con una variante del VIH y posteriormente infectarse con un segundo subtipo o variante del virus (Gutiérrez, 2004).

La reinfección por el VIH tiene varias repercusiones clínicas: 1) se ha observado que el deterioro inmunológico se acelera y el promedio de vida se acorta; 2) la respuesta al TARV puede verse gravemente afectada, ya que si una persona que ha logrado un buen control del virus con medicamentos se infecta con otras variantes del virus que sean resistentes a esos medicamentos, el control logrado se perderá y hará que el tratamiento falle; 3) es muy difícil diseñar una vacuna que brinde protección contra todos los grupos, subtipos y variantes del VIH. Sabiendo que la respuesta inmunológica contra el VIH que el cuerpo desarrolla es específica hacia un sólo subtipo de virus, la reinfección con VIH representa un problema bastante serio que reafirma la necesidad de practicar sexo con protección, aún entre personas ya infectadas con el VIH (Gutiérrez, 2004).

El grado de transmisibilidad del VIH de una persona infectada a otra depende del tipo de exposición al virus, de la infectividad de la fuente y de la susceptibilidad individual (Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, 2009). Estos factores corresponden

diferencialmente al individuo infectado, al virus mismo, y a la persona en riesgo de infección:

a. Factores dependientes del individuo infectado:

- Estado virológico: carga viral (cualquier situación que aumente la carga viral de VIH aumentará la infecciosidad: vacunas, otras infecciones).
- Momento de la infección (mucho más riesgo en la infección aguda).
- Recibiendo TARV o no, con buena o mala adhesión al tratamiento.

b. Factores del propio virus:

- Mayor o menor capacidad de transmisión según el tipo de virus.

c. Factores dependientes de la persona en riesgo:

- Estado inmunológico (otras enfermedades, estrés).
- Presencia de lesiones por Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS).
- Género: existe mayor vulnerabilidad de la mujer en la transmisión heterosexual.
- Tipo de práctica sexual, siendo el más riesgoso el sexo anal y menos el oral (Antela, 2004; Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, 2009).

En la historia del VIH-SIDA apareció, a mediados de la década de los noventa, una categoría biomédica que define como serodiscordantes a aquellas parejas en las cuales sus miembros presentan diferente estado serológico respecto al VIH-SIDA; así el miembro no infectado es reconocido como “miembro seronegativo” o “negativo”. En estas denominaciones predomina claramente la diferencia serológica que estos individuos presentan respecto al virus en cuestión (Bilder, 2008).

1.5. Epidemiología

La infección por VIH-SIDA se ha extendido en el mundo para convertirse en una pandemia (infección que aparece de manera simultánea en diferentes países, con una mortalidad significativa en relación a la proporción de población infectada) que afecta a todos los continentes. Es un hecho ampliamente aceptado que esta pandemia constituye un importante problema de salud pública, pues afecta no solamente a la vida de hombres, mujeres y niños a nivel individual, sino también al desarrollo social y económico de los países, reduciendo el crecimiento económico y la esperanza de vida hasta el 50% en los países más afectados (OMS, 2001).

A nivel mundial, se estima que en 2012 las PVVIH eran 35.3 (32.2-38.8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores, ya que más personas reciben TARV, y este es potencialmente capaz de prolongar por más de treinta años la vida productiva de las PVVIH. En el mismo año, se notificaron 2.3 (1.9–2.7) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también disminuyó de 2.3 (2.1–2.6) millones en 2005 a 1.6 (1.4–1.9) millones en 2012 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2013).

A pesar de los avances en el TARV que han modificado el manejo de la enfermedad (aunque la erradicación viral aún no es alcanzable), la propagación es continua, lo que hace que la epidemia siga avanzando; además es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, lo que la convierte en un problema relevante de salud pública (Cañas, García-León & Andérica, 2003; Trujillo & Gorbea, 2008; Steinbrook, 2008; Sullivan, 2009).

Actualmente, África Subsahariana es la región más afectada porque ahí se concentran la mayor cantidad de casos; América Latina ocupa el tercer lugar en

cuanto a prevalencia con 1.5 millones de personas que viven con VIH (UNAIDS, 2008a, 2013).

Los datos epidemiológicos reunidos por la OMS y el UNAIDS dan cuenta de las variaciones en las vías de transmisión de la epidemia de VIH-SIDA en el mundo. La transmisión por relaciones sexuales heterosexual predomina en África Subsahariana y en algunas partes de Asia; la transmisión por consumo de drogas inyectables es la principal forma de transmisión en Europa Oriental y Asia Central, y la transmisión por relaciones sexuales homosexuales (hombres que tienen sexo con hombres) es la principal en América del Norte, Europa Occidental, Australia, América Latina y el Caribe (UNADIS, 2010).

En México, para el 2013 se estimó que hay 180,000 (140,000-223,000) PVVIH, en todas las edades, la prevalencia es de 0.23% (0.18%-0.32%) (CENSIDA, 2014a). En el año 2013 se diagnosticaron 5,080 nuevas infecciones y 5,369 casos de SIDA (CENSIDA, 2014b). La tasa de mortalidad en el 2012 fue de 4.2 por mil habitantes (CENSIDA, 2014b; Instituto Nacional de Geografía e Informática/Secretaría de Salud, [INEGI/SS], 2007).

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que aún no se establece en la población en general. La prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población (CENSIDA, 2009).

La epidemia de SIDA en México se concentra en las poblaciones de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales hombres (TSH) con una prevalencia del 24.1%. A continuación se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (HSH: 17.3%), los usuarios de drogas inyectadas (UDI: 2.5%) (Bautista-

Arredondo, Colchero, Cortes, Sosa-Rubí, Romero, 2014), y las trabajadoras sexuales mujeres (TSM: 0.67%) (Gutiérrez, Franco, Sansores, Shiba, 2012). Los clientes de las TS, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras más bajas (CENSIDA, 2009).

La razón hombre/mujer histórica es de 4.05 hombres con SIDA o VIH por cada mujer con la misma infección. En los casos diagnosticados durante 2013 la razón hombre/mujer fue de 3.9. En los últimos cuatro años la razón hombre/mujer parece tender a estacionarse en alrededor de cuatro hombres por cada mujer (CENSIDA, 2014a).

Tanto en los casos de infección por VIH como en los casos de SIDA el grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años y la principal forma de transmisión es la sexual (CENSIDA, 2010; Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades [CENAVESE], 2007).

El grupo de 30-34 años de edad es el que históricamente contiene mayor porcentaje de casos de SIDA y VIH (19.1%), seguido por el grupo de 25-29 años de edad (18.6%). En tercer lugar está el grupo de 35-39 años con el 15.6% de los casos acumulados. La tendencia actual es que los jóvenes de 15 a 29 años concentran una proporción del 41.5% de los casos de VIH y SIDA diagnosticados (CENSIDA, 2014).

Le epidemia de VIH en México es predominantemente transmitida por vía sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA y de VIH (CENSIDA, 2014a).

Los casos de SIDA y de VIH diagnosticados durante el 2013 en hombres se han diagnosticado y registrado con mayor precisión y, por tanto, denotan con mayor claridad la mayoritaria presencia de HSH en la dinámica de transmisión del VIH. El 66% de las infecciones en hombres se relaciona con alguna categoría

perteneciente a transmisión por prácticas de HSH. Un 30% declara que su infección se produjo en una relación heterosexual. Los casos de transmisión vertical y los casos asociados con UDI representan un bajo porcentaje en los hombres, ya que sumadas alcanzan el 25% (ver Figuras 1.1 y 1.2) (CENSIDA, 2014a).

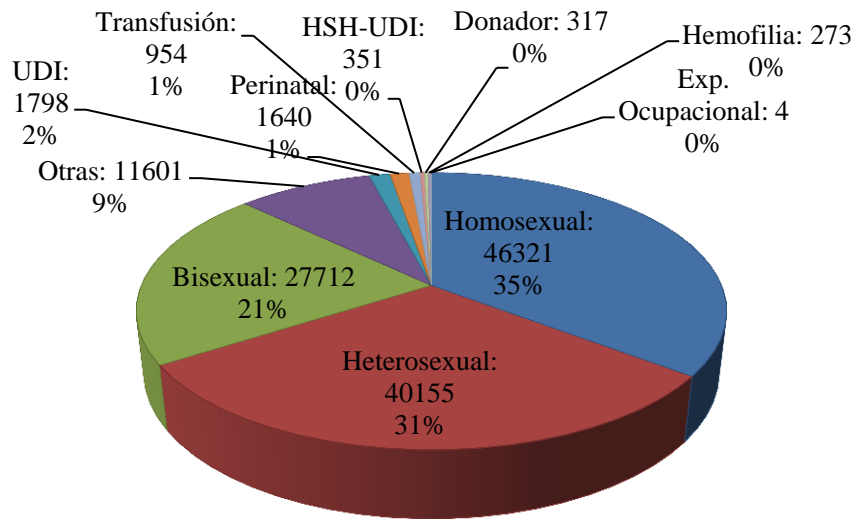


Figura 1.1. Hombres. Casos acumulados de SIDA y VIH al 2013 en México por categoría de transmisión.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Procesó: SS/Censida/DIO. Nota: se excluyeron los casos con categoría de transmisión desconocida, n=42,545 (24%). La categoría de transmisión “otras” comúnmente se incluyen en la categoría de transmisión sexual, pero en ella no se especifica la orientación sexual.

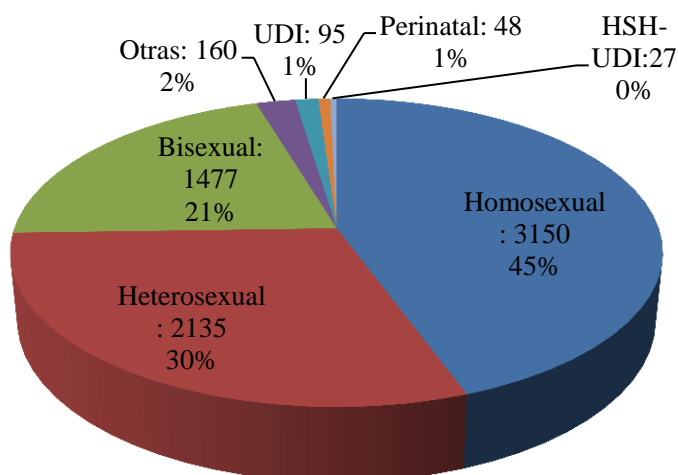


Figura 1.2. Hombres. Casos nuevos de SIDA y VIH en 2013 en México por categoría de transmisión.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Procesó: SS/Censida/DIO. Nota: se excluyeron los casos con categoría de transmisión desconocida, n=70 (4.1%). La categoría de transmisión “otras” comúnmente se incluyen en la categoría de transmisión sexual, pero en ella no se especifica la orientación sexual.

En las mujeres la principal vía de transmisión es la sexual, tanto en su acumulado histórico (80%, ver Figura 1.3), como en los casos diagnosticados en 2013 en donde la transmisión de tipo heterosexual representa el 95% (ver Figura 1.4). Los casos por transmisión perinatal y en UDI suman el 3%.

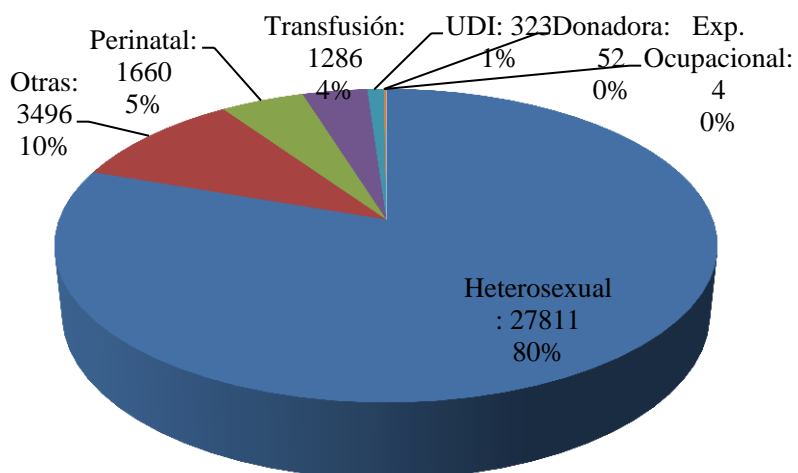


Figura 1.3. Mujeres. Casos acumulados de SIDA y VIH al 2013 en México por categoría de transmisión.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Procesó: SS/Censida/DIO. Nota: se excluyeron los casos con categoría de transmisión desconocida, n=8,217 (19.2%). La categoría de transmisión “otras” comúnmente se incluyen en la categoría de transmisión sexual, pero en ella no se especifica la orientación sexual.

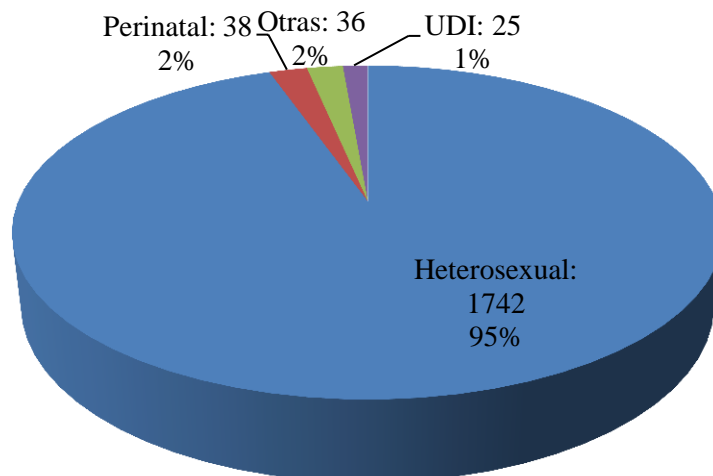


Figura 1.4. Mujeres. Casos nuevos de SIDA y VIH en 2013 en México por categoría de transmisión.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Procesó: SS/Censida/DIO. Nota: se excluyeron los casos con categoría de transmisión desconocida, n=14 (0.8%). La categoría de transmisión “otras” comúnmente se incluyen en la categoría de transmisión sexual, pero en ella no se especifica la orientación sexual.

Las entidades federativas más afectadas por el VIH-SIDA, en los reportes de casos acumulados de 2013, son: el Distrito Federal, seguido por el Veracruz y Estado de México (CENSIDA, 2014b); mientras que por incidencia son: el Distrito Federal, seguida por Baja California, Guerrero, Morelos, Nayarit, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo (CENAVESE, 2007; CENSIDA, 2009; Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología [SS/DGE], 2010).

Considerando que el crecimiento de la epidemia del VIH-SIDA en México se mantiene estable y que se concentra en grupos con prácticas de riesgo (HSH, TSH, TSM y UDI), el reto epidemiológico consiste en evitar que se extienda a la población en general y reducir su incidencia en dichos grupos. Ante la epidemia concentrada, se necesitan estrategias focalizadas y tres de estas estrategias relevantes son la promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención (CENSIDA, 2010).

1.6. Aspectos psicosociales y prevención

La infección por VIH afecta todos los aspectos de la vida de una persona. Los pacientes deben adaptarse a una enfermedad crónica, peligrosa para la vida y enfrentar un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, por lo que el paciente que la padece experimenta malestar emocional y deterioro importante en la calidad de vida (Carrobles, Remor & Rodríguez, 2003; De Bedout, 2008; Teva, Bermúdez, Hernández-Queri & Buela-Casal, 2005).

El paciente con VIH-SIDA además de enfrentar las situaciones complicadas que implica cualquier enfermedad crónica, tiene que lidiar con: malestar emocional en cualquiera de las fases de la infección, el estigma y rechazo asociado a la enfermedad, las posibles consecuencias sociales negativas de informar a otras

personas sobre su condición y tomar decisiones acerca de modificar sus conductas sexuales (Marqués, Rodríguez & Matías, 2007).

De esta manera, el VIH-SIDA representa un problema de salud muy relevante, no sólo a nivel epidemiológico y para los sistemas de salud, sino que también tiene repercusiones a nivel personal, social y económico. Una de las estrategias para hacerle frente a este problema de salud es la prevención, establecida en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA, realizada por UNAIDS en 2011.

La prevención primaria generalmente se dirige a la población en general y tiene como propósito fundamental coadyuvar a evitar que el VIH siga transmitiéndose; fomentando la detección oportuna, informando sobre las medidas de prevención, identificando factores de riesgo, factores predisponentes y factores desencadenantes que facilitan la transmisión. La prevención secundaria se dirige a las PVVIH y tiene como objetivo aumentar la sobrevida y su calidad de vida a través del control de la enfermedad, prevenir nuevas infecciones, ejercer una vida sexual responsable y reincorporar a la persona a la sociedad en un ambiente de respeto a sus derechos humanos (CENSIDA, 2006).

Son tres categorías en las que se pueden dividir las estrategias de prevención de VIH-SIDA: biomédicas, conductuales y estructurales. Las estrategias biomédicas intentan prevenir la transmisión con compuestos farmacéuticos o intervenciones médicas; las dos habituales son: 1) prevención de la transmisión materno infantil a través de dar TARV a las mujeres embarazadas, efectuar una operación cesárea si la carga viral de la madre es aún alta en el momento del parto y dar TARV al bebé en las primeras semanas de vida, y 2) las vacunas. Las estrategias biomédicas más recientes son la circuncisión y la profilaxis pre y post exposición. Las estrategias conductuales son aquéllas que buscan cambiar el comportamiento de las personas para reducir su riesgo de contraer el VIH, por ejemplo, las enfocadas a promover el

uso del condón. Las estrategias estructurales se concentran en impactar cuestiones sociales que se relacionan con el riesgo de infección, como la pobreza o el uso de drogas intravenosas (Iglesias, 2011).

Las estrategias conductuales de la prevención son las de interés desde el campo de la Psicología. Dos de las variables relacionadas con la prevención secundaria en PVVIH, y que son parte de estas estrategias conductuales, son las conductas sexuales, específicamente el uso del condón y la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales (Kumar, Kilaru, Forde & Kumar, 2007; Simoni & Pantalone, 2004).

Las PVVIH se enfrentan a dificultades prácticas y psicológicas al momento de revelar su diagnóstico a otras personas, especialmente a sus parejas sexuales. Además, pueden presentar importantes temores e inseguridades (reinfectarse, infectar a su pareja) y alteración del estado emocional (se pueden sentir desmotivados para establecer relaciones sexuales y/o de pareja) o sentimientos como el enojo por no haberse protegido antes (Campero, Kendall, Caballero, Mena & Herrera, 2010; Kumar et al., 2007).

Ya que la infección de la enfermedad está asociada frecuentemente al ejercicio de la sexualidad, algunos pacientes experimentan sentimientos de culpa, disfunciones sexuales, ausencia de deseo sexual, mal manejo al informar sobre su diagnóstico, cambios en la imagen corporal que inciden en la autoestima, sentimientos de vergüenza, enojo y frustración (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2002; Maticka-Tyndale, Adam & Cohen, 2002). La satisfacción con la sexualidad en PVVIH se puede ver afectada por los factores mencionados y el sinnúmero de cambios en las estrategias sexuales que deben incluir los pacientes en su repertorio para proteger a sus parejas de la infección del VIH (parejas serodiscordantes) o para evitar la reinfección en parejas seroconcordantes (Maticka-Tyndale et al.,

2002; Pemoff & Zalazar, 2007). El TARV puede generar efectos secundarios (como malestar general) que interfieren con el deseo sexual. Además, el miedo a la discriminación, al rechazo y el sentimiento de soledad que sufren las personas seropositivas, dejan al deseo sexual en segundo plano (Coromina, 2009).

La descripción detallada de las dos variables relacionadas con la prevención secundaria en las PVVIH (conductas sexuales de riesgo y revelación del diagnóstico), su asociación con otras variables y las intervenciones psicológicas desarrolladas para impactarlas se presenta en los capítulos dos y tres del marco teórico.

1.7. Intervenciones psicológicas cognitivo conductuales y VIH

La terapia cognitivo conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica con mayor evidencia empírica sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos, lo que ha tenido como consecuencia su creciente uso en varios ámbitos de aplicación (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

La TCC se puede definir como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001), sus características se resumen a continuación (Ruiz et al. 2012; Sheldon, 2011):

- Es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada en las teorías del aprendizaje y en la psicología científica.
- Las técnicas y procedimientos utilizados tienen una base científica o experimental (manejo de contingencias, extinción, modelado, etc.), sin embargo algunos procedimientos han surgido de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, relajación, técnicas paradójicas).

-
- El objeto del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes en sus distintos niveles: conductual, cognitivo, emocional y fisiológico. Este objeto es considerado susceptible de medición y evaluación, a veces no es directamente observable.
 - La conducta se conceptualiza como aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del individuo, sin ignorar la influencia de factores biológicos y sociales.
 - El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptativas cuando éstas no se producen.
 - Se pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, pero se toman en cuenta los factores históricos que explican el por qué se está dando la situación actual.
 - Es fundamental aplicar una metodología experimental que se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del individuo, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados.
 - Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de toda la intervención, dándose entre ella una constante interdependencia que hace difícil la distinción como dos fases. Por otro lado, también existen numerosas intervenciones que se basan en criterios tradicionales y se aplican bajo protocolos estandarizados de actuación basados en evidencia científica.
 - La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos a corto y largo plazo en la conducta tratada, y su generalización al ambiente habitual del individuo.
 - Es una terapia activa-directiva, que implica la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.

-
- Tienen un tiempo limitado, considerándose una terapia breve que promueve la adquisición de habilidades y nuevas formas de solucionar problema para favorecer la independencia y la autoayuda.
 - Es objetiva y estructurada lo que guía al terapeuta y al usuario en el proceso de evaluación, formulación del problema, intervención, seguimiento y valoración. Los objetivos y las metas de la intervención se definen explícitamente y se revisan constantemente.
 - Se enfoca en problemas actuales, definidos de forma clara y precisa, y se orienta a objetivos medibles y alcanzables.
 - La relación terapéutica tienen un gran valor porque las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto.

La premisa básica de la TCC es que los pensamientos influyen en las emociones, que a su vez, influyen en el comportamiento, más que las situaciones problemáticas o difíciles son los pensamientos acerca de esas situaciones o el significado que el individuo les da, lo que genera una emoción intensa (desadaptada) y por consiguiente un comportamiento disfuncional. El terapeuta y el cliente trabajan juntos de forma activa para identificar sus pensamientos y reconocer la relación entre éstos y sus emociones y comportamiento; posteriormente generan estrategias para modificar estos pensamientos, regular las emociones y disminuir comportamientos desadaptados y desarrollar conductas funcionales (Sheldon, 2011).

La TCC emplea una serie de estrategias y técnicas probadas empíricamente y que ya han mostrado su efectividad en diversos problemas y trastornos psicológicos como: adicción y consumo de drogas (Carroll & Onken, 2005; Kadden, 2001; Magill & Ray, 2009; Rojas, Real, García-Silberman & Medina-

Mora, 2011; Secades & Fernández, 2001; Silva & Serra, 2004), trastornos del estado de ánimo (Dobson, 1989; Gould, Coulson & Howard, 2012a; Pérez-Álvarez & García-Montes, 2001), trastornos de ansiedad (Gould, Coulson & Howard, 2012 b; Orgilés, Méndez, Rosa & Inglés, 2003; Stewart & Chambless, 2009), trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008; Saldaña, 2001), trastornos de personalidad (Echeburúa & de Corral, 1999; Leichsenring & Leibing, 2003), regulación emocional, modificación de estilos de vida, adherencia al tratamiento y calidad de vida en padecimientos médicos como diabetes (Ismail, Winkley & Rabe-Hesketh, 2004, Peyrot & Rubin, 2007; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005), hipertensión (Eisenberg et al., 1993; Riveros et al., 2005; Riveros, Ceballos, Laguna & Sánchez-Sosa, 2005), dolor crónico (Hoffman, Papas, Chatkoff & Kerns, 2007; Morleya, Ecclestonb & Williams, 1999), cáncer (Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez & García, 2008). Rehse & Pukrop, 2003), VIH (Crepaz et al., 2008; Gonzalez, Batchelder, Psaros & Safren, 2011; Safren et al., 2009).

Las estrategias y técnicas más utilizadas en la TCC son las siguientes (Kazdin, 1996; Rotheram-Borus, Swendeman, Flannery, Rice & Adamson, 2009; Ruiz et al. 2012):

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en habilidades: entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento habilidades sociales.
- Entrenamiento en habilidades de regulación fisiológica: entrenamiento en relajación.
- Estrategias para la adquisición o el aumento de la frecuencia de una conducta: refuerzo positivo, refuerzo negativo, aproximaciones sucesivas, modelado, encadenamiento.

-
- Estrategias para mantener una conducta: refuerzo intermitente, encadenamiento.
 - Estrategias para eliminar o disminuir la frecuencia de una conducta: extinción, refuerzo de respuestas incompatibles, aislamiento o tiempo fuera, control de estímulos, costo de respuesta o castigo negativo, saciedad, castigo.
 - Otras técnicas: economía de fichas, contratos conductuales.

Las intervenciones psicológicas en VIH se han dirigido a favorecer la adherencia al tratamiento ARV, disminuir el malestar emocional (depresión, ansiedad, estrés), favorecer estilos de afrontamiento adaptativos, mejorar la calidad de vida y disminuir conductas de riesgo. Las intervenciones cognitivo conductuales son las que han mostrado mayor efectividad al disminuir estas problemáticas en comparación con otros modelos de terapia (Crepaz et al., 2008).

En el contexto de la prevención, las intervenciones conductuales son las recomendadas para disminuir la infección por el VIH en las personas que se consideran en riesgo (HSH, TS, UDI) y en aquellas que ya tienen el VIH (Coates, Richter & Caceres, 2008).

Las intervenciones diseñadas para promover o facilitar el cambio conductual para prevenir la infección por el VIH incluyen componentes como: educación en VIH-SIDA, psicoeducación, motivación al cambio y entrenamiento en habilidades específicas como solución de problemas, habilidades sociales (negociación, asertividad) y uso correcto del condón. Estas estrategias pueden influir en los siguientes comportamientos relacionados con la prevención primaria y secundaria del VIH-SIDA (Coates et al., 2008):

- Retrasar el inicio de la vida sexual
- Disminuir el número de parejas sexuales
- Incrementar las conductas sexuales protegidas

-
- Promover/facilitar el acceso a información sobre el VIH y las pruebas diagnósticas
 - Incrementar la adherencia a los medicamentos antirretrovirales
 - Prevenir la transmisión a otras personas
 - Disminuir el uso compartido de agujas y jeringas
 - Disminuir el abuso de drogas para prevenir la realización de conductas sexuales de riesgo

Las estrategias de prevención del VIH varían según las características de la población, la ubicación geográfica y de factores de riesgo específicos (Bekker, Beyrer, y Quinn, 2012). Por lo tanto, las intervenciones deben incluir una combinación de estrategias relevantes para la población objetivo (Coates et al., 2008), que se pueden elegir a partir de la evaluación de los factores de riesgo en poblaciones específicas. Por lo tanto, es importante la evaluación inicial de las variables relacionadas con la prevención y factores de riesgo en poblaciones específicas, los resultados permitirán elegir los componentes para diseñar la intervención más adecuada dirigida a las personas que la recibirán. Las intervenciones que han mostrado más efectividad en el abordaje de problemas psicológicos y conductuales asociados al VIH-SIDA en el contexto de la prevención son las cognitivo-conductuales, por lo tanto será este modelo psicoterapéutico el que guiará el diseño de la intervención evaluada en esta investigación, retomando las estrategias que han resultado más efectivas en las intervenciones dirigidas a promover conductas sexuales seguras y protegidas y la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales, que se revisan en el capítulo 2 y 3 respectivamente.

Capítulo 2

Conductas sexuales en PVVIH

Actualmente se conocen alrededor de treinta agentes que producen infecciones de transmisión sexual (ITS), pero ninguno tiene repercusiones tan importantes como el VIH. La epidemia del VIH-SIDA es uno de los problemas de salud más graves en todo el mundo por varias razones: es una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, los costos elevados que implican su diagnóstico y tratamiento, la discapacidad prolongada que genera, la disminución de la productividad en los grupos de edad de mayor capacidad productiva, así como el deterioro en la calidad de vida que genera (Gayón, Hernández, Sam & Lombardo, 2008).

Las PVVIH experimentan las mismas necesidades sexuales y reproductivas que las personas seronegativas; no obstante, la búsqueda de la satisfacción de éstas se ve modificada por la diversidad de barreras que tienen que vencer por el hecho de vivir con VIH. Sin embargo, esta condición no debe excluir a las personas del ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos (Campero et al., 2010). Cualquier violación a estos derechos atenta contra los marcos legislativos nacionales y convenciones internacionales, así como contra varios criterios de atención establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (Secretaría de Salud, 2000). Por esto es importante conocer la extensión de las conductas sexuales de riesgo y establecer programas que favorezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las PVVIH.

La prevención primaria y secundaria de las ITS y el VIH debe ser prioridad para los sistemas de salud (UNAIDS, 2000), algunos de los métodos de prevención que reducen el riesgo de infección por el VIH y otras ITS en los individuos

sexualmente activos incluyen la abstinencia, las relaciones sexuales monógamas (parejas no infectadas) y el uso del condón (Gayón et al., 2008).

En la realización de conductas sexuales de riesgo, los factores que parecen ser más relevantes son: la susceptibilidad personal a asumir riesgos, la percepción de los costos y beneficios de la conducta, la percepción de la aprobación social de esa conducta, la autoeficacia percibida, la intención de la conducta y la planificación de la ejecución de la conducta en un contexto específico. Pero, además de estas variables, los resultados de los encuentros sexuales se determinan también, en gran parte, por la interacción específica de los factores presentes en el momento de los encuentros sexuales y por el contexto en el que se realizan (Benito, Aparicio, Briones & Espinel, 1999).

El comportamiento sexual de riesgo también se asocia con un patrón general de la percepción de riesgo que se relaciona con ciertos rasgos de personalidad como la impulsividad y el psicoticismo*, así como con ciertas conductas que también son de riesgo como el abuso de drogas, alcohol y la promiscuidad. Un estudio reportó que aquellos que tienen más parejas sexuales puntuaron más alto en impulsividad, usan mayor cantidad de drogas ilegales y muestran una mayor disposición a mentir a las parejas sobre su historia sexual (Wulfert, Safren, Brown & Wan, 1999).

Para prevenir nuevas infecciones por VIH se debe identificar qué y cómo operan determinadas variables psicológicas en relación con conductas instrumentales de riesgo o de prevención (Piña & Robles, 2005). La práctica de una conducta de prevención depende de si una persona la puede y quiere llevar a cabo; el que pueda hacerlo supone que posee los recursos para hacerlo como:

*Vulnerabilidad a conductas agresivas, impulsivas o de poca empatía.

a) reconocer las conductas y situaciones de riesgo; b) las señales o condiciones de estímulo que le indican la proximidad de una situación de riesgo, y c) reconocer cuáles son las conductas de prevención, entre otras (Robles, Piña & Moreno, 2006).

Algunos modelos que han generado mayor investigación en relación a las explicación de la realización de conductas sexuales de riesgo son: 1) el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974); 2) la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (Bandura, 1986); 3) La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975); 4) la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991); 5) el Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (Fisher, Fisher, Bryan, Misovich, 2002) y 6) el Modelo psicológico de salud biológica (Ribes, 1990; Piña, 2008).

2.1. Conductas sexuales de riesgo

Dentro de las prácticas sexuales se consideran de alto riesgo aquellas en las que existe penetración (ya sea vaginal, oral o anal) sin el uso de una barrera mecánica, como el condón de látex o poliuretano (masculino o femenino) que impida el intercambio de secreciones sexuales o de sangre. También se consideran conductas sexuales de riesgo: el inicio temprano de la vida sexual, múltiples parejas sexuales y el combinar sexo con alcohol o drogas (Charles & Blum, 2008; Fuente, Martin & Pérez, 2008; Moral de la Rubia, 2007; Planes, 1994).

Los contactos sexuales anales son una práctica con alto riesgo de transmisión de VIH tanto para el receptor como para el miembro activo cuando no se usa condón, ya que el ano no está fisiológicamente condicionado para el acto sexual y es un esfínter más rígido a la penetración, menos elástico que la vagina, con la consiguiente mayor fricción ocurriendo mayores microtraumatismos durante el

acto sexual; es también un órgano contaminado con muchos microorganismos del material fecal y no tiene la lubricación que fisiológicamente tiene la vagina, así que el riesgo de contaminación no es solamente local, las microfisuras que se producen durante este tipo de contacto sexual ocasionan microsangrado en el pene y en el ano, que posibilita el contacto sangre-mucosa, mecanismo por el cual se explica que el sexo anal sea el de mayor riesgo para la transmisión del VIH. De esta manera, este tipo de comportamiento conlleva mayor peligro, sin olvidar que la penetración anal puede ser tanto homosexual como heterosexual (Charles & Blum, 2008; Fuente et al., 2008; Moral de la Rubia, 2007; Planes, 1994).

En relación a los contactos vaginales, las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los varones. Algunos datos señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es de dos a cuatro veces más probable que la transmisión de mujer a varón, siempre que no estén presentes otras ITS (Del Río-Zolezzi et al., 1995; Gala et al., 2007; Herrera & Campero, 2002). Algunas de las razones de esta vulnerabilidad son: 1) la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales; 2) las ITS son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus; 3) la presencia de microdaños en la mucosa vaginal durante las relaciones sexuales es muy frecuente; 4) la cantidad de lubricación vaginal y el uso de anticonceptivos pueden crear un entorno favorable para la penetración del virus; 5) el epitelio vaginal y rectal son mucho más vulnerables a infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esas zonas (Del Río-Zolezzi et al., 1995; Ferreira & Izumi, 2008; Herrera & Campero, 2002).

La transmisión a través del contacto bucogenital se consideró por mucho tiempo un riesgo teórico, sin embargo, la evidencia actual en este tipo de práctica, señala que el riesgo debe considerarse, aunque es menor que en las relaciones

sexuales vaginales y anales. El riesgo es mayor en el sexo oral insertivo y se incrementa aún más cuando hay heridas, llagas o abrasiones en la cavidad bucal o en las encías, o si se tiene alguna infección, incluidas las de transmisión sexual, en la garganta o en la boca que está produciendo inflamación (Vera-Gamboa, Cerón-Bracamonte & Góngora-Biachi, 2004; Smith et al., 2005).

El grado de riesgo de transmisión del VIH se relaciona con el tipo de prácticas sexuales, y con varios factores que tienen que ver con el individuo infectado, con el propio virus y con la persona en riesgo, como ya se describió en el capítulo 1. La Tabla 2.1 muestra el porcentaje de riesgo de infección por el VIH en HSH cuando el individuo infectado conoce su estado serológico (Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, 2009).

Tabla 2.1.

Evaluación del riesgo de infección por vía sexual en hombres que tienen sexo con hombres cuando la persona fuente conoce su estado serológico.

Riesgo apreciable (0.8- 3%)	Bajo riesgo (0.05 – 0.8%)	Riesgo mínimo (0.01 – 0.05%)
Recepción anal con eyaculación*	Recepción anal sin eyaculación* Penetración anal* Sexo orogenital con eyaculación*	Sexo oral sin eyaculación*

* Sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo.

Por lo tanto, las personas con mayor riesgo de infectarse con VIH son aquellas que tienen una pareja infectada y aquellas que usan de forma inconsistente y/o incorrecta el condón. El riesgo promedio de transmisión del VIH por cada relación vaginal sin condón es menor de 1%; no obstante, la probabilidad varía considerablemente con el tipo de práctica, el estadio de la infección por el VIH, la presencia de ITS y la carga viral del VIH en la pareja infectada. Esta proporción

aumenta en relaciones sexuales anales (Del Romero, Castilla, Hernando, Rojas & Rodríguez, 2006).

Algunos de los comportamientos que incrementan en el individuo la probabilidad de exponerse al VIH, son el cambio frecuente de pareja, mantener relaciones sexuales con varias parejas a la vez, el uso compartido de jeringas para la administración parenteral de drogas, las relaciones sexuales con penetración sin condón y la manipulación de sangre u otros líquidos corporales infectados sin protección (Gala et al., 2007).

Remien, Carballo-Diequez y Wagner (1995) encontraron que algunas barreras para mantener conductas sexuales seguras incluyen: falta de percepción de riesgo del sexo oral, estilo de afrontamiento evitativo, y preferencias culturales.

2.2. Conductas sexuales seguras y protegidas

Las relaciones sexuales seguras, son aquellas que reducen la posibilidad de contraer y transmitir ITS, en particular el VIH. El sexo seguro se refiere a conductas sexuales que tienen probabilidad cero de contagio, claramente estarían la abstinencia sexual y la masturbación. El sexo protegido se refiere a las prácticas sexuales con métodos de probada eficacia para la prevención del SIDA, como el uso del condón masculino o femenino (Fuente et al., 2008; Gala et al., 2007; Moral de la Rubia, 2007).

La abstinencia se refiere a la situación en la que una persona, que nunca ha tenido relaciones sexuales, retrasa el inicio de la actividad sexual (abstinencia primaria), o aquella que decide suspenderla una vez iniciada (abstinencia secundaria), hasta tener una relación duradera o permanente. La monogamia se refiere a la práctica de relaciones sexuales con una sola pareja, en una relación duradera o permanente (Gayón et al., 2008).

El uso del condón es la conducta sexual protectora más recomendable y con mayor éxito, ya que la abstinencia no ha tenido buenos resultados en virtud de la falta de adhesión a ésta. Cuando se usan en forma correcta y consistente, los condones de látex y de poliuretano son altamente efectivos para prevenir la transmisión del VIH y reducir el riesgo de otras ITS a pesar de que su protección no es del 100%, pues su grado de defensa contra el VIH y otras ITS se desconoce (Gayón et al., 2008).

Un meta-análisis reportó que el uso del preservativo en forma consistente tiene efectividad de 80% para reducir la incidencia de VIH (Weller & Davis, 2006). Gayón et al. (2008) también concluyeron que el condón es efectivo en un 80% para prevenir la infección del VIH, y que es más efectivo que para evitar otras ITS como el Virus de Papiloma Humano y el Virus de Herpes Simple.

Es importante aclarar que se entiende por uso consistente del preservativo su utilización en el 100% de las veces que haya penetración vaginal o anal. El uso correcto se refiere a la colocación, previa a cualquier contacto pene-genitales, sin escurrimiento del líquido eyaculatorio o rotura del preservativo; la eficacia del preservativo implica su permanencia en el pene y la no rotura durante el acto sexual (Gayón et al., 2008).

2.3. Factores asociados a conductas sexuales de riesgo en PVVIH

Se ha reportado que muchas PVVIH se involucran en conductas de riesgo y que la conciencia de ser seropositivo no siempre se traduce en cambios de conducta y prácticas sexuales seguras. Por otra parte, en los últimos años, ha habido un aumento en la incidencia de otras ITS entre personas que han vivido un número de años con VIH, lo que sugiere que una proporción de personas

infectadas por el VIH también presentan otras ITS, y a pesar de esto tienen relaciones sexuales sin protección (Camoni et al. 2009).

Los patrones de comportamiento de riesgo pueden variar según la fase de la infección por VIH. Al parecer, el período inmediatamente anterior a la infección por VIH se caracteriza por altas tasas de conductas de riesgo, lo que aumenta el potencial para la rápida propagación del VIH durante la infección aguda. La reducción en los comportamientos de riesgo sucede inmediatamente después del diagnóstico. Sin embargo, estos cambios de comportamiento no son universales, y el estado individual de salud es un factor importante en relación con los riesgos de transmisión. Períodos en los que la infección por VIH es asintomática se asocian generalmente con algún grado de comportamientos de riesgo. El recuento de células T CD4 por debajo de 200mm^3 , que corresponde a un diagnóstico formal de SIDA, se asocia con una disminución de las conductas sexuales de riesgo (Eaton & Kalichman, 2009).

Un estudio realizado en Estado Unidos reportó que 20% de las PVVIH usaron de manera inconsistente el condón en los últimos seis meses, el 33% han tenido múltiples parejas sexuales en el mismo periodo de tiempo, sólo el 15% refirió estar en una relación de pareja estable; el 46% de los hombres tenía más de una pareja sexual, el 5% tenían más de 10 parejas sexuales y hasta el 60% había tenido relaciones con parejas seronegativas o de serología desconocida. En cuanto a las mujeres, 40% reportó tener más de una pareja sexual, el 2% más de 14 parejas sexuales y el 61% ha tenido relaciones con parejas seronegativas. En este mismo estudio se encontró que la presencia de emociones negativas (depresión, ansiedad, enojo) y la percepción del estigma social está asociado con el uso inconsistente del condón (Illa et al., 2008).

Un estudio que compara a jóvenes con adultos que tienen VIH, encontró que con la edad disminuye la actividad sexual, pero el uso inconsistente del condón sigue siendo común. Además de que se identificaron ITS en todos los grupos de edad. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de los esfuerzos de prevención secundaria entre las PVVIH (Önena, Shachamb, Stamma & Overtonc, 2010).

En un estudio realizado en Italia con PVVIH, se encontró que después del diagnóstico hubo una disminución significativa en el número de parejas sexuales, en todos los casos la reducción es inferior a la mitad: el porcentaje de aquellos que reportaron haber tenido más de dos parejas disminuyó de 83.2% a 54.2%, el porcentaje se redujo de 24.6% a 19.5% para aquellos con 3-5 parejas, de 23.4% a 15.6% para aquellos con 6-20 parejas, y de 35.1% a 19.1% para aquellos con más de 20 parejas. Después del diagnóstico, también se observó una disminución significativa en el porcentaje de personas que nunca utilizaron condón con parejas ocasionales para sexo vaginal (de 63.5% a 23.0%), sexo anal (de 66.8% a 32.2%), y sexo oral (de 82.3% a 66.4%). Sin embargo, los datos obtenidos son retrospectivos y probablemente influyó la deseabilidad social en las repuestas de los participantes, lo que afecta la confiabilidad de los resultados (Camoni et al. 2009) y supondría sub identificación en la reducción de prácticas de riesgo post diagnóstico.

En España, Romero et al. (2004) encontraron que cerca de la mitad de las parejas, en donde por lo menos alguno de sus miembros era seropositivo al VIH, refirieron conductas sexuales de riesgo (coito vaginal o anal sin preservativo) en los últimos seis meses. El diagnóstico de VIH en el varón se asoció a una menor frecuencia de conductas de riesgo, sólo durante algunos meses después del diagnóstico, posteriormente los cuidados y las conductas preventivas se relajan; lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer el diagnóstico con consejo

psicológico a las personas infectadas con el fin de prevenir que transmitan el VIH y se mantenga la conducta de protección.

En relación a las conductas sexuales de riesgo en PVVIH hispanas, los hombres de Centroamérica y Sudamérica son los más expuestos al VIH por contacto sexual de hombre a hombre, mientras que los hombres de Puerto Rico son en su mayoría expuestos al VIH a través del uso de drogas inyectables. Para las mujeres hispanas, la principal vía de exposición al VIH es a través del contacto heterosexual, por lo general con un hombre que usa drogas inyectables, tiene múltiples parejas sexuales, se niega a usar condón, o tiene relaciones sexuales con otros hombres. La ruta secundaria de exposición al VIH para las mujeres hispanas es a través del uso de drogas inyectables (Herbst et al., 2007).

Resultados de un estudio realizado en pacientes del Caribe muestran que una proporción alta de PVVIH es sexualmente activa, a menudo con múltiples parejas ocasionales. Muchos de estos individuos han estado infectados por más de un año y una proporción importante ha progresado a una etapa avanzada de la enfermedad. Los resultados muestran que los pacientes tienen poco conocimiento sobre el estado serológico de sus parejas, lo que influye en comportamientos sexuales que resultan en un aumento en la transmisión del VIH. De una muestra de 110 PVVIH se encontró que del 7% al 30% no usa condón en sus contactos sexuales y que nunca lo usan del 30% al 50% de los participantes de la muestra, estos porcentajes varían dependiendo del tipo de pareja y de si ha revelado o no a su pareja su estado serológico; el mayor porcentaje de uso inconsistente del condón es entre PVVIH que revelan su estado serológico a parejas ocasionales y el mayor porcentaje de PVVIH que no usan condón está entre aquellos que tienen parejas ocasionales y no revelan sus diagnóstico (Kumar et al., 2007).

En México existen pocos reportes sobre el uso del condón en PVVIH, CENSIDA (2012) reportó que la frecuencia de sexo anal no protegido entre HSH VIH positivos es del 35% y del 30% en Travesti(s)/Transgénero(s)/Transexual(es) que ya tienen la infección por VIH.

En HSH de Estados Unidos la incidencia de relaciones sexuales anales sin protección es considerablemente más alta en parejas seroconcordantes que en serodiscordantes. La incidencia de relaciones sexuales anales sin protección con una pareja de estado serológico desconocido se calcula que es del 26 %. En este estudio, estar en TARV, tener una carga viral indetectable, y tener una adecuada adhesión al tratamiento se relacionó con tener relaciones sexuales anales desprotegidas (Crepaz, 2009).

Otros estudios también hacen énfasis en los resultados que indican un aumento en relaciones sexuales sin el uso del condón (Coates, 2001; Dodds, Bolding, Sherr, Mercey & Elford, 2001; Fox et al., 2009; Van Kesteren, Hospers & Kok, 2007), particularmente en parejas seroconcordantes que basan sus conductas en un pobre conocimiento sobre la infección del VIH, por ejemplo que no es necesario utilizar condón si las dos partes de la pareja tienen VIH (Maticka-Tyndale et al., 2002).

En relación a la conformación de parejas serodiscordantes, se ha reportado que su prevalencia oscila entre 20–35% y se calcula que el 17% de estas parejas seronegativas llegan a cambiar su serología en los primeros 12 meses. Las formas de protegerse del contagio por la vía sexual son dos, una usar condón en cada relación y otra la abstinencia sexual, sin embargo, ambos métodos requieren la revelación del estado serológico del paciente (Were et al., 2008).

Con el tiempo, las parejas serodiscordantes, si no se han infectado, tienden a relajar las conductas preventivas exponiéndose a un alto riesgo de infección. Esto se constata en pacientes que se han infectado transcurridos muchos años desde que

su pareja se había infectado (se favorece una falsa sensación de invulnerabilidad). Esta situación es cada vez más frecuente, dado la mayor supervivencia de las PVVIH y su mejor calidad de vida (Antela, 2004; Bilder, 2008).

Otros temores presentes en los pacientes con VIH son la posibilidad de la reinfección y la dificultad de negociar el sexo protegido. Algunas veces, aun cuando desean ejercer su vida sexual con una pareja estable, el temor al rechazo y la falta de información sobre la prevención de la transmisión del virus y la reinfección disminuye su satisfacción con su vida sexual (Campero et al., 2010).

Un aspecto relevante a considerar es la influencia que ejerce el hecho de que una relación sea ocasional o estable y el sexo (hombre o mujer) en el uso del preservativo por parte de las PVVIH. En un estudio realizado por Latka et al. (2006), se encontró que las mujeres VIH positivas tienden a proponer más el uso del preservativo que los hombres, siendo la respuesta de ellos negativa. Las mujeres con VIH tienen un sentimiento de responsabilidad más elevado y mucho miedo a transmitir el virus, por lo que proponen más el uso del preservativo.

Para los HSH resulta más probable que algunas de sus parejas sexuales sea una PVVIH dada la elevada incidencia de VIH en esta población. Para un HSH tener un comportamiento desprotegido puede traer mayor probabilidad de adquirir el VIH, además, la presencia de otras ITS no tratadas, como la sífilis, gonorrea o clamidia, pueden aumentar considerablemente el riesgo de transmisión del VIH (Vera-Gamboa et al., 2004).

Por otro lado, varios estudios reportan un incremento de conductas sexuales de riesgo en pacientes que reciben TARV, esto concuerda con estudios cuantitativos-epidemiológicos que afirman que el inicio de la era TARV está relacionada con incremento de comportamientos sexuales de riesgo (Kerrigan et al., 2006;

Hernández-Núñez, Ledesma Martín-Pintado & Navarro-Gómez, 2003; Juarez-Vílchez & Pozo, 2010; Remien, Wagner, Carballo-Diéquez & Dolezal, 1998).

Las PVVIH, al recibir TARV logran un control virológico (carga viral indetectable) y mejoran significativamente su estado de su salud, lo que aumenta la probabilidad de que realicen conductas sexuales de riesgo que podrían facilitar la transmisión del virus a sus parejas e incrementar el número de infecciones y reinfecciones; esto es debido a: 1) los beneficios físicos, sociales y emocionales que obtienen con el TARV, 2) al optimismo, ya que las consecuencias de la infección se vuelven menos trágicas que en el pasado, y 3) las creencias sobre la imposibilidad de infección y reinfección si se tiene una carga viral baja o indetectable (Juarez-Vílchez & Pozo, 2010) .

Ejemplos de estas creencias y mitos son: que no es necesario utilizar condón cuando se tiene una carga viral baja o indetectables; si bien es cierto que la probabilidad de transmisión disminuye con el control virológico logrado con el TARV (Cohen et al., 2011), se recomienda que las PVVIH usen condón por la probabilidad constante de transmitir o adquirir alguna ITS. Otra creencia común entre los pacientes seroconcordantes que están en tratamiento es que ya no tienen problemas en cuanto a la transmisión porque los dos tienen el virus (Kerrigan et al., 2006; Hernández-Núñez, Ledesma, Martín-Pintado & Navarro-Gómez, 2003; Remien, Wagner, Carballo-Diéquez & Dolezal, 1998). Así, el propio tratamiento TARV puede estar asociado a conductas sexuales de riesgo cuando las parejas creen que el tratamiento puede anular el riesgo de la transmisión del virus (Antela, 2004; Camoni et al. 2009; Ostrow et al., 2002; Remien et al., 2005; Stephenson et al., 2003; Wilson & Minkoff, 2001).

En un meta-análisis realizado por Crepaz, Hart y Marks (2004), se reportó que las conductas sexuales de riesgo se asocian con las creencias de los pacientes sobre

el TARV y su carga viral. Independientemente del estado serológico del VIH, la probabilidad de relaciones sexuales sin protección fue mayor en las personas que recibían TARV y las que tenían una carga viral indetectable.

Otro estudio relacionado con la percepción de riesgo cuando se está en TARV realizado por Juárez-Vílchez y Pozo (2010) en pacientes peruanos, reveló que luego de iniciar la toma de antirretrovirales, los pacientes experimentaron una notable mejoría en su salud, debido a la creencia de que los medicamentos producen un “adormecimiento del virus”, con la consiguiente disminución de las molestias ocasionadas por infecciones oportunistas, que les permite retornar a sus actividades cotidianas. Respecto a la posibilidad de transmisión del “virus adormecido”, pacientes que llevaban menos de un año en tratamiento expresaron que en las relaciones sexuales sí se puede transmitir el virus, pero éste, al encontrarse en situación de “adormecimiento” no va a ocasionar daño en la persona sana, salvo que el virus se “despierte”, lo cual es variable en tiempo y dependerá del estilo de vida de la persona a quien se transmitió el virus.

Otros hallazgos relevantes de Juárez-Vílchez y Pozo (2010), fueron que además de las creencias, lo que influye en la práctica sexual no segura, son las mejoras virológicas e inmunológicas proporcionadas por el TARV y no su administración en sí; y que la razón principal para no protegerse en relaciones sexuales ocasional depende básicamente de que no hay un vínculo sentimental y que ésta no va a reclamarle posteriormente si resultase infectada.

El estudio de Kerrigan et al. (2006) también reportó que las creencias optimistas que giran en torno al TARV influyen en los pacientes. Estos autores analizaron la actividad sexual de un grupo de pacientes que recibían TARV y encontraron que algunos de ellos decidían no utilizar el preservativo porque al recibir tratamiento su carga viral era indetectable. De esta manera, la sensación de

seguridad que propicia el TARV en pacientes con buena situación inmune favorece las relaciones sexuales sin condón (Hernández-Núñez et al., 2003), por lo que se requiere que las estrategias de prevención que se utilicen para disminuir las conductas sexuales de riesgo incluyan la percepción de riesgo relacionada con el TARV.

Además de las creencias y mitos sobre el TARV se ha encontrado que la interacción y la comunicación entre el equipo de salud y el paciente con respecto al tema de las conductas sexuales es escasa, mucho menor que la interacción que tienen sobre otros comportamientos de salud. Los médicos rara vez brindan asesoría e información sobre la reducción de conductas sexuales de riesgo y su relación con el TARV (Barton et al., 2010).

Otras variables que se relacionan tanto con problemas psicológicos como con conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH son la percepción de apoyo social y el nivel de satisfacción en la relación de pareja. En este sentido, Harvey y Wenzel (2002) concluyeron que las relaciones cercanas pueden servir como fuentes de apoyo y ayudar a enfrentar el estrés de las PVVIH. Los autores afirman que la relación de pareja es la base para enfrentar de una manera más adaptativa la enfermedad.

Wagner, Remien y Carballo-Diequez (2000) evaluaron la prevalencia de relaciones sexuales fuera de la relación de pareja y cómo se asociaba con malestar psicológico y satisfacción en la relación de pareja en hombres con VIH. Encontraron que de 63 parejas, 19 parejas (30%) reportaron ser monógamas, 18 (28.5%) se describieron como "abiertas", 13 (20.6%) mantuvieron relaciones sexuales fuera de la relación en secreto, y en 13 parejas no había más que un conocimiento parcial de las relaciones sexuales con otras personas. Las parejas monógamas y las abiertas obtuvieron menores niveles de malestar psicológico y

mayor satisfacción con su relación de pareja, en comparación con las parejas de “conocimiento parcial” y “secreto”. Las parejas monógamas reportaron mayor expresión afectiva, satisfacción afectiva y sexual.

Magge (1997) reportó que la satisfacción sexual y la conducta sexual se relacionan con el estado serológico de la pareja (seroconcordantes, serodiscordantes). En las relaciones en las que al menos una pareja es VIH-positivo, el apoyo del compañero predijo la satisfacción con la relación.

Un estudio más reciente realizado por Bradley, Remien y Dolezal (2008) en parejas serodiscordantes tuvo por objetivo examinar si los síntomas depresivos se asocian con el comportamiento sexual de riesgo y si esta asociación se podría explicar por cambios en la satisfacción en la relación de pareja. Lo que reveló el estudio es que las parejas seropositivas con más síntomas depresivos son menos propensas a involucrarse en conductas sexuales de alto riesgo en comparación con las personas con menos síntomas depresivos, pero son más propensas a tener parejas sexuales fuera de su relación principal. Este resultado se explica parcialmente por la disminución en la actividad sexual en las personas deprimidas. De esta manera entre las parejas serodiscordantes, la depresión en la pareja seropositiva tiene un efecto complejo sobre el riesgo, ya sea aumentando el riesgo de transmisión del VIH (cuando los miembros seropositivos tienen contacto sexual fuera de la relación principal) o disminuyendo el riesgo (disminución del deseo sexual dentro de la pareja). El nivel de satisfacción en la pareja explica, al menos parcialmente, la relación entre mayor depresión y mayor probabilidad de tener parejas fuera de su relación principal. Estos hallazgos sugieren que la relación entre los síntomas depresivos, la conducta sexual de riesgo y la satisfacción en la relación es mixta y compleja, y sugieren que se debe evaluar el comportamiento sexual de riesgo en toda la gama de gravedad de síntomas depresivos y los diferentes niveles de satisfacción con la relación.

Los datos anteriores indican que existe una alta prevalencia de conductas sexuales de riesgo en personas que ya viven con VIH, tanto en parejas serodiscordantes como seroconcordantes y en pacientes con parejas estables u ocasionales, lo que resalta la importancia de generar y evaluar intervenciones dirigidas a disminuir estas conductas riesgosas que repercutirán en detener la propagación de la infección por VIH.

2.4. Intervenciones para la reducción de conductas sexuales de riesgo

Durante las dos últimas décadas, la prevención y el tratamiento del VIH-SIDA han avanzado en gran medida. Las ciencias del comportamiento han ampliado el repertorio de programas de prevención dirigidos a grupos de la población con alto riesgo de infección por el VIH, como HSH, UDI y TS. En los últimos cinco años, con la aparición de nuevas combinaciones de fármacos para tratar la infección del VIH y demorar la aparición del SIDA, se ha mejorado la calidad de vida de los pacientes y ha surgido una esperanza sobre la posibilidad de reducir la transmisión, en la medida en que disminuyan las cargas virales de las personas infectadas hasta cifras indetectables. A pesar de que se han logrado avances, la incidencia de pacientes seropositivos al VIH continúa incrementándose, lo que es quizá el resultado de la aplicación de estrategias de prevención que no son tan eficaces o que simplemente no se ajustan a los cambios que se producen en su propagación (Gala et al., 2007).

Se ha hecho un gran esfuerzo por probar la efectividad de las intervenciones dirigidas a disminuir las conductas sexuales de riesgo y así contribuir a frenar la propagación de la infección por VIH. Varios meta-análisis demuestran que la mayoría de estas intervenciones han sido guiadas por la teoría conductual y la teoría cognitiva social y se han dirigido a poblaciones de “alto riesgo” sin VIH,

principalmente a HSH. Entre las estrategias empleadas en estas intervenciones se encuentran: brindar información sobre el VIH-SIDA y/o ITS, facilitar el acceso a condones, fomentar la autoeficacia en la práctica de conductas sexuales saludables, fomentar la conciencia del riesgo, promover la práctica de la masturbación mutua, proponer la abstinencia sexual, habilidades para el uso del condón o negociar sexo seguro, solución de problemas y consejo psicológico (Berg, 2009; Cornman et al., 2008; Herbst et al., 2007, Johnson & Diaz, 2003; Kamenga et al., 1991; Mimiaga et al., 2006; Pérez-Jiménez, Escabí & Cabrera, 2010; Rosser et al., 2002; Simon-Rosser et al., 2010; Underhill, Operario & Montgomery, 2007).

El meta-análisis de Johnson, Hedges y Diaz (2003) consideró intervenciones para reducir conductas sexuales de riesgo entre HSH, encontrándose una reducción del 23% en la proporción de hombres que participaban en relaciones sexuales sin protección. Los efectos eran homogéneos entre los estudios, pero las intervenciones fueron ligeramente más eficaces cuando se impartían a nivel comunitario, cuando iban dirigidas a pacientes de entre 20 y 30 años de edad y las que incluían destrezas interpersonales.

Un meta-análisis que examinó la eficacia de las intervenciones internacionales para prevenir la transmisión de VIH, diseñadas para reducir los comportamientos sexuales de riesgo en HSH, encontró que las intervenciones se asociaron con una disminución significativa en el sexo anal sin protección (odds ratio [OR] = 0.77, intervalo de confianza del 95% [IC]: 0.65-0.92) y el número de parejas sexuales (OR = 0.85, IC 95%: 0.61-0.94) y con un aumento significativo en el uso del condón durante el coito anal (OR = 1.61, IC 95%: 1.16-2.22). Las intervenciones revisadas se basaron en modelos teóricos, incluyeron enseñanza de habilidades interpersonales, y se entregaron en varias sesiones que abarcaron un mínimo de 3. Se demostró que las intervenciones conductuales son un medio eficaz de

prevención del VIH en HSH, aunque los esfuerzos de prevención del VIH pueden generar mejores resultados (Herbst et al., 2005).

Herbst et al. (2007) identificaron 20 ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados que proporcionaron datos suficientes para evaluar los efectos de intervenciones dirigidas a reducir conductas sexuales de riesgo y disminuir la transmisión de VIH y otras ITS. Todas las intervenciones proporcionan información sobre el VIH-SIDA y/o ITS, de las cuales once intervenciones facilitaron el acceso a condones, diez incluyeron estrategias para incrementar la auto-eficacia para practicar sexo seguro, nueve intentaron aumentar la conciencia de riesgo, siete recomendaron la abstinencia sexual, y cinco tenían por objeto el cambio de comportamiento mediante la modificación de las reglas dentro de la pareja. Dieciséis de las intervenciones enseñaron habilidades específicas como: el uso del condón en catorce, solución de problemas en siete, negociación de sexo seguro en once. Además, seis intervenciones incluyeron consejo psicológico y pruebas de detección del VIH y dos intervenciones proporcionaron pruebas para detectar ITS.

Los resultados de este meta-análisis indican que las intervenciones produjeron cambios significativos: 56% más de probabilidades de uso del condón, 25% de reducción en frecuencia de sexo sin protección, 25% menos probabilidades de parejas sexuales múltiples, y 31% menos probabilidades de adquirir una ITS. Los cambios significativos en las probabilidades de ocurrencia de cualquier comportamiento sexual de riesgo se encontraron entre las intervenciones que se dirigían a hombres o a mujeres, pero no entre las intervenciones dirigidas a ambos sexos (Herbst, et al., 2007). Este hallazgo es consistente con informes previos que sugieren que mujeres y hombres hispanos experir pregunta sobre temas sexuales en presencia de otras personas (Gómez & Marín, 1996; Marín, 2003; Marín & Gómez, 1997).

Un meta-análisis realizado en China, reveló que la mayor parte de los estudios sobre intervenciones para prevenir la transmisión del VIH se han realizado en el sur y sur-oeste de China, y se han dirigido principalmente a los UDI y trabajadores sexuales, que aún no tienen el virus. Las estrategias de intervención más utilizadas fueron brindar educación sobre el VIH y el entrenamiento en habilidades conductuales (como el uso correcto del condón). Todos los estudios reportan resultados positivos al incrementar el uso correcto del condón, mejorar los conocimientos sobre el VIH y las ITS. La literatura de investigación en China, sugiere falta de intervenciones entre otras poblaciones en riesgo como HSH y migrantes; además son escasos los estudios que evalúan intervenciones con un diseño riguroso y seguimiento adecuado; hacen falta intervenciones multifacéticas que no sólo incluyan aspectos conductuales. Por lo tanto, estudios futuros deben emplear una metodología más rigurosa e incorporar factores emocionales, ambientales y cognitivos en las intervenciones (Yan & Li, 2009).

Otro meta-análisis dirigido por Johnson et al. (2008) sobre estudios para reducir conductas sexuales de riesgo en HSH, concluyó que las intervenciones más eficaces incluyen la promoción de destrezas personales y conductuales como traer siempre condones, además de que parecen funcionar mejor para poblaciones de pacientes de raza blanca; esto último subraya la necesidad de evaluar intervenciones para HSH africanos y latinoamericanos.

Otros hallazgos relevantes son que las intervenciones que incluyen: juego de roles, práctica de habilidades del uso de condón, análisis de obstáculos para el uso de condón, habilidades de solución de problemas, el intento de cambiar las normas de la pareja, o el incluir cuatro o más sesiones de intervención, son más eficaces en la reducción de la probabilidad de realizar cualquier comportamiento sexual de riesgo (Herbst et al., 2007).

En México las intervenciones para fomentar el uso correcto y consistente del condón han sido educativas y de entrenamiento conductual, incluyen brindar conocimientos sobre VIH, ITS, uso de condón y emplean técnicas como modelamiento, juego de roles y retroalimentación correctiva, su efecto ha incrementado la habilidad para el uso correcto del condón y en el desarrollo de habilidades para negociarlo con la pareja (Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, Zhou, 2008; Robles et al., 2006; Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi, 2006; Villarruel, Zhou, Gallegos & Ronis, 2010).

En síntesis, los resultados demuestran que estas intervenciones han sido efectivas en la reducción de conductas sexuales de riesgo hasta en un 23%-25%, y han incrementado el uso del condón hasta en un 50%. Las intervenciones más eficaces incluyen la promoción de destrezas personales y conductuales como traer siempre condones, juego de roles, práctica de habilidades del uso de condón, análisis de obstáculos para el uso de condón, habilidades de solución de problemas, incluir cuatro o más sesiones de intervención, y que la intervención sea individual.

Los estudios que consideran un entrenamiento conductual, deben contar con medidas directas de las habilidades para asegurar que los participantes efectivamente tengan los repertorios conductuales para negociar el uso del condón con su pareja. Se requiere, además, programar el tiempo oportuno para que los participantes practiquen en escenarios reales las habilidades que están siendo entrenadas. Finalmente, para determinar los efectos del entrenamiento conductual sobre las conductas sexuales, se sugiere la inclusión de un período de seguimiento por 6 y 12 meses que permita evaluar si se mantienen tanto las habilidades de comunicación sexual y uso correcto del condón como el autoinforme de su uso (Robles et al., 2006).

Los estudios descritos en esta sección demuestran la atención que han recibido las intervenciones dirigidas a disminuir la transmisión del VIH a través de la reducción de conductas sexuales de riesgo, sobre todo en poblaciones de alto riesgo, y que han tenido resultados favorables, aumentando el uso del condón y disminuyendo el número de parejas sexuales. Aunque existen muchas intervenciones relacionadas con el VIH que se han implementado, relativamente pocas se han dirigido específicamente a la reducción de conductas sexuales de riesgo entre las personas que viven con VIH. La Tabla 2.2 muestra una descripción de las intervenciones dirigidas a este propósito.

Tabla 2.2.*Intervenciones para fomentar conductas sexuales de riesgo en personas con VIH-SIDA.*

		Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Yang, Wu y Xu, 2001.			
Objetivo	Evaluar la eficacia de una intervención para promover el uso del condón en parejas serodiscordantes.			
Muestra	90 parejas (matrimonios) serodiscordantes, de la provincia Anhui en China.	Ninguno	Se asistió a la casa de los participantes a brindar información sobre el uso del condón, entrenamiento en su uso correcto y se les regalaban los preservativos.	84 parejas finalizaron el estudio, con una tasa de seguimiento del 93.3%. La tasa de uso del condón para cada relación sexual en el último mes aumentó de 2.6% antes de la intervención a 71.4% después de la intervención.
Diseño	Pre-test post-test, con seguimiento a 12 meses.			
Referencia	Richardson et al., 2004.			
	Evaluar la eficacia de una intervención breve a través de asesoría sobre sexo seguro proporcionada por los proveedores de servicios médicos de pacientes con VIH durante las visitas médicas.			
Muestra	585 hombres y mujeres, heterosexuales y homosexuales, VIH positivos, sexualmente activos, de 6 clínicas de California.	Ninguno	Dos clínicas implementaron un asesoramiento sobre la práctica de ganancia (con énfasis en las consecuencias positivas de la práctica de sexo seguro), dos clínicas implantaron un asesoramiento sobre la pérdida (con énfasis en las consecuencias negativas del sexo sin protección), y dos clínicas llevaron a cabo una intervención para mejorar la adherencia al TARV (control). La intervención hizo hincapié en la importancia de un enfoque de equipo entre paciente y proveedor de salud ("Alianza para la Salud"), se proporcionaron mensajes sobre las ganancias del sexo seguro (a un grupo) o las pérdidas del sexo desprotegido (a otro grupo). El asesoramiento era breve (3-5 minutos) y se dio en todas las visitas a la clínica durante 10-11 meses.	Los pacientes que recibieron la intervención que se enfocaba a resaltar las consecuencias negativas del sexo desprotegido tuvieron mejores resultados en la reducción de conductas sexuales de riesgo en comparación con la intervención enfocada en las ganancias del sexo seguro y el grupo control. Los cambios se mantuvieron en la fase de seguimiento.
Diseño	Pre-test pos-test y seguimiento a los 7 meses, dos modalidades de intervención y un grupo control. Grupo control: 196 Grupo de ganancia: 175 Grupo de pérdidas: 214			

Continuación Tabla 2.2.

		Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Wingood et al., 2004.			
Objetivo	Evaluar la eficacia de una intervención para reducir las conductas de riesgo de transmisión del VIH e ITS entre mujeres que viven con VIH.	Teoría cognitiva social y Teoría de poder y género.	Grupo experimental: cuatro sesiones grupales de una hora cada una, en dónde se impartió información sobre la transmisión del VIH, se entrenó en habilidades de comunicación y del uso del preservativo. Grupo control: cuatro sesiones grupales, semanales, de una hora cada una, en las que se fomentó adhesión al régimen de alimentación.	Las mujeres del grupo de intervención informaron mayor conocimiento de las conductas de riesgo de transmisión del VIH y menos barreras sociales relacionadas con el uso del condón, tuvieron mayor autoeficacia para el uso del condón y mayor habilidad para usarlo.
Muestra	366 mujeres que viven con VIH, de entre 18 y 50 años de edad, que viven en Alabama y Georgia, Estados Unidos.			
Diseño	Ensayo controlado aleatorizado, seguimiento a los 6 y 12 meses. Grupo experimental: 190 participantes, grupo control: 176 participantes.			
Referencia	Knauz et al., 2007.			
Objetivo	Desarrollar una intervención conductual para reducir los comportamientos sexuales de riesgo y la transmisión del VIH en HSH (Project Enhance).	Modelo de información, motivación y habilidades conductuales	Siete módulos: tener sexo, consumo de drogas, control de estrés, desencadenantes de conductas sexuales de riesgo, cultura y comunidad, revelación, relaciones interpersonales. Se brindó un módulo introductorio de 1 sesión, 4 módulos en 4 sesiones y 4 sesiones de refuerzo. El módulo inicial y las 4 sesiones se llevaron a cabo en los primeros 3 meses, mientras que las 4 sesiones de refuerzo se dieron en intervalos de 3 meses. Cada sesión tuvo una duración de 50 minutos y se llevaron a cabo por un consejero con VIH o un asistente médico. Es una intervención individualizada porque el paciente podía elegir por cuál módulo comenzar.	Se logró diseñar la intervención, integrar los módulos y probar su conveniencia en 10 participantes, con esos resultados se ajustó para volverla a probar en una muestra más amplia. En esta publicación no se evaluó como tal el efecto de la intervención, sólo se obtuvo retroalimentación del contenido de la intervención.
Muestra	25 HSH, VIH+, de la Fenway Community Health, una comunidad para la promoción de la salud en Boston, Massachusetts.			
Diseño	Fase piloto para obtener información acerca de qué módulos eran más adecuados para la intervención. Entrevistas para obtener retroalimentación de la intervención.			

Continuación Tabla 2.2.

	Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Safren, O’Cleirigh, Skeer, Elsesser y Mayer, 2013		
Objetivo	Probar una intervención breve de prevención culturalmente relevante para HSH VIH positivos, que podrían integrarse en la atención del VIH (Project Enhance).		
Muestra	201 HSH VIH positivo que recibían atención para el VIH en un centro comunitario.		
Diseño	Ensayo controlado aleatorizado, un grupo recibió el tratamiento habitual y otro la intervención, seguimiento cada tres meses durante un año.	<p>Modelo de información, motivación y habilidades conductuales</p> <p>La intervención incluyó cinco sesiones de 50 a 90 minutos cada una en el transcurso de 3 meses, una sesión fue para evaluación y cuatro de intervención, después se realizaron sesiones de seguimiento (evaluación y refuerzo) durante un año a las 3, 6, 9 y 12 meses después de la intervención. La intervención fue realizada por trabajadores sociales capacitados y se utilizó un manual que incluía todos los temas revisados, las sesiones se llevaban a cabo en el mismo formato. Los módulos que contenía la evaluación fueron: 1) Evaluación: cada participante tuvo una entrevista con el trabajador social para obtener información generar un clima de confianza para el trabajo, el tema central eran las preocupaciones relacionadas con el VIH, pero la sesión se dejaba abierta por si el participante deseaba hablar de algún otro tema; 2) Teniendo sexo: se brinda información sobre la transmisión del VIH. Después de estos módulos el participante seleccionaba tres módulos que considerara más relevantes para sus necesidades: 3) Drogas de diversión, 4) Control de estrés, 5) Detonantes, 6) Cultura, comunidad y usted, 6) Revelación, 7) Conseguir las relaciones que quiere.</p> <p>La condición de comparación incluyó el tratamiento habitual brindado en el centro comunitario. Las mediciones y seguimientos se realizaron en los mismos periodos de tiempo.</p>	Los participantes, sin importar la condición de estudio, reportaron reducción en sus conductas sexuales de riesgo, sin efecto diferencial significativo dependiendo de la condición. Al examinar los moderadores, la intervención fue particularmente efectiva en la reducción de conductas sexuales de riesgo para aquellos que tenían síntomas depresivos.

Continuación Tabla 2.2.

	Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Saleh-Onoya et al., 2009.		
Objetivo	Evaluar una intervención educativa dirigida a mejorar las habilidades de afrontamiento y el uso consistente del condón entre las mujeres seropositivas.		
Muestra	120 mujeres VIH positivas de cinco centros de atención primaria en la provincia del Cabo Occidental, Sudáfrica; mayores de 18 años que hubieran tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.	Ninguno.	
Diseño	Pre-test post-test con grupo control y seguimiento a los 9 meses. Condición de intervención: 54 mujeres Condición control: 66 mujeres.	<p>La intervención consistió en 4 sesiones semanales de 4 horas cada una para reducir conductas sexuales de riesgo y dar entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Sesión 1: se centró en mejorar la autoestima, ampliar las redes de apoyo y mantener el apoyo social. Sesión 2: se discutieron diferentes estilos de comunicación y los posibles resultados de cada opción, se utilizó juego de roles para demostrar y reforzar la comunicación asertiva. Sesión 3: se centró en el fortalecimiento del conocimiento de la infección y la reinfección de VIH e ITS, las participantes discutieron estrategias para negociar el uso del condón con sus parejas sexuales; aprendieron habilidades para el uso correcto del condón mediante la observación la práctica con modelos de penes. Sesión 4: se diferenciaron las relaciones saludables y no saludables, abuso en las relaciones (sexual, emocional o físico) y los métodos para solución de problemas en la relación.</p> <p>La condición de control consistía en dar durante una sesión de cuatro horas mensajes de motivación sobre el desarrollo de una actitud positiva ante la vida a pesar de los desafíos de vivir con VIH.</p>	Se encontró una reducción en la incidencia de ITS en el grupo que recibió la intervención durante el seguimiento; el uso del condón no fue significativamente diferente entre los grupos en el pos-test, pero se concluyó que la intervención tuvo un efecto positivo en la adherencia al tratamiento de las ITS.

Continuación Tabla 2.2.

		Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Coleman, Jemmott, Jemmott, Strumpf y Ratcliffe, 2009.		Cuatro sesiones semanales de 12 minutos cada una, los participantes se asignaron al azar a los grupos.	
Objetivo	Evaluar una intervención para reducción el riesgo de transmisión del VIH, al incrementar el uso consistente del condón.		Grupo de disminución de riesgo del VIH: incluyó información sobre discriminación, efectos secundarios del tratamiento y comorbilidad del VIH con enfermedades propias del envejecimiento. Se entrenó en habilidades para practicar sexo seguro: uso de condón, negociación del uso del condón, identificación de situaciones favorecedoras de sexo riesgoso, todo esto a través de análisis de videos, discusiones y juego de roles.	Los hombres en el grupo de reducción de riesgo en comparación con el de fomento a la salud, fueron dos veces más propensos a usar condones de forma consistente durante las relaciones sexuales anales y a tener menos parejas sexuales, al final de la intervención y durante los tres meses de seguimiento.
Muestra	60 HSH adultos mayores (50-72 años), VIH+, afroamericanos, con vida sexual activa.	Teoría Social Cognitiva, Teoría de la acción		
Diseño	Diseño de medidas repetidas con grupo control y experimental, con línea base, medición inmediata después de la intervención, y tres meses después de la intervención (seguimiento).	razonada y Teoría de conducta planeada.	Grupo de fomento de la salud: hizo hincapié en la importancia de la prevención, detección temprana y control de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes y cáncer), se les enseñó que estas enfermedades se pueden prevenir mediante un cambio conductual, (actividad física, alimentación saludable, evitar fumar y el abuso de alcohol y drogas).	

Continuación Tabla 2.2.

	Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Markhama, Shegoga, Leonardb, Buia y Paulb, 2009.		
Objetivo	Evaluar la intervención "+ CLICK", basado en la web, para reducir el riesgo de transmisión sexual en jóvenes VIH positivos como un complemento a la intervención clínica tradicional basada en educación.	La intervención "+ CLICK" es una aplicación para internet, desarrollada en Adobe Flash que incluyó actividades animadas e interactivas entre pares. La aplicación está diseñada para que los pacientes accedan a través de la web durante su visita a la clínica. El primer paso es que el paciente complete algunos datos sociodemográficos y un cuestionario sobre su conducta sexual, de tal manera que se crea un perfil y de acuerdo a ese perfil se le presenta las actividades de la aplicación, es decir se adaptan de acuerdo al género, edad, experiencia sexual.	Los resultados indican una tendencia de incremento en la percepción de la importancia y la autoeficacia sobre abstinencia o esperar hasta ser mayores para tener relaciones sexuales, además se observó en el post-test un incremento significativo en la percepción de autoeficacia para usar preservativo.
Muestra	32 adolescentes y jóvenes (13 a 24 años) VIH positivos, de dos ciudades del sureste de Estados Unidos.	Teoría Social Cognitiva y la Terapia Breve de Autorregulación y Motivación.	
Diseño	Pre-test post-test un solo grupo al que se le administró la intervención.		

Continuación Tabla 2.2.

	Modelo teórico	Intervención	Resultados
Referencia	Cornman et al. 2008		
Objetivo	Evaluar la viabilidad, fidelidad, y eficacia de una intervención para prevenir la transmisión del VIH en pacientes ya infectados.		
Muestra	152 hombres y mujeres VIH positivos de KwaZulu-Natal, Sudáfrica.		
Diseño	Pre-test pos-test con grupo control. Grupo experimental: 103 Grupo control: 49	Modelo de información, motivación y habilidades conductuales.	
		La intervención fue impartida por consejeros durante las visitas clínicas, en aproximadamente 6 meses. Consistió en debates sobre los comportamientos de riesgo de los pacientes, utilizaron técnicas de entrevista motivacional: discusión sobre sexo seguro, evaluación del comportamiento de riesgo del paciente, determinar la importancia que tiene para el paciente cambiar los comportamientos de riesgo, determinar el grado de confianza en que el paciente puede cambiar los comportamientos de riesgo, identificar la información, la motivación, las habilidades de comportamiento, y otras barreras para la práctica de manera consistente de un comportamiento seguro, discutir estrategias específicas para superar estas barreras, negociar una reducción del riesgo con un plan de acción con el paciente y finalmente poner en práctica el plan de acción. Los participantes en la condición de control recibieron la atención “normal” que consistía en brindar información sobre el VIH, el TARV, la adherencia al medicamento y sobre nutrición.	Los pacientes en la condición de control informaron un aumento en el número promedio de encuentros sexuales no protegidos en un período de 6 meses, los pacientes en la condición de intervención reportaron un aumento de encuentros sexuales protegidos.

Es importante mencionar que también se han desarrollado y evaluado intervenciones para disminuir la transmisión parenteral, éstas han sido básicamente, conductuales y cognitivo-conductuales dirigidas a UDI VIH positivos, y han tenido resultados efectivos (Avants, Warburton, Hawkins & Margolin, 2000; Kang, Deren, Andia, Colón & Robles, 2004; Robles et al., 2004; Shoptawa, 2005).

Las intervenciones para promover conductas sexuales seguras, principalmente se enfocan en promover el uso correcto y consistente del condón. La mayoría están dirigidas a personas que aún no tiene el diagnóstico de VIH, siendo pocas las que se han dirigido a personas que ya tienen VIH (Coleman et al., 2009; Cornman et al., 2008; Knauz et al., 2007; Markhama et al., 2009; Safren et al., 2012; Saleh-Onoya et al., 2009; Wingood et al., 2004; Yang et al., 2001).

Los estudios que han evaluado las intervenciones (tabla 2.2) muestran resultados favorables en relación a la disminución de conductas de riesgo, específicamente en el incremento del uso del condón en los contactos sexuales con penetración al finalizar las intervenciones y en el seguimiento (de tres a 12 meses), sin embargo presentan algunas limitaciones como:

- 1) La mayoría se han dirigido a poblaciones de riesgo (HSH, UDI, TS), principalmente en Estados Unidos y países de África (Coleman et al., 2009; Knauz et al., 2007; Safren et al., 2013), en México los estudios que evalúan intervenciones dirigidas a modificar conductas de riesgo se han enfocado a la prevención primaria, principalmente entre adolescentes, y personas que no tienen la infección (Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, Zhou, 2008; Robles et al., 2006; Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi, 2006; Villarruel, Zhou, Gallegos & Ronis, 2010).

- 2) Las intervenciones se dirigen principalmente a brindar información y al entrenamiento en habilidades específicas como poner un condón o negociar su uso;

la presencia de creencias equivocadas y “mitos” sobre la infección por VIH y reinfección, sobre todo a partir de la aparición del TARV, no se corrigen, a pesar de los estudios que indican que estas creencias puede llevar a las PVVIH a no usar condón y que aunque es cierto que una persona bajo TARV que logre control virológico disminuye en gran medida la probabilidad de transmisión del VIH, es indispensable el uso del condón porque existe el riesgo de adquirir otras ITS o de una reinfección.

3) Sólo una de las intervenciones incluyó la revelación del diagnóstico como un tema a abordar en la intervención.

4) La mayoría son intervenciones grupales, que tienen como principal desventaja que es más probable que se presente deseabilidad social en los participantes, sobre todo ante temas tan íntimos como las conductas sexuales.

5) Pocas intervenciones toman en cuenta la relevancia del manejo de las emociones negativas para el cambio conductual y el mantenimiento de éste a largo plazo.

En relación al último punto, se ha documentado consistentemente cómo la depresión influye negativamente en las conductas de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas, en el caso del VIH no es diferente. Koblin (2004) encontró que la depresión influyó de manera negativa en los resultados de una intervención conductual para disminuir conductas sexuales de riesgo en hombres homosexuales. En estudios recientes también realizados en hombres heterosexuales Safren et al. (2009) encontraron que la depresión aumenta la probabilidad de que los pacientes realicen conductas sexuales de riesgo y además afecta el grado en el que los pacientes pueden beneficiarse de las intervenciones de prevención del VIH. Esto es de gran relevancia para el diseño de intervenciones encaminadas a la prevención

del VIH, ya que escasas intervenciones dirigidas a la disminución de conductas sexuales de riesgo incluyen el manejo emocional asociado a la enfermedad y a la revelación del diagnóstico.

Lo anterior revela que, a pesar de la infinidad de intervenciones efectivas para disminuir conductas sexuales de riesgo y prevenir la transmisión del VIH, son pocas las intervenciones con este mismo fin pero dirigidas a pacientes ya infectados; estas pocas intervenciones, aunque han tenido resultados favorables tanto de forma inmediata a la intervención como en los seguimientos, no incluyen aspectos como la revelación del estado serológico, el manejo de síntomas depresivos y la satisfacción en la relación de pareja. Resulta relevante el estudio de las variables anteriores, ya que se relaciona con las conductas sexuales de riesgo y son un elemento que puede favorecer el mantenimiento del cambio conductual y, en general, favorecer la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH.

Capítulo 3

Revelación del estado serológico de VIH

Una variable fundamental en la reducción del riesgo de transmisión del VIH es la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales de la persona seropositiva, ya que a partir de esta información se pueden tomar decisiones acerca del contacto sexual y medidas que van desde el uso del condón hasta la búsqueda de atención médica (UNAIDS, 2008b).

La revelación es definida como el acto de revelar el propio estado de VIH a otra persona o a un grupo (UNAIDS, 2000), el término “revelación” (“disclosure” en inglés) se ha utilizado en el contexto de la prevención del VIH principalmente para personas con seropositividad al VIH. La revelación puede ser: 1) voluntaria y directa, cuando es la propia persona seropositiva la que informa a otra sobre su condición; 2) voluntaria e indirecta, cuando otra persona (por ejemplo, médico, familiar, amigo) informa a los demás sobre la condición de seropositividad del paciente con el consentimiento de éste; 3) involuntaria, cuando otra persona (por ejemplo, familiar, amigo) informa a los demás sobre la condición de seropositividad del paciente sin el consentimiento de éste (ONUSIDA, 2008b; Przybyla, 2009).

La revelación beneficiosa es voluntaria, respeta la autonomía y dignidad de las personas afectadas, mantiene la confidencialidad a niveles apropiados, produce resultados positivos para el individuo, su pareja sexual o de consumo de drogas y su familia; genera una mayor apertura de la comunidad respecto al VIH y cumple imperativos éticos con el fin de aportar el máximo beneficio a las personas tanto infectadas como no infectadas (ONUSIDA, 2001).

3.1. Patrón de revelación del estado serológico de VIH

Dos de las principales razones por las que la revelación del estado serológico a las parejas sexuales es un elemento crítico en los programas de prevención del VIH son: 1) la revelación podría aumentar la probabilidad de prácticas sexuales seguras y por lo tanto disminuir el riesgo de contraer ITS o de reinfección del VIH; 2) las personas que se enteran que su pareja es VIH positiva pueden buscar realizarse la prueba diagnóstica para conocer su estado serológico (Pinkerton & Galletly, 2007; Przybyla, 2009).

Cuando las personas VIH positivas no informan de su estado serológico a sus parejas, estos pueden subestimar su propio riesgo y, posteriormente, tener menos conductas de autocuidado. Por lo tanto, la importancia de la no revelación en términos de la salud pública, estriba tanto en la prevalencia como en la peligrosidad de los comportamientos de riesgo, es decir, no se sabe la extensión en la que las relaciones sexuales sin revelación son desprotegidas (Driskell, Salomon, Mayer, Capistrant & Safren, 2008; Kumar et al., 2007; Przybyla, 2009).

Estudios muestran que el no revelar la condición de seropositividad a por lo menos algunas de las parejas sexuales es una práctica común, se calcula que más del 20% de los pacientes no revelan su estado, pero este porcentaje varía dependiendo a quién se revele, es decir, si se revela a familiares, amigos o parejas, siendo más probable la revelación a parejas estables y amigos cercanos (Medley, Garcia-Moreno, McGill, & Maman, 2004; Kumar et al., 2007; Zea, Echeverri, Poppen & Bianchi, 2008, Were et al., 2008).

Makhlouf, Baijal y Pegurri (2011) realizaron una revisión de artículos sobre la frecuencia y el objetivo de la revelación (a quién se revela), incluyeron 231 estudios (de enero de 1997 a octubre de 2008), los cuales tenían las siguientes

características: 157 estudios fueron de países de alto ingreso económico, principalmente de los Estados Unidos; la mayoría de los estudios en países con ingresos bajos y medios (49 de 76) fueron de África Subsahariana; 98 estudios se llevaron a cabo sólo en heterosexuales adultos de ambos sexos; 49 en mujeres, y 35 HSH; 134 fueron cuantitativos, 74 fueron cualitativos: entrevistas a profundidad, grupos focales y 11 fueron mixtos. En la Tabla 3.1 se presenta los resultados del meta-análisis realizado por Makhlouf et al. (2011), se resumen los estudios que han evaluado el grado de revelación del estado serológico de las personas que tienen VIH, se excluyeron los estudios en población de niños y UDI con VIH.

Tabla 3.1.*Porcentajes de revelación del estado serológico por las personas con VIH.*

Población	No. de estudios	% de revelación	% de revelación a la pareja	% de revelación a la familia	% de revelación a los amigos
Estados Unidos					
Adultos					
D'Angelo, Abdalian, Sarr, Hoffman y Belzer, 2001; Kalichman, DiMarco, Austin, Luke y DiFonzo, 2003; Kalichman y Nachimson, 1999; Lee, Rotheram-Borus y O'Hara, 1999; Mohammed y Kissinger, 2006; Niccolai, Dorst, Myers y Kissinger, 1999; Niccolai, King, D'Entremont y Pritchett, 2006; O'Brien et al., 2003; Weinhardt et al., 2004; Wiener y Battles, 2006.	10	82	56-81 25 pareja ocasional 74 pareja estable	70-87 77-79 al padre 30-75 a padres 32-62 a niños	26-88
Hombres					
Crepaz y Marks, 2003; Stein et al., 1998.	2		53-60		
Mujeres					
Armistead, Morse, Forehand, Morse y Clark, 1999; Ateka, 2006; Comer, Henker, Kemeny y Wyatt, 2000; Gielen et al., 2000; Gielen, O'Campo, Faden y Eke, 1997; Serovich, Craft y Yoon, 2007; Simoni, Demas, Mason, Drossman y Davis, 2000; Sowell et al., 1997; Sowell, Seals, Phillips y Julious, 2003.	9	96-100	68-92	60-84 66-81 a la madre 25-51 al padre	28-83
HSH					
Carballo-Dieguez, Miner, Dolezal, Rosser y Jacoby, 2006; Hart, Wolitski, Purcell, Parsons y Gomez, 2005; Klitzman et al., 2007; Marks y Crepaz, 2000; Parsons et al., 2005; Patel et al., 2003; Serovich, Esbensen y Mason, 2005; Simon et al., 2008; Weinhardt et al., 2004; Wolitski, Rietmeijer, Goldbaum y Wilson, 1998; Zea, Reisen, Poppen, Bianchi y Echeverry, 2005; Zea, Reisen, Poppen, Echeverry y Bianchi, 2004.	12	80-97	54-80 38-42 a pareja ocasional	50 37-67 al padre	85
Europa					
Adultos					
Amirkhanian, Kelly y McAuliffe, 2003; Åsander, Belfrage, Pehrson, Lindstein y Björkman, 2004; Elford, Ibrahim, Bukutu y Anderson, 2008; Erwin, Morgan, Britten, Gray y Peters, 2002; Levy et al., 1999; Petrak, Doyle, Smith, Skinner y Hedge, 2001; Preau, Bouhnik, Roussiau, Lert y Spire, 2008; Spire, Bouhnik, Obadia y Lert, 2005.	8	85-97	88-97	53-77	57-79
Mujeres					
Forbes et al., 2008.	1		81		

Continuación Tabla 3.1.

Población	No. de estudios	% de revelación	% de revelación a la pareja	% de revelación a la familia	% de revelación a los amigos
África Subsahariana					
Adultos					
Akani y Erhabor, 2006; Denison, McCauley, Dunnett-Dagg, Lungu, Sweat, 2008; Deribe, Woldemichael, Wondafrash, Haile y Amberbir, 2008; Grinstead, Gregorich, Choi y Coates, 2001; King et al., 2008; Lugalla, Madihi, Sigalla, Mrutu y Yoder, 2008; Maman, Mbwambo, Hogan, Kilonzo, y Sweat, 2001; Olley, Seedat y Stein, 2004; Ouedraogo, Ouedraogo, Ouedraogo, Kyelem y Soubeiga, 2005; Sethosa y Peltzer, 2005; Sigxashe, Baggaley y Mathews, 2001; Skogmar et al., 2006.	12	22-96	28-91	60-75	6-43
Mujeres					
Antelman et al., 2001; Bobrow et al., 2008; Brou et al., 2007; Farquhar et al., 2001; Gaillard et al., 2002; Issiaka et al., 2001; Kilewo et al., 2001; Kuhn, Mathews, Fransman, Dikweni y Hussey, 1998; Maman et al., 2003; Nebie et al., 2001; Varga, Sherman y Jones, 2006; Visser, Neufeld, de Villiers, Makin y Forsyth, 2008.	12	22-94	17-90	20-22	15
Asia					
Adultos					
Chandra, Deepthivarma y Manjula, 2003; Li et al., 2007; Mulye, Raja, Menon, Pereira y Barnes, 2005; Taraphdar, Dasgupta y Saha, 2007.	4	35 sin consentimiento voluntariamente	70	78	7
Hombres					
Ko et al., 2007.	1	72			
Mujeres					
Manopaiboon et al., 1998; Sugadev, Swaminathan y Devaraj, 2008.	2		37-84	34	34
El Caribe					
Adultos					
Bouillon et al., 2007.	1	70	85	56	

Los resultados de este meta-análisis convergen en torno a ciertos puntos clave. La revelación selectiva es la estrategia más frecuente, una minoría de personas caen en el rubro “nunca revelan” o “siempre revelan”, la toma de decisiones acerca de revelar se hace constantemente y cambia con el tiempo. Los individuos sopesan los riesgos (el miedo al abandono y la discriminación) y los beneficios (apoyo social) de la revelación antes de tomar una decisión; además toman en cuenta el tipo de relación, la confianza, las emociones, percepciones de sí mismo y de la enfermedad. Aunque la revelación es difícil, pocas personas mantienen su estado VIH positivo como un secreto, los niveles de revelación son generalmente altos, pero los niveles bajos están documentados entre poblaciones particulares como mujeres embarazadas, y mujeres y hombres con parejas ocasionales. La revelación es más frecuente en los países de altos ingresos económicos (países de Europa y Estados Unidos), y hay una mayor variación en la frecuencia de la revelación en los países de bajos y medianos ingresos. Las mujeres dan a conocer su estado serológico más que los hombres, pero las mujeres casadas y embarazadas tienen más problemas para revelar a sus parejas. En conclusión, las decisiones en relación a qué tipo de información revelar, a quién y cuándo es iterativo y selectivo, de tal manera que la revelación parcial y gradual es más común que la revelación total y a todas las personas (Makhlouf et al., 2011).

Otros estudios con resultados interesantes acerca de la revelación que no se incluyeron en el meta-análisis antes descrito se presentan a continuación.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2005), realizó un estudio en PVVIH en Tanzania y encontró que

sólo la mitad de los participantes habían revelado su estado serológico a sus parejas sexuales. Entre los que lo habían hecho, el tiempo promedio desde que se enteraron hasta la revelación fue de 2.5 años para los hombres y de 4 años para las mujeres. La discriminación contribuyó en la posposición para revelar.

Serovich, Craft y Yoon (2007), en un estudio realizado en Estados Unidos con mujeres afro-americanas, encontraron que es más probable que las mujeres revelen su estado serológico en los primeros siete años después del diagnóstico, y es más frecuente que lo revelen a sus madres y hermanas. Estos autores también encontraron que las tasas de revelación no se vieron afectadas por los indicadores de progresión de la enfermedad, la frecuencia del contacto, la proximidad física, o la satisfacción en la relación.

Were et al. (2008) encontraron que el 24% de los pacientes del este de África (Kenia) prefería no revelar su condición de VIH positivo y el 41% de personas VIH negativas que tenían factores de riesgo para contraer la infección no había discutido sobre el tema con su pareja con estado serológico desconocido.

Deribe, Woldemichael, Wondafrash, Haile y Amberbir (2008) realizaron un estudio que tuvo por objetivo determinar los porcentajes, las barreras y factores asociados a revelar el estado seropositivo a las parejas sexuales, entre los usuarios hombres y mujeres de un hospital en el suroeste de Etiopía; encontraron que el nivel general de revelación fue alto: 94.5%; sin embargo, 14.1% de los participantes revelaron de forma retrasada, es decir, después de tener al menos un contacto sexual con su pareja; lo que plantea la posibilidad de riesgo de transmisión si no se utilizó preservativo. El 27% ocultó su

condición de VIH positivo durante algún tiempo después del diagnóstico pero no tuvo relaciones sexuales antes de revelar. A pesar de la elevada tasa de revelación, el 20.6% de los participantes desconocían el estado serológico de su pareja. Las razones dadas para no revelar fueron: el miedo a la reacción de la pareja, no querer que su pareja se preocupe, el miedo a la acusación de infidelidad, y el temor a la violación de la confidencialidad. Las mujeres temían el abuso físico y que atentaran contra su vida. Sin embargo, la mayoría de las personas que revelaron recibieron apoyo y comprensión de sus parejas, lo que sugiere que las personas VIH positivas tienden a sobrestimar los resultados negativos de la revelación.

En un estudio realizado en el sur de China con el objetivo de identificar la proporción de pacientes hombres y mujeres VIH positivos que revelan su estado serológico, se encontró que de 946 participantes el 90.2% revelaron los resultados positivos de su estado serológico a sus parejas sexuales. Este estudio también identificó una diferencia notable entre la proporción de la revelación a las parejas estables (94.8%) y la proporción de la revelación a las parejas ocasionales (13.0%) (Wang et al., 2010).

Más de dos quintos de todos los nuevos asistentes a una clínica en el Caribe no habían revelado su estatus a ninguna otra persona, excepto al proveedor de servicios de salud, además, más de tres cuartos de nuevos usuarios infectados con VIH y sexualmente activos, no habían revelado su estado serológico a una o más de sus parejas sexuales (Kumar et al., 2007).

De esta manera, se observa que el porcentaje de revelación difiere en los diferentes países del mundo y cabe destacar que no se localizaron estudios que evalúen el porcentaje de revelación en población mexicana.

3.2. Teorías sobre le revelación

Se han postulado dos teorías que explican el proceso de la revelación: 1) la teoría de la evolución de la enfermedad y 2) la teoría de las consecuencia de la revelación (Serovich, 2001). La primera propone que la progresión de la enfermedad de VIH a la etapa de SIDA incrementa la probabilidad de que un individuo revele su condición de seropositividad debido a que ya no se puede mantener la enfermedad en secreto. Algunos estudios apoyan esta teoría al demostrar que existe una asociación entre el incremento de la gravedad de los síntomas, el deterioro físico y la hospitalización, con una mayor probabilidad de revelar (Hays et al, 1993; Marks et al, 1992; Mason et al, 1995). Sin embargo, la investigación sobre la progresión de la enfermedad y la revelación en relación a las parejas sexuales no ha demostrado esta relación. También es posible que la relación entre la progresión de la enfermedad y la revelación pueda ser menos evidente con el aumento de la disponibilidad y el uso del TARV. Debido a que el VIH se ha convertido en una infección relativamente crónica controlable, los pacientes viven más tiempo, tienen vidas más saludables y productivas desde la aparición del TARV, y en consecuencia la teoría de la evolución de la enfermedad puede ser menos plausible de lo que era en los primeros años de la epidemia.

La teoría de las consecuencias sugiere que la revelación del estado serológico se produce una vez que los beneficios por revelar son mayores que los costos asociados (Serovich, 2001). Esta teoría se basa en los supuestos de la teoría del intercambio social, que postula que los individuos evitan relaciones interpersonales costosas y buscan interacciones gratificantes (Thibaut & Kelley, 1959). Según esta teoría, el individuo toma una decisión acerca de revelar o no su estado serológico una vez que evalúa

las consecuencias negativas y positivas de la revelación. La teoría de las consecuencias retoma la teoría de evolución de la enfermedad y reconoce que la revelación es más probable cuando se empiezan a manifestar los síntomas y cambia la apariencia física, pero el individuo siempre toma en cuenta las posibles reacciones que tendrán aquellos a quienes revelarán (Serovich, 2001). La teoría de las consecuencias ha encontrado apoyo en estudios que sugieren que un individuo evalúa los beneficios y los costos asociados a la revelación antes de realizarla (Derlega, Winstead, Greene, Serovich & Elwood, 2002; Emler, 2006; Serovich, 2001).

Serovich (2001) sostiene que comprender los patrones de revelación a las parejas sexuales es necesario para contribuir a la prevención del VIH. Los patrones de revelación a la pareja, las recompensas y los costos asociados, son muy diferentes a los de la revelación a miembros de la familia, amigos o profesionales de la salud. Algunas variables relacionadas son el tipo de relación y la duración, las cuales deben tomarse en cuenta al aplicar la teoría de las consecuencias y comprender mejor los patrones de revelación. Además, dado que la revelación de la serología a las parejas sexuales, no la llevan a cabo todas las personas seropositivas, la comprensión de las barreras de la revelación es fundamental para fomentar relaciones sexuales más seguras.

3.3. Barreras y facilitadores de la revelación

Existen numerosos factores que influyen en las decisiones con respecto a cuándo, cómo, y a quién revelar. Generalmente hay dificultades prácticas y psicológicas para la revelación, por el impacto emocional que genera la enfermedad y por el estigma social asociado. Las decisiones acerca de la

revelación del estatus de VIH positivo implican ansiedad, miedo y vergüenza (Driskell, Salomon, Mayer, Capistrant & Safren, 2008; Kumar et al., 2007).

Entre los factores que dificultan a las PVVIH revelar su estado serológico, se encuentran las consecuencias psicológicas que acompañan a la revelación, especialmente la discriminación, el temor al rechazo y al abandono. A pesar de que estos temores pueden ser miedos percibidos o anticipados, existen consecuencias psicosociales reales de la revelación como la discriminación. Además, hay consecuencias sociales prácticas como la posible pérdida de oportunidades sexuales, el rechazo por parte de la pareja, amigos y familiares y el no recibir apoyo económico, emocional o instrumental para afrontar la enfermedad (Kumar, et al., 2007; Were et al., 2008).

Otro factor que influye para que las PVVIH no revelen su condición es el temor a que las personas a quienes se reveló no respeten la confidencialidad y compartan la noticia con otros sin el consentimiento de la PVVIH, lo que puede ocasionarles en sus círculos inmediatos discriminación y estigma por ser seropositivos, especialmente si la relación no es estable (Campero et al., 2010).

En el caso de las mujeres que viven con VIH, el miedo a la discriminación es aún mayor y está presente en la vida cotidiana; el temor de revelar el diagnóstico radica en el miedo sobre la violencia, el juicio social, la humillación, la vergüenza y el temor al rechazo (Ferreira & Izumi, 2008).

En el caso de HSH, los factores identificados como obstáculos para no revelar su seropositividad al VIH incluyen el miedo al rechazo, miedo a que no se respete la confidencialidad, posible pérdida de oportunidades sexuales,

el que la pareja sea VIH negativa o de estado serológico desconocido, y que se trate de una pareja sexual ocasional (Driskell et al., 2008).

En general, se ha encontrado que la revelación a las parejas sexuales ocasionales es significativamente menos común en comparación con la revelación a parejas sexuales estables, por lo que puede concluirse que los individuos pueden sentir diversos niveles de responsabilidad con diferentes parejas. La responsabilidad sexual y la revelación honesta de los individuos seropositivos sigue siendo central en la prevención del VIH (Driskell et al., 2008a; Kumar et al., 2007; Makhoul et al., 2011; Przybyla et al., 2013; Serovich, 2001; Simon et al., 2008; Tom, 2013; Wang et al., 2010; Were et al., 2008; Zea et al., 2008).

Simon et al. (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la relación entre la revelación a las parejas ocasionales, los factores demográficos y los marcadores clínicos de la enfermedad. Participaron 675 HSH VIH positivos de seis ciudades de Estados Unidos. Se encontró que la revelación a la pareja estable era muy común, pero que 525 de los participantes tenían parejas ocasionales y la revelación a estas parejas fue variable, 132 (30%) informaron no revelar a nadie, 138 (31%) a algunos y 175 (39%) a todos. Una mayor revelación se asoció con ser de raza blanca, decir su preferencia sexual, el recuento de células T CD4, carga viral detectable, años desde el diagnóstico y el número de parejas sexuales.

Los factores asociados a una mayor probabilidad de revelación del estado serológico son: la autoeficacia para revelar y la intención de revelar, así como el reportar un menor número de parejas sexuales. Los cambios en el estado de la enfermedad (recuento de T CD4, carga viral, el diagnóstico de SIDA) también puede afectar la revelación del estado serológico mediante la

modificación de creencias y percepciones acerca de la responsabilidad de la transmisibilidad (Kalichman et al., 2001; Simon et al., 2008).

3.4. Revelación y su relación con otras variables

3.4.1. La revelación y la adherencia al TARV.

La revelación se ha asociado con recibir apoyo social y con una mejor adherencia al TARV. La relación entre el apoyo social y la adherencia al TARV, pone de relieve la revelación de estado serológico, ya que con el fin de recibir apoyo directo, práctico y emocional para vivir con el VIH-SIDA, se debe revelar la condición de seropositividad a los demás (Stirratt et al., 2006). La revelación representa una condición previa para la obtención de apoyo social para el cumplimiento del TARV y otras indicaciones médicas. Los estudios han determinado que la revelación de la serología predice un mayor apoyo social entre hombres y mujeres VIH positivos (Kalichman et al., 2003), hombres latinos homosexuales y bisexuales (Zea, Reisen, Poppen, Bianchi & Echeverry, 2005).

Aunque la revelación del estado serológico representa un elemento esencial en la obtención de apoyo social para el cumplimiento del TARV, puede invitar a la estigmatización y la discriminación. La anticipación o la experiencia de estigmatización y discriminación conducen a que muchas PVVIH perciban el revelar como un dilema significativo y recurrente en sus vidas. Por lo tanto, muchas personas VIH positivo realizan la revelación de una manera selectiva que busca equilibrar los intereses en conflicto respecto a la consecución de resultados positivos (por ejemplo, acceder al apoyo, fomento de la confianza) y la evitación de las consecuencias negativas (por

ejemplo, la experiencia de la discriminación, la pérdida de la intimidad) (Stirratt et al., 2006).

La revelación tiene otras formas de asociación con la adherencia al tratamiento: 1) algunos pacientes han informado dejar de tomar algunas dosis de medicamentos debido a la preocupación de que este acto manifiesta su condición de VIH positivo a los demás y da lugar posteriormente a la estigmatización; 2) la no revelación podría proteger a las PVVIH de la estigmatización, pero también puede reducir el acceso al apoyo social, que puede poner en peligro los comportamientos de adhesión; 3) los efectos secundarios de los medicamentos se relacionan con la preocupación por la revelación de una manera compleja, por ejemplo, la lipodistrofia puede estar asociada con sentimientos de ser visualmente reconocido como VIH positivo y la posterior falta de adherencia. Al mismo tiempo, algunos individuos VIH positivos informan ser adherentes al tratamiento antirretroviral porque su impacto terapéutico les ayuda a “pasar” por personas aparentemente sanas (Stirratt et al., 2006).

Cuando la condición de seropositividad es revelada y el miembro negativo toma un rol de acompañamiento y apoyo se ve facilitada la adherencia al tratamiento. Por el contrario, cuando el miembro negativo evade, niega o simplemente no acompaña, se producen efectos desfavorables en la adhesión al tratamiento (Bilder, 2008).

El que la pareja desconozca el estado serológico implica que ésta no puede ser partícipe en la realización de conductas de autocuidado, y que el paciente para ocultar su condición, no realice ciertas indicaciones terapéuticas necesarias en el tratamiento de la infección. Bajo estas

condiciones, los pacientes pueden vivir con anticipación bajo el supuesto rechazo, imposibilitando el apoyo de su pareja, siendo esta una variable que incide en la no adherencia al tratamiento y en usar estilos de afrontamiento poco adaptativos ante la enfermedad, como evitación, comportamiento pasivo, resignación pasiva (Deichert, Fekete, Boarts, Druley & Delahanty, 2008; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña, & Dávila, 2009), con las consecuencias clínicas y económicas que esto conlleva.

A su vez, las estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y las emociones negativas como la depresión también se han asociado a menor adherencia al tratamiento (que lleva a un progreso más acelerado de la enfermedad) (Gonzalez, Batchelder, Psaros & Safren, 2011; Sánchez-Sosa et al., 2009) y más conductas sexuales de riesgo, lo que complica la situación de las PVVIH (Deichert et al., 2008).

3.4.2. La revelación y las prácticas sexuales.

Los estudios que evalúan la relación entre la revelación del diagnóstico de VIH y las conductas sexuales seguras, específicamente el uso del condón, han mostrado resultados contradictorios (Simoni & Pantalone, 2004), a pesar de su relación teórica. Aclarar la relación entre la revelación y el uso del condón es de gran relevancia ya que ambas variables están asociadas a la prevención secundaria en VIH-SIDA.

Por un lado, se ha encontrado que la revelación de la condición de VIH positivo a las parejas sexuales puede reducir el riesgo de transmisión en parejas serodiscordantes y de reinfección en parejas seroconcordantes; sin

embargo, la asociación entre la revelación y las conductas sexuales de riesgo es compleja porque varía según la PVVIH, el tipo y número de parejas y otros factores situacionales (Simon et al., 2008). En un estudio en HSH encontraron que los hombres que no revelan su estado serológico o que lo hacen de manera inconsistente a sus parejas sexuales ocasionales, comparados con los que revelan consistentemente, tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales anales sin protección (Simon et al., 2008).

Pinkerton y Galletly (2007) encontraron que no revelar el estado serológico a las parejas sexuales se ha identificado como un predictor de conductas sexuales sin protección entre los HSH. La revelación del estado serológico respecto al VIH se asocia con un aumento en el uso del condón con parejas seronegativas o de estado serológico desconocido, pero también se asocia con una disminución en el uso del condón con parejas seropositivas.

Benotsch et al. (2012) realizaron un estudio en 310 PVVIH que habían ocultado su estado serológico de VIH a su parejas sexuales en algún momento desde su diagnóstico, comparándolas con las PVVIH que habían revelado su diagnóstico; y encontraron que las que habían ocultado su diagnóstico tenían más conductas de riesgo como no usar condón y tener relaciones sexuales anales o vaginales con parejas VIH negativas o cuyo estatus de VIH era desconocido.

Jacobs, Kane y Ownby (2013), en un estudio con 420 HSH VIH positivos, encontraron que no decir a las parejas sexuales su estatus de VIH positivos fue un predictor del sexo anal sin protección (OR=3.2, IC95%=1.5 a 6.5). Otras de las variables predictoras del no uso de condón fueron: menor

edad (OR=0.96, IC95%= 0.9-0.9) la búsqueda de parejas en lugares exclusivos para tener sexo como bares o cabinas (OR=2.8; IC 95%=1.1 a 6.8), y tener problemas de erección (OR=10.3; IC95%=2.8-37.8).

King et al. (2008) partiendo de la que la revelación del estado serológico de VIH a las parejas sexuales apoya la reducción de riesgos y facilita el acceso a los servicios de prevención y atención, realizaron un estudio para corroborarlo. De 1,092 participantes incluidos en el estudio, el 42% eran sexualmente activas y de este porcentaje, el 69% había revelado su diagnóstico a su pareja sexual más reciente. Los resultados demuestran que la revelación se asocia con: estar casado, haber asistido a una clínica de atención a la salud en los últimos dos años, aumento en el uso del condón, y el conocimiento del estado serológico de la pareja.

Pinkerton y Galletly (2007) desarrollaron un modelo matemático con el que hacen estimaciones de la efectividad de la revelación como una estrategia de prevención, para identificar formas en las que la revelación pueda ser más efectiva para reducir el riesgo de transmisión del riesgo. Su propuesta es: asumiendo que se dé un solo contacto sexual entre la persona VIH positiva y su pareja sexual, el marco propuesto para evaluar la eficacia de la revelación es: el riesgo de transmisión de VIH es igual a $(1 - ED) c$, donde D es la tasa de la revelación, E es la eficacia de la reducción del riesgo de la revelación, y c es el riesgo de transmisión del VIH en la ausencia de revelación. Los hallazgos principales del estudio sugieren que la reducción moderada en el riesgo de transmisión del VIH se puede lograr mediante el aumento de la revelación del estado serológico, con independencia de los

correspondientes cambios en el uso del condón, aunque éste puede mejorar aún más la efectividad de la revelación.

Por otro lado, Kumar et al. (2007) encontraron que en cuanto a la actividad sexual, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de contactos sexuales protegidos entre aquellas personas que habían revelado su condición de seropositividad a sus parejas sexuales, con respecto a los que no lo habían hecho. En cualquiera de estas dos categorías, únicamente la mitad de los individuos usó condón de manera consistente durante la relación sexual con su pareja estable y poco más de un tercio tuvo contactos sexuales con condón de manera consistente durante la relación sexual con su pareja ocasional; es decir, la revelación por sí misma no trae consigo un cambio automático en la conducta sexual.

En un estudio transversal realizado con 146 jóvenes VIH positivos con vida sexual activa en los últimos tres meses, se encontró que la revelación no se asoció con el uso del condón, otros resultados mostraron que el 40% de los participantes revelaron su diagnóstico a su pareja sexual y que los participantes con múltiples parejas sexuales son menos propensos a revelar su estado serológico que aquellos con una sola pareja (Dempsey, MacDonell, Naar-King & Lau, 2012).

Edwards-Jackson et al. (2012) realizaron un estudio transversal en donde incluyeron a 200 HSH VIH positivos de Bangkok para evaluar si la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales se relaciona con el uso del condón en sus contactos sexuales. Los resultados muestran una baja tasa de revelación del estatus de VIH a las parejas sexuales, sin embargo una alta tasa de uso de condón.

Ante este panorama de resultados contradictorios en cuanto a la relación entre revelación de diagnóstico de VIH y uso de condón, resulta relevante evaluar esta relación bajo la influencia de otras variables que se ha encontrado que influyen en cada una de estas dos variables tan relevantes para la prevención. Por esta razón, a partir de la revisión teórica realizada, se propuso un modelo hipotético que explica la relación entre revelación y uso del condón.

3.5. Modelo hipotético propuesto sobre la relación entre revelación y uso del condón

La revelación del estado serológico a las parejas sexuales es un tema controvertido en la prevención de la transmisión del VIH-SIDA. Como se ha descrito a lo largo del capítulo, algunos estudios han encontrado que el proceso de revelación resulta en mayor apoyo emocional y prácticas sexuales seguras, así como en la aceptación de la condición de VIH positivo, también puede mejorar la adherencia al tratamiento TARV y alentar a las parejas a realizarse la prueba del VIH, lo que puede implicar un diagnóstico y tratamiento tempranos. Sin embargo, otros estudios han encontrado que la revelación expone a las personas seropositivas y sus parejas sexuales a malestar emocional, discriminación, estigma y puede tener un efecto adverso en el funcionamiento psicológico, además de que revelar no necesariamente implica realizar comportamientos sexuales seguros.

Se puede considerar que la revelación del estado serológico a las parejas sexuales tiene un muy papel importante en la prevención de la transmisión del VIH, pero debe de ir acompañada de la realización de conductas sexuales

seguras para asegurar la no transmisión del virus; sin embargo la relación entre estas dos variables es compleja porque depende de varios factores, y esta complejidad es una posible explicación de los resultados contradictorios en las investigaciones en relación a que la revelación incrementa la probabilidad de conductas sexuales seguras.

De esta manera, una de las contribuciones de esta investigación es la propuesta de un modelo hipotético que evalúa la influencia de variables psicológicas -síntomatología depresiva y ansiosa, tiempo de relación de pareja, satisfacción en la relación de pareja, y adhesión al TARV- con respecto a la relación entre la revelación del estado serológico y el uso del condón, de tal forma que se contribuya a la explicación de la compleja relación entre estas dos variables relevantes para la prevención de la infección por el VIH.

Con la revisión realizada y el análisis de qué variables se han considerado como predictoras o facilitadoras de la revelación y cuáles se han descrito pero no se han evaluado sistemáticamente, se propuso el siguiente modelo que explica la relación entre revelación de estado serológico y el uso del condón (Figura 3.1). Las variables de tiempo de relación de pareja y satisfacción en la relación de pareja no aplican para las PVVIH con una pareja ocasional, de esta manera se propuso un modelo para PVVIH con pareja estable (Figura 3.1A) y un modelo para PVVIH con pareja ocasional (Figura 3.1B) que no incluye las variables que no son relevantes en este caso.

El modelo propone que la revelación del estado serológico predice el uso del condón, sin embargo, esta relación esta mediada por:

- El nivel de adherencia al tratamiento médico que tiene una relación positiva con la revelación. La adherencia predice directamente el uso del condón, altos niveles de CD4 y bajos niveles de carga viral.

- La presencia de sintomatología ansiosa y depresiva que tienen una relación positiva, que dificultan la revelación y la adherencia al tratamiento.

En el modelo para PVVIH con pareja estable:

- La calidad de vida en la relación de pareja y la vida sexual que se relacionan de manera positiva, predicen el tiempo de relación, más satisfacción contribuye a establecer una relación más larga.

- El mayor tiempo en la relación de pareja que predice una revelación más rápida.

En el modelo para PVVIH con pareja ocasional:

- La calidad de vida en el área sexual predice una revelación más rápida.

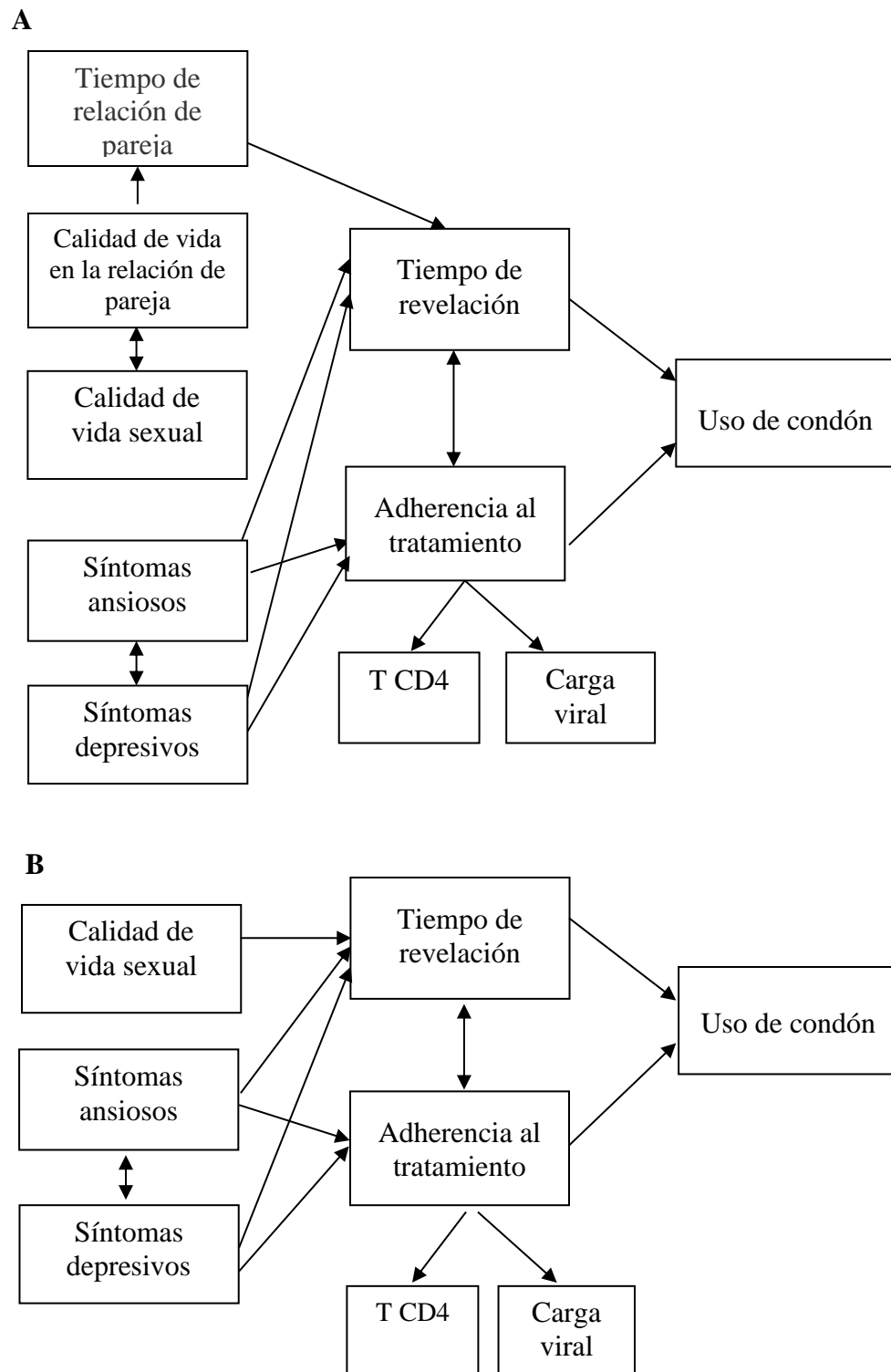


Figura 3.1. Modelos hipotéticos propuestos que explica la relación entre revelación y uso de condón, para A) PVVIH con pareja estable y para B) PVVIH con pareja ocasional.

3.6. Intervenciones para promover la revelación del estado serológico de VIH

A pesar de la potencial importancia de la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en la prevención del VIH, este comportamiento no es un objetivo primordial de las intervenciones dirigidas a las PVVIH. Se ha planteado que los principios de confidencialidad y consentimiento informado han obstaculizado los esfuerzos para promover la revelación del estado serológico como estrategia de prevención de la transmisión del VIH (ONUSIDA, 2001).

Los programas de asesoramiento dirigidos a las PVVIH, deberían incluir esfuerzos orientados a animar, persuadir y apoyar a las PVVIH para que notifiquen su estado serológico a las parejas sexuales (ONUSIDA, 2001), sin embargo esto es complejo por las implicaciones emocionales (p.e. miedo, vergüenza) que conlleva la revelación del diagnóstico y las consecuencias que no en todos los casos son positivas para las PVVIH (p.e. discriminación, rechazo, falta de confidencialidad). Así, las intervenciones en PVVIH que se centran en aumentar la frecuencia de la revelación del estado serológico a parejas sexuales son pocas y no necesariamente reducen la prevalencia del sexo desprotegido. Una descripción de estas intervenciones se presenta en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2.*Intervenciones para fomentar la revelación del estado serológico en relación al VIH-SIDA.*

	Intervención	Resultados	Ventajas	Limitaciones
Referencia	Kairaniaa et al., 2009.			
Objetivo	<p>Reuniones para sensibilización donde se discutían temas: serodiscordancia, beneficios de la revelación y comunicación en la pareja. Después un consejero le daba seguimiento a cada pareja y si aceptaba revelar, se les daba, de manera individual, información y orientación sobre el acceso a servicios de salud y planes de acción para el futuro.</p>	<p>237 PVVIH (80.9%) revelaron su seroestatus y aceptaron asesoramiento individual. La revelación no difirió por la edad, la educación o la ocupación de la pareja infectada. La revelación fue mayor entre las parejas donde la persona infectada discutió previamente el uso del condón en comparación con los que no hicieron, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa</p>	<p>El consejero estaba presente durante la revelación, no hubo autoreporte.</p>	<p>Es difícil generalizar los resultados porque los participantes se auto-seleccionaron y accedieron a la revelación antes de la consejería individual.</p>
Muestra	293 parejas serodiscordantes de una comunidad de África Sub-Sahariana, Rakai, Uganda.			
Diseño	Pretest-postest.			

Continuación Tabla 3.2.

	Intervención	Resultados	Ventajas	Limitaciones
Referencia	Chiassona, Shawb, Humberstonea, Hirshfieldda y Hartel, 2009.	Evaluación inicial (tres meses anteriores a la intervención). La intervención consistió en ver un video con una duración de 9 minutos, en el cual se mostraba una dramatización sobre una situación de alto riesgo para el contagio del VIH (sexo sin protección, ni revelación). Al finalizar la intervención se le pidió a cada participante su opinión sobre el video y su intención de cambiar su comportamiento, así como su correo electrónico que sirvió para contactarlo en tres meses (seguimiento), dónde completaron los cuestionarios de nuevo, y se les preguntó si se habían realizado la prueba, fecha y resultado, así como si habían revelado su diagnóstico.		Fue un estudio no aleatorizado ni controlado, no hubo grupo control, hubo sesgo en el reclutamiento y retención de la muestra. Por tanto no se sabe si el cambio fue directamente por la intervención, si los participantes ya habían decidido cambiar antes de ver el video o influyeron otras variables. Muerte experimental, ya que el 45% de los participantes que vieron el video no dio su correo electrónico y de los que lo dieron sólo el 50% completó el seguimiento. Todas las medidas fueron de autoreporte.
Objetivo	Evaluar el efecto de una intervención conductual en línea dirigida a HSH para promover el pensamiento crítico sobre el riesgo de transmisión del VIH.	De 120 hombres que se hicieron la prueba durante el seguimiento, 17 (14%) informaron que su resultado había sido positivo. Se encontraron diferencias significativas en la revelación y las conductas sexuales de riesgo entre la evaluación inicial y la del seguimiento: los participantes decían y preguntaban más sobre la condición serológica, tenían menos parejas sexuales y menos relaciones sin usar condón.	A pesar de que las medidas fueron de autoreporte, se apela a las respuestas honestas debido a la confidencialidad. Se logró una muestra grande. Los resultados muestran que utilizar el internet como una herramienta para complementar programas de prevención.	
Muestra	522 HSH, que no conocían su estado serológico, identificados a partir de sitios web de encuentros sexuales para hombres homosexuales.			
Diseño	Pretest-postest y seguimiento a los 3 meses.			

Continuación Tabla 3.2.

		Intervención	Resultados	Ventajas	Limitaciones
Referencia	Serovich, Reed, Grafsky, Hartwell, Andrist, 2011.				
Objetivo	Evaluar la eficacia de una intervención para ayudar a los HSH, VIH positivos en la adquisición de estrategias para revelar su estado serológico a sus familias de origen, incrementando los beneficios y minimizando los costos de divulgar.	El grupo experimental recibió una intervención de 5 sesiones, 4 sesiones una vez por semana y la quinta dos meses después considerada como seguimiento. Sesión 1, los participantes completaron las evaluaciones y se les dio una introducción a la intervención. Sesión 2: revisión de las mejores y peores experiencias de los participantes cuando revelaron a su familia, exploración de las razones de los participantes para revelar o no, y análisis de los posibles costos y beneficios asociados con revelar o no. Sesión 3: desarrollar un plan para la revelación y simulaciones. Sesión 5: el facilitador y los participantes revisaron una hoja personalizada de Revelación a la Familia, se revisaron las decisiones de revelar y las emociones asociadas. A los participantes del grupo control en lista de espera se les proporcionó folletos sobre las leyes locales, preguntas frecuentes sobre el VIH y lugares donde se brinda apoyo.	Los hombres que se encontraron en el grupo de intervención inmediata revelaron su condición a más familiares y los que ya lo habían hecho no mostraron malestar o arrepentimiento, en comparación con los de lista de espera. Los participantes que recibieron la intervención diferida, también incrementaron el número de familiares a quienes revelaron. Se observaron mejores resultados en la sesión de seguimiento, ya que los participantes tienen tiempo para poner en práctica lo aprendido.	Diseño controlado y aleatorizado.	Muestra conformada por hombres que mostraron interés por conocer sobre la revelación a sus familiares, lo que puede sesgar los resultados, ya que la efectividad de la intervención se pudo deber a que los participantes querían revelar pero no sabían cómo. La revelación a familiares es diferente a la revelación a parejas sexuales. Incluir periodo más largo de seguimiento, para observar las consecuencias de la revelación en la dinámica familiar.
Muestra	62 HSH, VIH positivos. Mayores de 18 años, que hablaban y entendían inglés, con un interés manifiesto en conocer más acerca de la revelación a la familia.				
Diseño	Pretest-postest con grupo control en lista de espera y seguimiento a los 3 meses.				

Continuación Tabla 3.2.

		Intervención	Resultados	Ventajas	Limitaciones
Referencia	Serovich, Reed, Grafsky y Andrist, 2009.				
Objetivo	Desarrollar y probar una intervención para incrementar la revelación de estado serológico a parejas ocasionales.	Fase I: se realizaron entrevistas individuales en relación a los tres últimos encuentros sexuales en donde tomaron la decisión de revelar o no su estado serológico. Se identificaron costos y beneficios de la revelación y las estrategias utilizadas, información que sirvió para diseñar la intervención.	El grupo con intervención presencial fue el que cambió significativamente e en la post-evaluación y el seguimiento en comparación con el grupo de intervención presencial y computarizada y el grupo control.		Tamaño pequeño de la muestra. No se tomó en cuenta si las parejas eran serodiscordantes o seroconcordantes, y al final se observó que en la parejas seroconcordantes la revelación incrementó las conductas sexuales de riesgo, debido al serosorting (búsqueda de parejas ya infectadas para tener relaciones sexuales sin protección), en donde no se toma en cuenta la posibilidad de reinfección.
Muestra	77 HSH, VIH-positivos, del oeste de Estados Unidos. Tenían 18 años de edad o más, en los últimos 3 años participaron en conductas sexuales que resultaron en una decisión sobre revelar su estado serológico.	Fase II: evaluación de una intervención piloto de cuatro sesiones. Sesión 1: introducción, explicación del objetivo de la intervención, evaluación de las estrategias de revelación o tácticas utilizadas, e identificación de los estímulos que desencadenan la revelación (por ejemplo, la edad o atractivo de la pareja). Sesión 2: análisis de costos y beneficios de la revelación, ejercicios diseñados para minimizar costos y maximizar beneficios. Sesión 3: evaluación de las diferentes estrategias para la revelación, así como estrategias para anticipar y enfrentar las reacciones. Sesión 4: continuación de la sesión 3, enfocada en el aprendizaje de estrategias y ensayos.	Los participantes de dicho grupo incrementaron la revelación de su estado serológico a sus parejas ocasionales y disminuyeron la frecuencia de sus conductas sexuales de riesgo.	Diseño controlado. Uso de instrumentos confiables y válidos. El mayor cambio en las conductas de revelación se observó en las sesiones de seguimiento, probablemente debido a la práctica.	
Diseño	Pretest-Postest, y seguimiento a los 3 meses, con dos grupos experimentales (intervención presencial con 40 participantes, intervención presencial y computarizada con 37 participantes, además de grupo control en lista de espera conformado por 21 participantes).				

Continuación Tabla 3.2.

		Intervención	Resultados	Ventajas	Limitaciones
Referencia	Teti et al., 2010.				
Objetivo	Evaluar la eficacia de una intervención cuyo propósito es fomentar la revelación del estado serológico de VIH y el uso del condón.	El grupo control recibió mensajes breves del equipo de salud sobre la importancia de la revelación del diagnóstico. El grupo de intervención recibió mensajes del equipo de salud, una intervención en grupo y grupos de apoyo dirigidos por un igual. La intervención grupal fue impartida por los proveedores de servicios de salud, incluyó 5 sesiones semanales de una hora y media, se centró en dar información sobre sexo seguro, brindar educación y desarrollo de habilidades para realizar sexo seguro, el VIH-SIDA y las ITS, uso del condón y la negociación para su uso; la revelación del estado serológico, entrenamiento en resolución de problemas, relaciones saludables; apoyo social, y establecimiento de metas.	Las mujeres que participaron en la intervención fueron significativamente más propensas que las mujeres del grupo control, a reportar el uso de condón para el sexo vaginal o anal a los meses 6 y 18 después de la intervención. El apoyo emocional recibido en los grupos de autoayuda reforzó lo aprendido en la intervención grupal. La intervención no tuvo ningún efecto sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales de las mujeres.	Diseño controlado, aleatorizado. Incluyó el fomento a la revelación y al uso del condón, algo que no es común en otros estudios.	No se midió de una manera sensible la revelación y esto pudo contribuir a que no se encontraran cambios al final de la intervención. No se midió el efecto directo de la intervención, si no el efecto del paquete de tratamiento que incluyó: la intervención grupal, el grupo de autoayuda y la información brindada por los proveedores de salud. Hubo una alta tasa de deserción de las participantes.
Muestra	184 mujeres VIH positivas, 18 años de edad, con al menos 6 meses con el diagnóstico, y que hablaran inglés.				
Diseño	Pretest-postest con grupo control y seguimiento a los 6, 12 y 18 meses.				

Las estrategias más utilizadas en estas intervenciones que resultaron efectivas para favorecer la revelación son: 1) balance decisional para tomar la decisión de revelar, a través de la evaluación de las ventajas y desventajas de revelar y del análisis de experiencias previas, positivas y negativas de la revelación; 2) entrenamiento en habilidades conductuales-personales, a través de ensayos conductuales o juego de roles para practicar el revelar el diagnóstico una vez que se tomó la decisión. Las intervenciones no incluyen estrategias de manejo de emociones asociadas a la revelación, simplemente brindan información y sensibilización sobre la revelación antes de implementar las técnicas de toma de decisiones y entrenamiento en cómo revelar.

La mayoría de los estudios han incluido como participantes a PVVIH interesadas en el tema de la revelación, lo que podría sugerir que estas personas estaban interesadas en revelar su diagnóstico pero que no sabían cómo hacerlo, así tomar la decisión de revelar fue muy sencilla y el mayor beneficio para ellos fue en la adquisición de habilidades personales para revelar.

Son pocas las intervenciones que se han evaluado para fomentar la revelación y los resultados han sido efectivos, considerando que han incluido a PVVIH con interés en el tema de la revelación y que esto puede resultar un sesgo en el resultado de estas intervenciones.

La mayoría de estas intervenciones se enfocaron únicamente a favorecer la revelación del diagnóstico de VIH sin evaluar si la revelación impactaba en las prácticas sexuales de las PVVIH y no consideran las variables que predicen la revelación. Por lo tanto, es indispensable evaluar intervenciones que incluyan a la revelación como un componente importante en las estrategias dirigidas a la

prevención de la transmisión del VIH-SIDA, pero considerando las variables que están mediando la relación entre revelación y prácticas sexuales.

Capítulo 4

Planteamiento del problema

4.1. Justificación

Actualmente el VIH-SIDA representa un problema de salud pública, 35.3 millones de personas viven con el VIH en el mundo (UNAIDS, 2013), es una infección que genera grandes y graves consecuencias negativas a nivel personal, familiar, social, económico, y deteriora de manera importante la calidad de vida de los individuos que la padecen. A pesar de los avances en el TARV que la han convertido en una “infección crónica controlable” la propagación es continua, lo que hace que la epidemia siga avanzando y sea una de las primeras causas de morbi-mortalidad a nivel mundial (Steinbrook, 2008; Sullivan, 2009; Trujillo & Gorbea, 2008, UNAIDS, 2007, 2010, 2013). Ante esta problemática de salud, una prioridad es la prevención, que representa una de las estrategias más importantes para evitar la propagación de esta infección y contribuir a enfrentar el problema de salud que representa (UNAIDS, 2011).

Dos de las variables relevantes para la prevención primaria y secundaria de la infección por VIH son: las conductas sexuales, específicamente el uso del condón y la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales (Driskell et al. 2008; Kumar et al., 2007, UNAIDS, 2011).

En relación a las conductas sexuales en las PVVIH, se ha encontrado que a pesar de que después del diagnóstico los pacientes suspenden o disminuyen sus contactos sexuales (Camoni et al., 2009; Fox et al., 2009), es común que posteriormente se involucren en prácticas de riesgo, como no usar condón o

tener múltiples parejas sexuales. Estas prácticas de riesgo se han vinculado a la creencia errónea sobre la falta de transmisión del VIH en parejas seroconcordantes (Maticka-Tyndale et al., 2002). Además, se ha reportado que las personas en TARV que han logrado control virológico (carga viral baja o indetectable) dejan de utilizar el condón porque disminuye la probabilidad de transmisión del VIH a sus parejas (Ostrow et al. 2002; Remien et al., 2005; Stephenson et al., 2003; Wilson & Minkoff, 2001), sin embargo no quedan exentos de reinfecciones por VIH y de transmitir o adquirir otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En Estados Unidos, se ha reportado que de 16% a 39% de PVVIH tuvieron contactos sexuales (vaginales y anales) sin protección en los últimos seis meses (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Marks et al., 2005), y que del 30% a 60% reportan tener múltiples parejas sexuales (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Illa et al., 2008). En HSH con VIH, la frecuencia de sexo anal sin protección es más alta entre las parejas VIH positivas (30%) comparado con las parejas de estado serológico desconocido (16%) (Crepaz et al., 2009; Van Kesteren et al., 2007). Los datos sobre la frecuencia de conductas sexuales de riesgo son limitados para América Latina y el Caribe, estos indican que el mayor porcentaje de uso inconsistente del condón es entre PVVIH que revelan su estado serológico a su pareja ocasional y que el mayor porcentaje de no uso de condón es entre PVVIH que tienen parejas ocasionales y no revelan su diagnóstico (Kumar et al., 2007); existen pocos datos para México, CENSIDA (2012) reportó que la frecuencia de sexo anal no protegido en PVVIH, es del 35% en HSH y del 30% en Travesti(s)/Transgénero(s)/Transexual(es).

La revelación se define como el acto de revelar el diagnóstico de VIH a otra persona o a un grupo (UNAIDS, 2000). Se ha reportado que la revelación la realizan un 80% de PVVIH en Estados Unidos (D'Angelo et al., 2001; O'Brien et al., 2003; UNAIDS, 2008), sin embargo, este porcentaje varía de acuerdo a quién se revele. Por ejemplo la revelación a miembros de la familia varía del 70% al 87% (Kalichman et al., 2003); a amigos es del 26% al 88%, y a parejas sexuales va de 56% a 81% (Kalichman & Nachimson, 1999; Mohammed & Kissinger, 2006; Niccolai et al., 2006). No se encontraron reportes de la revelación del diagnóstico en PVVIH mexicanas, sólo para HSH latinos (entre ellos 12% mexicanos, n=155) que viven en Estados Unidos, en quienes la revelación a la pareja estable ocurre en un 81% y en un 57% a parejas ocasionales (Zea et al., 2008).

La trascendencia de no revelar el diagnóstico de VIH a las parejas sexuales en términos de salud pública, radica en la ocurrencia de contactos sexuales sin protección que podrían contribuir a nuevas infecciones y reinfecciones (Driskell et al., 2008; Kumar et al., 2007). Así la revelación del diagnóstico está ligada teóricamente a las conductas sexuales (Simoni & Pantalone, 2004; UNAIDS, 2000). Sin embargo, la asociación entre la revelación del diagnóstico y el uso del condón es compleja, los estudios que tienen por objetivo evaluar la relación entre estas variables presentan resultados contradictorios en cuanto a que la revelación fomenta conductas sexuales seguras, específicamente el uso del condón.

Algunos estudios proponen que la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales promueve el apoyo emocional y las conductas sexuales seguras (PVVIH que no revelan su diagnóstico o lo hacen de forma inconsistente a sus

parejas, tienen mayor probabilidad de tener sexo sin protección, comparadas con quienes revelan consistentemente), además revelar puede contribuir a mejorar la adherencia al TARV, promover que las parejas se realicen la prueba de VIH, de tal forma que se tenga un diagnóstico y tratamiento tempranos (Benotsch et al., 2012; Jacobs, Kane & Ownby, 2013; King et al., 2008; Pinkerton & Galletly, 2007; Simon et al., 2008).

Por otro lado, estudios han reportado que la revelación del diagnóstico está asociada a malestar emocional, discriminación y estigma, los resultados muestran que tanto las PVVIH que revelan como las que no revelan utilizan el condón en el 50% de sus contactos sexuales con sus parejas estables, y que más de un tercio usa el condón con sus parejas casuales, así el revelar no lleva necesariamente a realizar conductas sexuales seguras (Dempsey et al. 2012; Edwards-Jackson et al., 2012; Kumar et al., 2007).

Además de estos resultados contradictorios, existen variables que influyen en la relación revelación/uso de condón, lo que contribuye a la complejidad de la relación. Las variables que se ha encontrado que facilitan la revelación son: el sexo, las mujeres tienden a revelar más que los hombres (Davidson et. al., 2012; Serovich et al., 2007); el ingreso económico de los países, las personas en países con mayor ingreso revelan más (Makhlouf et al., 2011; Simon et al., 2008); la autoeficacia, les es más fácil revelar a las personas que se perciben más capaces de lograr sus metas (Kalichman et al., 2005; Kalichman & Nachimson, 1999; Simon et al., 2008); el tipo de pareja, la revelación del diagnóstico a parejas estables es significativamente más frecuente que a las parejas ocasionales (Kumar et al., 2007; Makhlouf et al., 2011; Osinde et al.,

2012; Przybyla et al. 2013; Simon et al., 2008; Were et al. 2008; Zea et al., 2008), de tal forma que el tipo de pareja es un predictor de la revelación.

Una variable que consistentemente ha mostrado impedir la revelación es la discriminación y el rechazo (Driskell et al., 2008; Ferreira & Izumi, 2008; Kumar et al., 2007; Osinde et al., 2012; Overstreet et al., 2013; Przybyla et al., 2013; Were et al., 2008). Las variables que no se han evaluado sistemáticamente para explicar la relación revelación-conductas sexuales, pero que sí se han descrito en varios estudios como asociadas a la relación revelación-conductas sexuales, son las emociones negativas (ansiedad y depresión), la satisfacción en la relación de pareja (Makhlouf et al., 2011) y la adherencia al tratamiento (Bilder, 2008; Deichert, 2008; Kalichman et al., 2003; Stirratt et al, 2006).

En relación a las intervenciones psicológicas dirigidas a impactar la revelación del diagnóstico y el uso del condón por ser variables asociadas con la prevención del VIH, se han encontrado pocos estudios en los que en una misma intervención logre impactar ambas variables (Safren, O’Cleirigh, Skeer, Elsesser & Mayer, 2012; Teti et al., 2010), en la mayoría se impactan por separado.

Las intervenciones para la revelación del diagnóstico son pocas y se enfocan únicamente a favorecer la revelación del diagnóstico de VIH sin evaluar si la revelación impacta en las prácticas sexuales de las PVVIH y no consideran las variables que predicen la revelación (Chiassona et al., 2009; Kairaniaa et al., 2009; Serovich, Reed, Graftsky & Andrist, 2009; Serovich et al., 2011; Teti et al., 2010).

Las intervenciones para promover conductas sexuales seguras principalmente se enfocan en incrementar el uso correcto y consistente del condón y la negociación de su uso, los resultados muestran que estas intervenciones han resultado efectivas en el incremento de los conocimientos sobre el VIH y las ITS, en la habilidad para usarlo correctamente y en las habilidades interpersonales para negociar su uso. Las técnicas que han resultado más efectivas en estas intervenciones son conductuales (como el modelado y el juego de roles), además de brindar información acerca del VIH y otras ITS (Gallegos et al., 2008; Herbst et al., 2005; Herbst, et al., 2007; Johnson et al., 2008; Robles et al., 2006; Torres et al., 2006; Villarruel et al., 2010; Yan & Li, 2009). La mayoría están dirigidas a personas que aún no tiene el diagnóstico de VIH, siendo pocas las que se han dirigido a personas que ya lo tienen (Coleman et al., 2009; Cornman et al., 2008; Knauz et al., 2007; Markhama et al., 2009; Safren et al., 2012; Saleh-Onoya et al., 2009; Wingood et al., 2004; Yang et al., 2001). Si bien han tenido resultados favorables en disminuir conductas de riesgo, presentan limitaciones importantes como: 1) la mayoría se han dirigido exclusivamente a poblaciones de alto riesgo (HSH, UDI, TS), principalmente en Estados Unidos, países de África y Latinoamérica; en México los estudios se han enfocado a la prevención primaria entre adolescentes y personas que no tienen la infección (Gallegos et al., 2008; Robles et al., 2006; Torres et al., 2006; Villarruel et al., 2010); 2) las intervenciones no han tomado en cuenta la relevancia de las emociones negativas para el cambio conductual y el mantenimiento de éste a largo plazo; esto es relevante, ya que se ha reportado que la depresión aumenta la probabilidad de que los pacientes realicen conductas sexuales de riesgo y

además afecta el grado en el que los pacientes pueden beneficiarse de las intervenciones de prevención del VIH (Koblin, 2004; Safren et al. 2009); 3) a pesar de los estudios que demuestran la presencia de creencias equivocadas y “mitos” sobre la infección y reinfección, sobre todo a partir de la aparición del TARV, estas creencias no se corrigen en las intervenciones, dirigiéndose principalmente a brindar información y no a corregirla; 4) la mayoría son intervenciones grupales, que aunque tienen ventajas (como el compartir y practicar habilidades y destrezas o generar más opciones de solución ante una situación problemática) también tiene como desventaja que es más probable que se presente la deseabilidad social en los participantes, sobre todo ante temas tan íntimos como las conductas sexuales.

Ante este panorama, es importante conocer las variables que predicen o facilitan la revelación de estado serológico y el uso del condón, de tal forma que se deriven intervenciones que complementen las ya existentes y disminuyan sus limitaciones, tomando en cuenta esas variables predictoras y mediadoras y cuyo objetivo final sea promover, mejorar y/o mantener el uso consistente y correcto del condón a lo largo del tiempo, y así contribuir a la prevención primaria y secundaria en el problema de salud que representa el VIH-SIDA.

Considerando lo anterior, el objetivo general de esta investigación fue diseñar y evaluar una intervención psicológica cognitivo conductual que promueva el uso del condón y favorezca la revelación diagnóstico en PVVIH.

Para cumplir el objetivo se llevó a cabo una investigación conformada por dos estudios. El primer estudio para probar un modelo hipotético, a través

de ecuaciones estructurales, que evaluó la influencia de variables psicológicas (síntomatología depresiva, ansiedad, calidad de vida en pareja, calidad de vida sexual y adherencia al tratamiento) sobre la relación entre revelación y uso de condón en PVVIH con pareja estable y con pareja(s) ocasional(es); con la finalidad de considerar a las variables predictoras en la diseño de la intervención. El segundo estudio para evaluar el efecto de la intervención.

4.2. Preguntas de investigación

Para el primer estudio: ¿Cuál es la relación entre el tiempo de revelación del diagnóstico a parejas sexuales y el uso del condón?, tanto en para PVVIH con parejas estables y PVVIH con parejas ocasionales.

¿Qué variables psicológicas son predictoras (síntomatología depresiva y ansiosa, tiempo de relación de pareja, calidad de vida en la relación de pareja, calidad de vida en el área sexual, y adherencia al TARV) del tiempo de revelación del diagnóstico, del uso del condón y de la relación entre estas variables?

Con las respuestas a dichas preguntas de investigación se completó el diseño de la intervención psicológica cognitivo conductual.

Para el segundo estudio: ¿Qué efectos tiene una intervención cognitivo conductual sobre la revelación del estado serológico y el uso del condón en personas que viven con VIH-SIDA?

Capítulo 5

Estudio 1: Modelo explicativo de la relación entre revelación del diagnóstico y uso de condón en PVVIH

Objetivo general

Evaluar el modelo hipotético (para PVVIH con pareja estable y para PVVIH con pareja ocasional) a través de ecuaciones estructurales, que permita valorar el efecto de algunas variables psicológicas (síntomatología depresiva y ansiosa, tiempo de relación de pareja, calidad de vida en la relación de pareja, calidad de vida en el área sexual, y adherencia al TARV) en la relación entre la revelación del diagnóstico de VIH y el uso del condón.

Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia con la que se lleva a cabo la revelación del estado serológico a las parejas sexuales.
2. Describir la frecuencia del uso de condón.
3. Describir el tipo de relaciones de pareja, el promedio de tiempo de duración de estas relaciones y el nivel de satisfacción con éstas.
4. Evaluar la relación entre la revelación del diagnóstico y el uso del condón, y evaluar la relación con el resto de las variables del modelo.
5. Evaluar los modelos propuestos.

Hipótesis

En el modelo propuesto, las hipótesis primarias son:

- 1) La revelación del diagnóstico de VIH predice el uso del condón.
- 2) La revelación se relaciona con la adherencia al TARV y ésta a su vez predice el uso del condón.

Las hipótesis secundarias incluyen:

- 1) La sintomatología ansiosa se asocia con la sintomatología depresiva y ambas predicen la tardanza en la revelación del diagnóstico y la baja adherencia al tratamiento.

Para PVVIH con pareja estable:

- 2) La calidad de vida en la relación de pareja se asocia con la calidad de vida sexual y éstas predicen mayor tiempo en la relación de pareja.
- 3) Mayor tiempo en la relación de pareja predice la rápida revelación del diagnóstico.

Para PVVIH con pareja ocasional:

- 2) La calidad de vida en el área sexual predice la rápida revelación del diagnóstico.

Método

Participantes

Participaron 207* pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA, ambulatorios, usuarios de la consulta externa del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI), del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), de los cuales 185 (89.4%) fueron hombres y 22 (10.6%) mujeres.

Criterios de inclusión.

Hombres y mujeres con diagnóstico de VIH.

Mayores de 18 años de edad.

Que tuvieran vida sexual activa en los últimos tres meses.

Que estuvieran en TARV.

Que dispusieran de los resultados de estudios de laboratorio en los últimos seis meses sobre conteo de linfocitos T CD4 y niveles de carga viral.

Que aceptaran participar de manera voluntaria.

Que respondieran al 100% de las preguntas contenidas en los instrumentos de medida.

*El tamaño del grupo se calculó a partir del número total de pacientes atendidos en el CIENI en el 2011, con ayuda del programa STATSTTM 2.0.

Pacientes con diagnóstico de demencia asociada a VIH (según conste en el expediente clínico).

Pacientes usuarios de drogas inyectables, con el objetivo de controlar la vía de infección o reinfección de los participantes. Los usuarios de drogas inyectables pueden reinfectarse por esta vía además de las conductas sexuales riesgosas.

Los instrumentos fueron aplicados a 299 pacientes del CIENI, se excluyeron a ocho porque no completaron los instrumentos, a nueve por no haber iniciado aún TARV y a 75 por no tener vida sexual activa. De tal forma que el análisis de datos se realizó con 207 PVVIH (Figura 5.1).

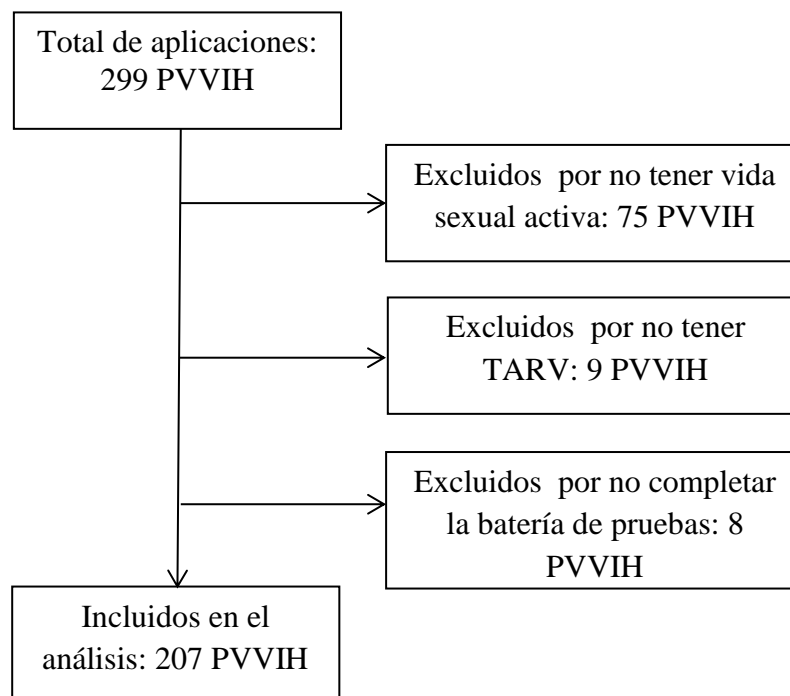


Figura 5.1. Participantes reclutados, excluidos e incluidos en el análisis del Estudio 1.

Escenario

La aplicación de cuestionarios e instrumentos psicométricos se llevó a cabo en la sala de espera del CIENI, mientras los pacientes esperaban su consulta con alguna de las especialidades médicas.

Variables e instrumentos

Datos sociodemográficos.

Se obtuvo la siguiente información de los participantes: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, orientación sexual, tipo de relación de pareja (estable u ocasional), tiempo de relación de pareja (en meses), personas con las que vive. Los datos se obtuvieron con un *Cuestionario sobre datos sociodemográficos* (Apéndice 1), elaborado ex profeso para la presente investigación, contiene preguntas sobre cada una de las variables ya descritas, cada una tiene opciones de respuestas en donde el participante debe elegir la que corresponda a su caso.

Datos clínicos.

Los datos clínicos recolectados fueron: tiempo transcurrido (en meses) entre el diagnóstico de VIH y la fecha de recolección de datos de este estudio, conteo de linfocitos T CD4 de los últimos seis meses (células responsables de las respuestas inmunitarias, el conteo de estas células es un marcador importante del grado de inmunosupresión y un predictor de riesgo de infecciones en las personas con VIH-SIDA), niveles de carga viral de los últimos seis meses (cantidad de material genético del VIH que hay en el

torrente sanguíneo de una persona), presencia de alguna ITS. Estos datos se obtuvieron de los expedientes clínicos de los participantes.

Revelación del estado diagnóstico de VIH.

Si la persona con VIH-SIDA ha informado su condición de seropositividad al VIH a sus parejas sexuales y el tiempo que tardó en hacerlo (ONUSIDA, 2008b, UNAIDS, 2000). Información que se obtuvo con las respuestas de los participantes al *Cuestionario sobre la revelación del estado serológico* (Apéndice 2), el cual incluye preguntas sobre si el paciente ha informado o no su padecimiento y a quién(es) lo ha revelado, así como el tiempo que tardó en hacerlo. La revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales se midió como una variable dicotómica (si-no) y continua que fue la que se incluyó en el análisis de ecuaciones estructurales. Los valores para la variable continua se obtuvieron utilizando la siguiente fórmula: [Fecha de recolección de datos - Fecha del diagnóstico de VIH] - [Fecha de diagnóstico de VIH - Fecha de la revelación del diagnóstico]*. Esto permitió utilizar un valor nulo para representar la no revelación, y los valores más altos para representar la revelación más pronta.

*Ejemplo. Participante 1: [15 enero de 2013 – 15 de noviembre de 2011] – [15 de noviembre de 2011 - 15 de diciembre de 2011] = [14 meses] – [1 mes] = 13 meses. Participante 2: [15 enero de 2013 – 15 de noviembre de 2011] – [15 de noviembre de 2011 - 15 de diciembre de 2012] = [14 meses] – [12 mes] = 2 meses. El participante 2 tardó más tiempo en revelar y tiene un puntaje cercano a cero.

Patrón (tipo y la frecuencia) de conductas sexuales.

Se obtuvieron datos sobre: 1) la vía de transmisión más probable por la que se dio la infección, 2) el número de parejas sexuales (hombres y mujeres) antes y después del diagnóstico, 3) la frecuencia con que se tienen relaciones sexuales, 4) el número de parejas sexuales en los últimos tres meses, 5) el número de contactos sexuales en los últimos tres meses (con hombres y mujeres) y el número de veces que se utilizó el condón en esos contactos, 5) la frecuencia con que se llevaron a cabo prácticas sexuales (vaginales, anales, orales) con pareja estable u ocasional en los últimos tres meses y la frecuencia con que se utilizó condón en estas prácticas; además, la frecuencia de estas prácticas durante los tres meses antes del diagnóstico y durante los tres meses después del diagnóstico.

Estos datos se recolectaron a través del *Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales* (Apéndice 3), basado en la *Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual* (EESS), elaborada y validada en población mexicana por Robles y Díaz-Loving (2011).

Los primeros siete reactivos de este cuestionario son preguntas para identificar la vía de transmisión por la que se adquirió el VIH, el número de parejas sexuales antes y después del diagnóstico, la frecuencia de relaciones sexuales, el número de parejas y contactos sexuales en los tres meses anteriores a la recolección de datos de este estudio, y el número de veces que se usó condón en esos contactos.

Posteriormente contiene ocho reactivos que se encuentran en una escala Likert de seis puntos, que va de nunca a siempre, los primeros cuatro evalúan la frecuencia con la que se tuvieron las siguientes prácticas sexuales con

pareja estable u ocasional en los últimos tres meses: vaginales, anales, orales; los cuatro reactivos restantes evalúan la frecuencia con que se utilizó condón en esas prácticas sexuales.

Ocho reactivos evalúan la frecuencia de las prácticas sexuales antes del diagnóstico de VIH y ocho reactivos la frecuencia después del diagnóstico. El porcentaje de relaciones sexuales protegidas (medida que se utilizó para el análisis por ecuaciones estructurales) se obtuvo dividiendo el número de veces que se utilizó el condón entre el número de contactos sexuales que se tuvieron en los últimos tres meses previos a la aplicación del instrumento, multiplicado por cien; quienes obtienen el 100% de relaciones sexuales protegidas son los que se identifican como personas con uso consistente del condón (Robles, et al., 2006).

Calidad de vida en la relación de pareja y en el área sexual.

Apreciación subjetiva que un individuo hace del bienestar, calidad y valor de la interacción con su pareja y de sus contactos sexuales (Cortes, Reyes, Díaz-Loving, Rivera- Aragón & Monjaraz, 1994). Estas variables fueron medidas a través de las respuestas de los participantes a las subescalas: 1) área sexual y 2) área de relación de pareja de la *Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos* (EsCaViPS, Apéndice 4), que es la versión en castellano del “HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES) la cual fue adaptada y validada para población mexicana por González-Puente y Sánchez-Sosa (2002).

Esta escala consta de un total de 140 reactivos distribuidos en cinco subescalas: área física (contiene 47 reactivos con indicadores de las capacidades físicas que el paciente mantiene o el grado de incapacidad que

desarrolla); área de interacción con el equipo de salud (incluye 10 reactivos que evalúan las dificultades en la comprensión de información que el médico proporciona al paciente); área psicosocial (con 52 reactivos que evalúan la condición emocional del paciente y las dificultades en la comunicación con familiares y amigos); área sexual (13 reactivos que evalúan la funcionalidad y el interés del paciente a este respecto, 1 reactivo de esta área tiene versión para hombre y mujer, así que en el momento de obtener la puntuación sólo se contabilizan 12 reactivos) y área de relación de pareja (con 18 reactivos que exploran el grado de satisfacción en el aspecto afectivo que el paciente tiene con su relación de pareja). Todos los reactivos son tipo Likert con seis opciones de respuesta que van de nada a muchísimo. El puntaje para cada área se obtiene sumando las respuestas, para el área de relación de pareja la puntuación va de 0 a 90 y para el área sexual la puntuación va de 0 a 60; en las dos áreas los puntajes elevados indican deterioro en la calidad de vida de los pacientes. La consistencia interna reportada por González-Puente y Sánchez-Sosa (2002) en la validación para México es $\alpha=.93$ para el área sexual y $\alpha=.8303$ para el área de relación de pareja.

Síntomas depresivos.

De acuerdo con Beck et al. (1983) los síntomas incluyen: sentimientos de tristeza, culpa, dificultad para concentrarse, pensamientos negativos, de muerte o suicidio, cambios en el nivel de energía y actividad, de las funciones cognitivas y las funciones vegetativas, como el sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). Esta variable fue medida a través de las respuestas de los participantes al *Inventario de Depresión de Beck* (BDI por sus siglas en inglés Beck Depression

Inventory) y a la Subescala de síntomas depresivos de la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS, por sus siglas en inglés Hospital Anxiety and Depression Scale).

Se utilizó la versión en castellano del Beck Depression Inventory (BDI, Inventario de Depresión de Beck) adaptada a población mexicana por Jurado et al., 1998. Es un instrumento de auto-aplicación que mide la gravedad de los síntomas de depresión (no proporciona un diagnóstico) en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 21 bloques de reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa ausencia del síntoma y 3 presencia del síntoma en mayor intensidad o frecuencia; el paciente tiene que seleccionar, para cada reactivo, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana (Apéndice 5). La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos; los puntos de corte para determinar la intensidad de la sintomatología en población mexicana son: depresión mínima 0-9 puntos, depresión leve 10-16, depresión moderada 17-29, depresión grave más de 30 puntos. Sus propiedades psicométricas han sido estudiadas de manera exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (α de Cronbach .76 – .95). El coeficiente de correlación test-retest oscila alrededor de .80. En cuanto a su validez muestra una correlación variable con otras escalas (por ejemplo, Escala de Depresión de Hamilton, Escala de Depresión de Zung, Escala de Depresión de Montgomery-Asberg); en pacientes psiquiátricos se han encontrado coeficientes de correlación entre .55 y .96 (media .72) y en sujetos no psiquiátricos entre .55 y .73 (media .6). La adaptación a población

mexicana realizada por Jurado et al. (1998) muestra una consistencia interna adecuada ($\alpha=.87$), adecuada validez de constructo y de criterio.

Se empleó la versión en español de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) (López-Alvarenga et al., 2002). Esta escala es comúnmente utilizada en ámbitos médicos u hospitalarios para determinar los niveles de ansiedad y depresión que el paciente experimenta, fue creada para evitar la confusión entre los síntomas de enfermedades físicas y los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión, por ejemplo, fatiga, insomnio o hipersomnia; de esta manera, esta escala representa una herramienta útil para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva en personas con problemas de salud física (Apéndice 6). El instrumento posee consistencia interna adecuada, la escala de ansiedad posee un $\alpha=.849$ y la escala de depresión un $\alpha=.708$. Consta de catorce reactivos, siete se refieren a ansiedad y siete se relacionan con depresión; para obtener la puntuación en cada escala se invierten las respuestas a los reactivos uno, tres, cinco, ocho, nueve, diez, once y trece, posteriormente se suman las repuestas a los reactivos nones para obtener el puntaje para la escala de ansiedad y los reactivos pares para obtener el puntaje para la escala de depresión. Cada puntaje se interpreta de acuerdo a la siguiente escala: de 0 a 7 normal, de 8 a 10 dudoso y 11 o más caso.

Síntomas ansiosos.

De acuerdo a Ferre et al. (2001) la ansiedad incluye síntomas somáticos como temblor, hipertonia muscular, hiperventilación, sudoración, taquicardia; síntomas cognitivos como aprensión e inquietud, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta tales como distracción,

pérdida de concentración, insomnio (Farré, Laceras & Casas, 2001). Esta variable se midió a través de las respuestas de los participantes al *Inventario de Ansiedad Beck* (BAI por sus siglas en inglés Beck Anxiety Inventory) y a la Subescala de síntomas ansiosos de la HADS.

Se utilizó la versión en castellano del Beck Anxiety Inventory (BAI, Inventario de Ansiedad de Beck), adaptada y validada para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). El Inventario de Ansiedad de Beck es una de las escalas de auto-aplicación para evaluar sintomatología ansiosa más utilizada en la última década. Esta escala fue desarrollada por Beck en 1988 para evaluar específicamente la gravedad de los síntomas de ansiedad. El BAI consta de 21 reactivos (Apéndice 7), cada uno de los cuales se califica en una escala de cuatro puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “grave” del síntoma en cuestión; la suma de los puntos indica la intensidad de la ansiedad, los puntos de corte para determinar la intensidad de la sintomatología en población mexicana son: 0 a 5 ansiedad mínima, 6 a 15 ansiedad leve, 16 a 30 ansiedad moderada, 31 a 63 ansiedad grave. Las propiedades psicométricas del BAI se han estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos, y ha demostrado tener alta consistencia interna ($\alpha=.90$), así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) (Robles et al., 2001).

Se incluyeron dos instrumentos para medir los síntomas emocionales, ya que los instrumentos de Beck, a pesar de ser los instrumentos más utilizados, contiene reactivos de síntomas que podrían confundirse con síntomas de la propia infección o de efectos adversos del TARV; al incluir el HADS que es un instrumento que se utiliza en ámbitos médicos, se pretende excluir los

síntomas somáticos de la depresión y ansiedad que podrían confundirse con los síntomas de la enfermedad.

Adhesión al tratamiento.

Proceso por el cual el paciente realiza una serie de esfuerzos, que ocurren durante el curso de la enfermedad, para alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento impuesto por su padecimiento (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003). Medida a través de las respuestas de los participantes al *Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* (CEAT-VIH).

El CEAT-VIH es un instrumento de autoinforme construido en España (Remor, 2002) que evalúa el grado de adhesión al tratamiento que tienen las personas que viven con VIH-SIDA, bajo tratamiento farmacológico antirretroviral (Apéndice 8). El instrumento consta de 20 reactivos que fueron formulados sobre la base de la revisión de literatura especializada y la experiencia clínica del autor en atención a la población con infección por VIH, 17 reactivos se responden en una escala Likert de cinco puntos, 2 se responden con sí o no y una pregunta abierta sobre el nombre del TARV. Para obtener el puntaje de esta prueba se invierten la respuesta al reactivo siete y se suman todas las respuestas a los reactivos tipo Likert, siendo la puntuación mínima posible 17 y la máxima 89. Los puntos de corte para las categorías que establece el instrumento son <74 puntos adherencia baja; 75-80 puntos adherencia insuficiente; 81-85 puntos adherencia adecuada y >86 puntos adherencia estricta. En población mexicana la confiabilidad por consistencia

interna (α de Cronbach) del CEAT-VIH es de .840, además posee validez de criterio y constructo adecuadas (Remor, 2008).

Diseño

En este estudio se utilizó un diseño no experimental (porque no se manipularon variables) y transversal ya que se recolectaron los datos en una sola ocasión (Kerlinger & Lee, 2002), el tipo de estudio es correlacional porque se evalúa la relación entre variables y se busca la predicción.

Procedimiento

El proyecto fue revisado y evaluado por el Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Una vez que el proyecto fue aprobado se comenzó el reclutamiento de participantes en el CIENI. Diariamente, del mes de noviembre de 2012 al mes de marzo de 2013, se invitó a participar al estudio a todos aquellos pacientes que asistieron a la consulta externa programada del CIENI que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio. Se les proporcionó el consentimiento informado para el estudio (Apéndice 9) y se les resolvieron todas las dudas en relación a su participación en el mismo. A los pacientes que aceptaron participar se les entregaron los instrumentos psicométricos para que pudieran contestarlos. La aplicación de los cuestionarios e instrumentos se realizó de manera individual, en la sala de espera del CIENI.

Los instrumentos psicométricos contestados por los pacientes en los que refirieron no tener vida sexual activa se excluyeron y no se tomaron en cuenta para el análisis de datos.

Análisis de datos

La descripción de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas fue realizada con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y con media y desviación estándar (D.E.) para variables continuas.

Previo a la evaluación del modelo:

1. Se corroboraron las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, en particular de los utilizados para la medición de las variables que refieren emociones (síntomas depresivos y ansiosos), con la finalidad de evaluar cuál resulta más adecuado para realizar la evaluación en esta muestra, ya que no existe un consenso en relación a cuáles instrumentos son los más idóneos para medir sintomatología emocional en PVVIH. Se obtuvo consistencia interna a través de Alfa de Cronbach y validez de constructo a través de Análisis Factorial Exploratorio.
2. Se realizaron análisis de distribución de variables, valores perdidos y de casos extremos.
3. Se evaluó la correlación lineal entre las variables del modelo con el coeficiente de correlación de Pearson.

El modelo teórico propuesto se evaluó a través del modelo de trayectorias con ecuaciones estructurales con el método de máxima verosimilitud, para estimar la similitud entre el modelo teórico propuesto y el empírico basado en los datos. Los índices de ajuste que se tomaron en cuenta para evaluar el ajuste

global del modelo fueron: la prueba χ^2 y el índice RMSEA (Root mean squared error of approximation). Otros índices de ajuste considerados fueron: NFI (Normed Fit Index), TLI (Tucker Lewis Index), IFI (Incremental Fit Index) y CFI (Comparable Fit Index). Se utilizaron los criterios de corte convencionales para considerar adecuados estos índices de ajuste (Hu & Bentler, 1999; Hooper, Coughlan & Mullen, 2008): 1) Probabilidad asociada a la prueba χ^2 no significativa $\leq .05$; 2) Valores para RMSEA menores a $.05$, 3) Para los otros índices de ajuste que adoptan valores entre 0 y 1, se considera un valor $\geq .90$ como indicador de un buen ajuste.

Se realizaron comparaciones entre grupos: participantes con pareja estable versus pareja ocasional, y participantes que han revelado versus aquellos que no lo han hecho. Estas comparaciones fueron realizadas con la prueba χ^2 en el caso de que la variable dependiente fuera categórica, y con U de Mann–Whitney o t de Student para variables dependientes continuas.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS y Amos, versión 21.

Resultados

En la primera parte de esta sección se presentan los resultados descriptivos para cada una de las variables que se midieron e incluyeron en el modelo. Posteriormente se presentan los resultados de la evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos, las cuales se corroboraron en la muestra de este estudio y permitieron elegir el instrumento más adecuado para la medición de variables emocionales (síntomatología depresiva y ansiosa). Finalmente se presentan los resultados relacionados con el análisis de ecuaciones estructurales con el que se probó el modelo propuesto.

Datos sociodemográficos

La media de edad de los participantes fue de 35.6 años (D.E.=8.4, rango=18-66). La mayoría de los participantes reportaron: 1) ser hombres (89.4%), 2) solteros (79.7%), 3) tener una orientación homosexual (67.6%), 4) tener educación media (34.3%) y superior (33.3%) y 5) contar con empleo remunerado (71%); el detalle de los datos sociodemográficos se presenta en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1.*Descripción de los datos sociodemográficas de la muestra (Estudio 1).*

		n (%)	
Sexo		Escolaridad	
Hombres	185 (89.4)	Educación básica	47 (22.7)
Mujeres	22 (10.6)	Educación media	71 (34.3)
Estado civil		Educación superior	69 (33.3)
Solteros	165 (79.7)	Posgrado	19 (9.2)
Casados	41 (19.8)	Ocupación	
Orientación sexual		Con empleo	147 (71)
Homosexuales	140 (67.6)	Sin empleo	41 (19.8)
Heterosexuales	53 (25.6)	Estudiantes	10 (4.8)
Bisexuales	14 (6.8)	Hogar	9 (4.3)

En relación al tipo de pareja sexual, el 56.5% (n=117) reportó tener una pareja estable, el 30.9% (n=64) pareja(s) ocasional(es) y el 12.6% (n=26) ambos tipos de parejas. Para los participantes con pareja estable el promedio de tiempo de relación fue de 61.39 meses (D.E.=52.472, rango=3-252) y para los participantes con ambos tipos de pareja el promedio de tiempo de relación con su pareja estable fue de 53.71 meses (D.E.=51.216, rango=3-180). Finalmente para los participantes con pareja(s) ocasional(es) el promedio de número de parejas en los últimos tres meses (considerando la fecha de recolección de datos) fue de 2.44 (D.E.=2.719, rango=1-18, moda=1).

En relación a las personas con las que viven los participantes, el 79.71% (n=165) marcó una sola opción de respuesta (familiares, parientes, pareja, hijos, solo, amigos, otro) en el Cuestionario sobre datos sociodemográficos; de éstos el 43% (n=71) reportó vivir con su familia (padres/hermanos), el 26.1% (n=43) con su pareja, el 18.2% (n=30) vivir solos, el 6.1% (n=10) con amigos,

el 3.6% (n=6) con sus hijos, el 1.8% (n=3) con parientes y el 1.2% (n=2) vivir con otras personas.

El 20.28% (n=39) indicó más de una opción en el cuestionario, de éstos 48.7% (n=19) reportó vivir con su pareja e hijos, el 15.4% (n=6) con su familia y pareja, el 7.7% (n=3) con su familia y parientes, el 7.7% (n=3) con su familia, pareja e hijos, el 7.7% (n=3) con su familia, pareja y parientes, el 2.6% (n=1) con su familia e hijos, el 2.6% (n=1) con su familia y otras personas, el 2.6 (n=1) con su pareja y amigos. Dos participantes no respondieron a esta pregunta (5.1%).

Datos clínicos

Los participantes tuvieron un promedio de 61.57 meses (D.E.=58.25, rango=1-319) con el diagnóstico de VIH (desde que recibieron el diagnóstico y hasta el momento de la recolección de datos del presente estudio).

La mayoría de los participantes tuvo una carga viral indetectable (<40 copias/ml); los participantes que tenían carga viral detectable (>40 copias/ml), 26.6% n=55, tuvieron una media de carga viral de 1.83 log copias/ml (D.E.=2.19, rango=1.62-2.91). El promedio de células T CD4 fue de 445 células/mm³ (D.E.=273, rango=1-1641).

Revelación del diagnóstico de VIH

En relación a la revelación del estado serológico de los participantes, el 58.5% (n=121) reportó revelar su diagnóstico a su(s) pareja(s) sexual(es), el 7.7% (n=16) sólo revelan a su pareja estable y el 33.8% (n=70) no revelaron

su diagnóstico. El promedio de tiempo de revelación fue de 29.30 meses (D.E.=50.858, rango=0-240).

Se realizó una comparación con la prueba Chi cuadrada entre la variable de revelación (dicotómica) y el tipo de pareja (grupo que tiene pareja estable n=117 y el que tiene pareja(s) ocasional(es) n=90, en éste último se agruparon a los que tienen pareja(s) ocasional(es) y a los que tienen pareja estable y ocasional(es). El resultado de la comparación indica que la revelación del diagnóstico es significativamente más frecuente a las parejas estables que a las ocasionales (49.3%, n=102 vs. 9.2%, n=19; $\chi^2=91.433$, $p < .001$; OR=25.41, IC 95%, 12.10-53.34, ver Tabla 5.2).

Tabla 5.2.

Revelación del diagnóstico de acuerdo al tipo de pareja.

	n (%)	Revelación		Total
		No	Sí	
Tipo de pareja	Estable	15(7.2)	102(49.3)	117(56.5)
	Ocasional	71(34.3)	19(9.2)	90(43.5)
Total		86(41.5)	121(58.5)	207(100)

Nota. $\chi^2 = 91.433$, $p < .000$

OR= 25.41, IC95%, 12.10-53.34

Patrón (tipo y la frecuencia) de conductas sexuales

Probable vía de infección.

En relación al reporte de los participantes sobre la vía por la que adquirieron la infección por VIH, se encontró que la mayoría (73.4%) refirió adquirir la infección teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus. La Tabla 5.3 presenta las frecuencias y porcentajes por sexo de los participantes

para cada una de las opciones de respuesta al reactivo de probable vía de infección (teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus, teniendo sexo con una mujer que ya tenía el virus, transfusión de sangre o procedimiento médico, compartiendo jeringas, no sé) del Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.

Tabla 5.3.

Probable vía de infección reportadas por los participantes.

		Probable vía de infección					
		1	2	3	4	5	
Sexo	Hombre	n(%)	138(66.7)	21(10.1)	2(1.0)	1(0.5)	23(11.1)
	Mujer	n(%)	14 (6.8)	0	2(1.0)	0	6 (2.9)
Total		n(%)	152(73.4)	21(10.1)	4(1.9)	1(0.5)	29(14.0)

Nota. 1. Teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus, 2. Teniendo sexo con una mujer que ya tenía el virus, 3. Transfusión de sangre o procedimiento médico, 4. Compartiendo jeringas, 5. No sé.

Número de parejas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH.

El promedio de parejas sexuales antes del diagnóstico fue de 44.03 (D.E.=171.614, rango=1-1502) y después del diagnóstico fue de 21.31 (D.E.=123.823, rango=1-1550). Es importante mencionar que hubo un 11.6% (n=24) de participantes que no reportaron su número de parejas antes del diagnóstico y un 14% (n=29) que no reportaron esta dato para después del diagnóstico, los principales motivos referidos por los participantes fueron “no lo recuerdo” y “ya perdí la cuenta / no llevo la cuenta”.

Con estos datos obtenidos se realizó una comparación entre el número de parejas antes y después del diagnóstico, a través de la prueba de Wilcoxon, y

se encontró que la disminución en el número de parejas después del diagnóstico de VIH es significativa ($z = -8.049$, $p < .001$).

El promedio del número parejas antes y después del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes se presenta en el Tabla 5.4. La comparación a través de la prueba de Wilcoxon muestra que tanto en hombres ($z = -7.688$, $p < .001$) como en mujeres ($z = -2.064$, $p = .039$) hay una disminución significativa del número de parejas sexuales después del diagnóstico de VIH.

Tabla 5.4.

Número de parejas antes y después del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes.

Sexo del participante	Número total de parejas sexuales antes del diagnóstico	Número total de parejas sexuales después del diagnóstico	Prueba de Wilcoxon		
			z	p	
Hombre	No respondieron	22 (11.9%)	28 (15.1%)		
	Media (D.E.)	48.81 (181.296)	23.71 (131.671)	-7,688*	<.001
	Mínimo-Máximo	1-1502	1-1550		
Mujer	No respondieron	2 (9.1%)	1 (0.48%)		
	Media (D.E.)	5.05 (8.642)	3.38 (8.686)	-2,064*	.039
	Mínimo-Máximo	1-40	1-41		

Nota. *Basado en rangos positivos.

En relación al sexo de las parejas de los participantes antes de su diagnóstico de VIH, el 63.2% (n=117) de los participantes hombres reportaron tener parejas hombres, el 13.5% (n=25) reportó tener parejas mujeres y el 11.9% (n=22) parejas hombres y mujeres; todas las mujeres reportaron tener parejas hombres (dos de las participantes no respondieron). El promedio de número de parejas sexuales antes del diagnóstico de VIH para cada tipo de pareja de acuerdo al sexo de los participantes se muestra en la Tabla 5.5.

Tabla 5.5.

Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambas) y promedio del número de parejas antes del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes.

Sexo de los participantes	Tipo de pareja	n (%)	Media de número de parejas (D.E.)
Hombre	Hombres	117(63.2)	38.63 (138.078)
	Mujeres	25(13.5)	9.52 (14.225)
	Ambas	22(11.9)	143.50 (370.469)
Mujer	Hombres	20 (90.9)	5.05 (8.642)

En relación al sexo de las parejas de los participantes después de su diagnóstico de VIH, el 67% (n=124) de los participantes hombres reportaron tener parejas hombres, el 14.1% (n=26) reportó tener parejas mujeres y el 5.9% (n=11) parejas hombres y mujeres; todas las mujeres reportaron tener parejas hombres. El promedio de número de parejas sexuales después del diagnóstico para cada tipo de pareja de acuerdo al sexo de los participantes se muestra en la Tabla 5.6.

Tabla 5.6.

Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambos) y promedio del número de parejas después del diagnóstico de acuerdo al sexo de los participantes.

Sexo de los participantes	Tipo de pareja	n (%)	Media de número de parejas (D.E.)
Hombre	Hombres	124(67.0)	12.91 (49.394)
	Mujeres	26(14.1)	2.48 (3.242)
	Ambas	11(5.9)	189.64 (456.221)
Mujer	Hombres	20 (90.9)	1.50 (1.1)

Hubo un incremento de participantes hombres que tienen parejas hombres después del diagnóstico (de 117 a 124) y una disminución del número de participantes hombres que tienen ambos tipos de parejas después del diagnóstico. En cuanto al promedio del número de parejas hubo una disminución después del diagnóstico, excepto en los participantes que tienen ambos tipo de pareja, aunque disminuyó el número de participantes con ambos tipos de parejas, incrementó el promedio del número de parejas (de 143 a 189 parejas).

Las frecuencias y porcentajes de participantes hombres heterosexuales, homosexuales y bisexuales que reportaron tener parejas sexuales mujeres, hombres y ambas antes del diagnóstico se presenta en la Tabla 5.7. El 3% (n=5) de los participantes hombres con orientación heterosexual reportaron tener parejas hombres antes del diagnóstico y el 1.2% (n=2) tener parejas hombres y mujeres. El 0.6% (n=1) de los participantes hombres con orientación homosexual reportaron tener parejas sexuales mujeres antes del diagnóstico y el 7.3% (n=12) reportaron tener hombres y mujeres como parejas.

Tabla 5.7.

Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambos) antes del diagnóstico de acuerdo a la orientación sexual de los participantes.

	<i>n (%)</i>	Tipo de pareja			Total
		Hombres	Mujeres	Ambas	
Orientación sexual	Heterosexual	5(3.0)	23(14.0)	2(1.2)	30(18.3)
	Homosexual	108(65.9)	1(0.6)	12(7.3)	121(73.8)
	Bisexual	4(2.4)	1(0.6)	8(4.9)	13(7.9)
Total		117(71.3)	25(15.2)	22(13.4)	164(100)

Las frecuencias y porcentajes de participantes hombres heterosexuales, homosexuales y bisexuales que reportaron tener parejas sexuales mujeres, hombres y ambas después del diagnóstico se presenta en la Tabla 5.8.

Tabla 5.8.

Frecuencia del tipo de parejas (hombres, mujeres o ambos) después del diagnóstico de acuerdo a la orientación sexual de los participantes.

	<i>n (%)</i>	Tipo de pareja			Total
		Hombres	Mujeres	Ambas	
Orientación sexual	Heterosexual	5(3.1)	24(14.9)	1(0.6)	30(18.3)
	Homosexual	114(70.8)	1(0.6)	6(3.7)	121(75.2)
	Bisexual	5(3.1)	1(0.6)	4(2.5)	10(6.2)
Total		124(77.0)	26(16.1)	11(6.8)	161(100)

En relación al sexo de las parejas de acuerdo a la orientación sexual, se observan pocos cambios antes y después del diagnóstico, incrementó el número de participantes homosexuales con parejas hombres y una disminuyó el número de participantes homosexuales que tienen ambos tipos de pareja.

Número de parejas en los últimos tres meses.

En relación al número de parejas en los últimos tres meses (tres meses antes a la fecha de recolección de datos de este estudio), todas las mujeres reportaron tener parejas hombres, el 81.6% de los hombres (n=151) reportaron tener parejas hombres, el 16.8% (n=31) parejas mujeres y el 1.6% (n=3) parejas hombres y mujeres; la Tabla 5.9 presenta el promedio de parejas en ese periodo de tiempo.

Tabla 5.9.

Frecuencia del tipo de pareja y promedio de número de parejas sexuales en los últimos tres meses.

Sexo de los participantes	Sexo de las parejas	n(%)	Media de número de parejas (D.E.)
Hombres	Hombres	151(81.6)	1.95 (2.41)
	Mujeres	31(16.8)	1.35 (0.839)
	Ambos	3(1.6)	2 (1.00) Hombres
Mujeres	Hombres	22(100)	1.33(0.577) Mujeres
			1.57(2.180)

Percepción de la frecuencia con que se tienen relaciones sexuales.

La frecuencia con que los participantes reportaron tener relaciones sexuales se presenta en la Tabla 5.10. La mayoría de hombres y mujeres reportó tener relaciones sexuales frecuentemente.

Tabla 5.10.

Percepción de la frecuencia con que los participantes reportaron tener relaciones sexuales.

Frecuencia de relaciones sexuales	Hombres n(%)	Mujeres n(%)
Poco	22(11.9)	2(9.1)
Algo	24(13.0)	2(9.1)
Medianamente	35(18.9)	3(13.6)
Frecuentemente	76(41.1)	14(63.6)
Muy frecuentemente	23(12.4)	
No contestaron	5(2.7)	1(4.5)
Total	185(100)	22(100)

Frecuencia de prácticas sexuales: vaginales, anales y orales, y uso de condón.

La frecuencia con que los participantes tienen prácticas sexuales con penetración: vaginal, anal y oral, se evaluó a través de reactivos tipo Likert de seis puntos (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre), tanto con pareja estable como con pareja(s) ocasional(es), y en tres momentos diferentes, durante los últimos tres meses (actual, considerando la fecha de recolección de datos de este estudio), durante los tres meses después de recibir el diagnóstico de VIH y durante los tres meses antes de recibir el diagnóstico.

La frecuencia con que los participantes usaron condón en sus prácticas sexuales también se evaluó a través de reactivos tipo Likert de seis puntos (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre), para calcular el porcentaje de participantes que uso condón con diferente frecuencia en los tres tipos de prácticas sexuales sólo se consideraron a los participantes que reportaron realizar estas prácticas en cada uno de los tres momentos (actual, después y antes del diagnóstico).

La frecuencia con que los participantes hombres realizaron las diferentes prácticas sexuales con su pareja estable se presenta en la Figura 5.2., en los tres momentos un mayor porcentaje de participantes reportó tener con más frecuencia prácticas sexuales anales y orales, y las realizaron con mayor frecuencia antes del diagnóstico y en los tres últimos meses, se observa una disminución en la frecuencia de estas prácticas después de recibir el diagnóstico.

Se observa un aumento en el porcentaje de participantes que usaron el condón con mayor frecuencia después del diagnóstico, pero sobre todo en los últimos tres meses (ver Figura 5.2).

El porcentaje de participantes hombres que realiza con diferente frecuencia prácticas sexuales vaginales, anales y orales, con pareja(s) ocasional(es) se presenta en la Figura 5.3. Se observa que un porcentaje ligeramente menor de participantes realiza prácticas anales y orales con pareja ocasional, en comparación con el porcentaje de participantes que realizan estas prácticas con pareja estable. En relación al uso del condón en los tres tipos de prácticas sexuales (ver Figura 5.3.) se observa también un aumento, igual que con pareja estable, en el porcentaje de participantes que usan el condón con mayor frecuencia después del diagnóstico, pero sobre todo en los últimos tres meses; en las prácticas orales los participantes reportaron usar con mayor frecuencia el condón con pareja estable que con pareja ocasional.

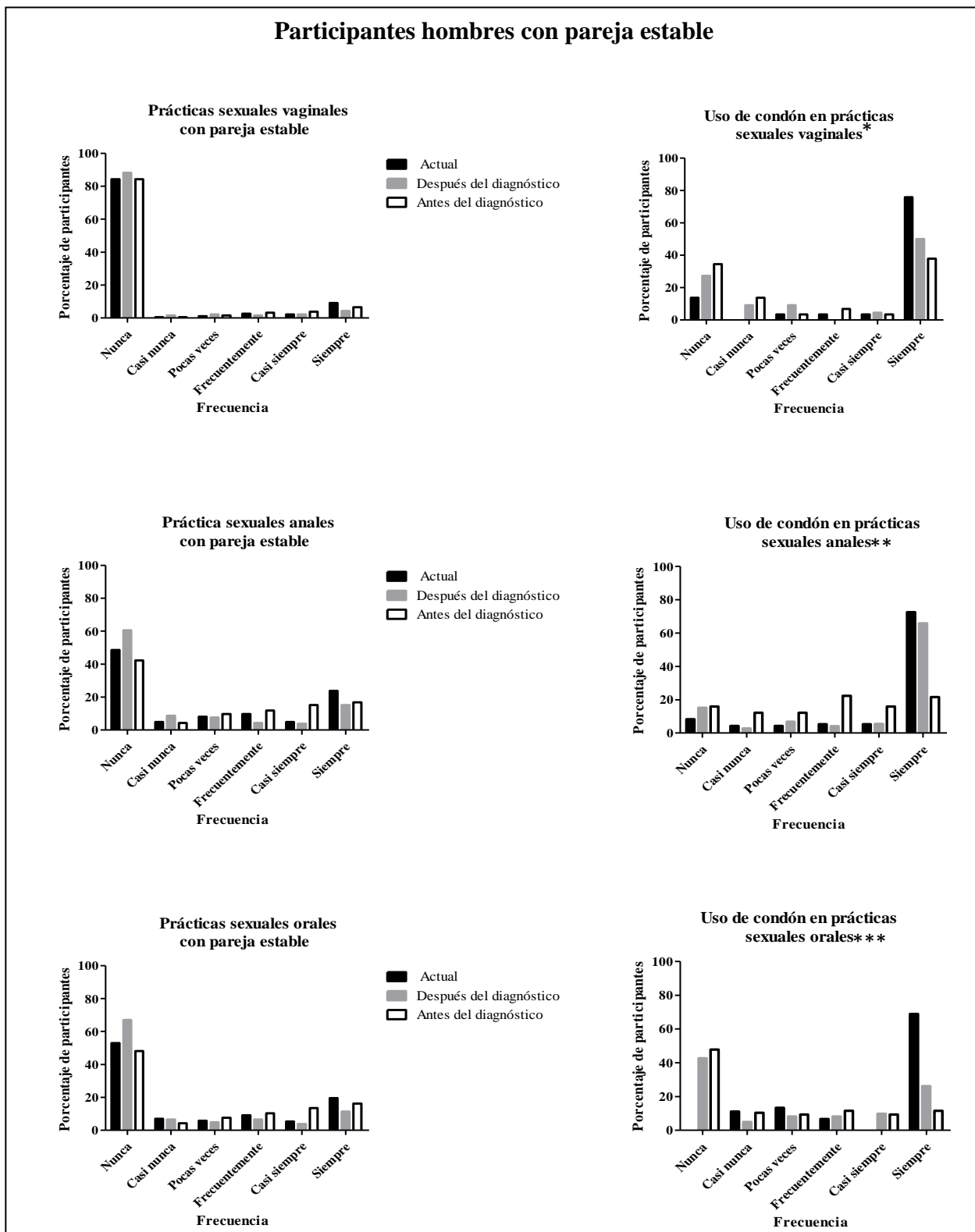


Figura 5.2. Frecuencia con que los participantes hombres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.
 *Actual n=19, Después del diagnóstico n=22, Antes del diagnóstico n=29; **Actual n=95, Después del diagnóstico n=73, Antes del diagnóstico n=107; ***Actual n=87, Después del diagnóstico n=61, Antes del diagnóstico n=96.

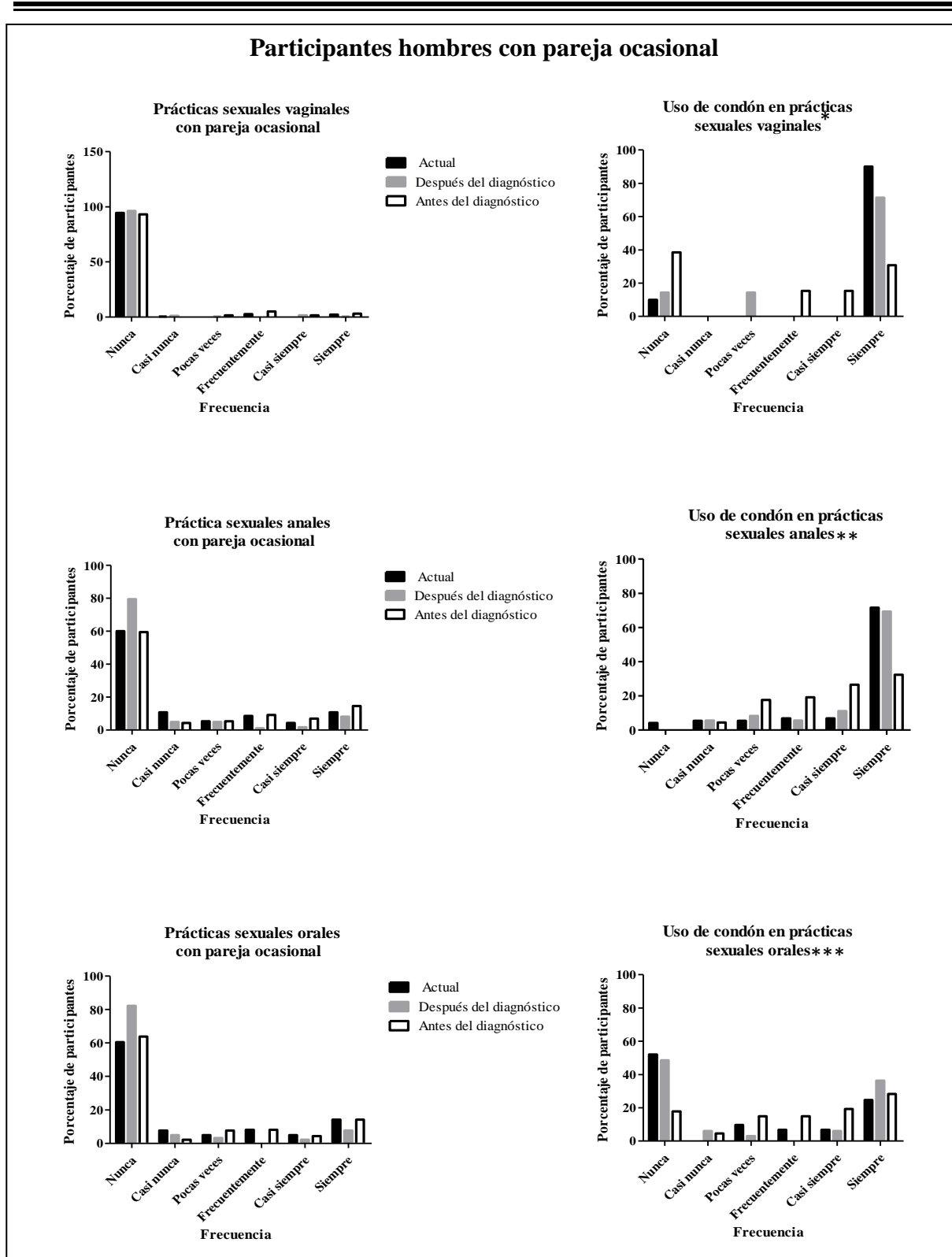


Figura 5.3. Frecuencia con que los participantes hombres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja ocasional en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.

*Actual n=10, Después del diagnóstico n=7, Antes del diagnóstico n=13; **Actual n=74, Después del diagnóstico n=36, Antes del diagnóstico n=68; ***Actual n=73, Después del diagnóstico n=33, Antes del diagnóstico n=67.

El porcentaje de mujeres que realiza con diferente frecuencia prácticas sexuales vaginales, anales y orales, con una pareja estable se presenta en la Figura 5.4 y con pareja(s) ocasional(es) en la Figura 5.5.

Es similar el porcentaje de mujeres que reportaron tener prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los tres últimos tres meses; antes y después del diagnóstico un porcentaje menor de mujeres reportaron realizar prácticas anales y orales, y antes del diagnóstico un mayor porcentaje reportaron tener con más frecuencia, que en los últimos tres meses, prácticas vaginales. En cuanto al uso del condón en estas prácticas sexuales con pareja estable (ver Figura 5.4.), se observa un incremento de la frecuencia del uso de condón en las prácticas vaginales después del diagnóstico, pero en los últimos tres meses es mucho más frecuente el uso del condón que en los otros momentos. Un número bajo de mujeres tiene prácticas sexuales anales y orales, y el uso del condón es en el sexo anal después del diagnóstico y en los últimos tres meses.

Un porcentaje muy bajo de mujeres reportan prácticas sexuales con pareja(s) ocasional(es), ninguna mujer refirió tener práctica anales con este tipo de pareja; la frecuencia del uso del con condón en prácticas vaginales es mayor en los últimos tres meses (ver Figura 5.5)

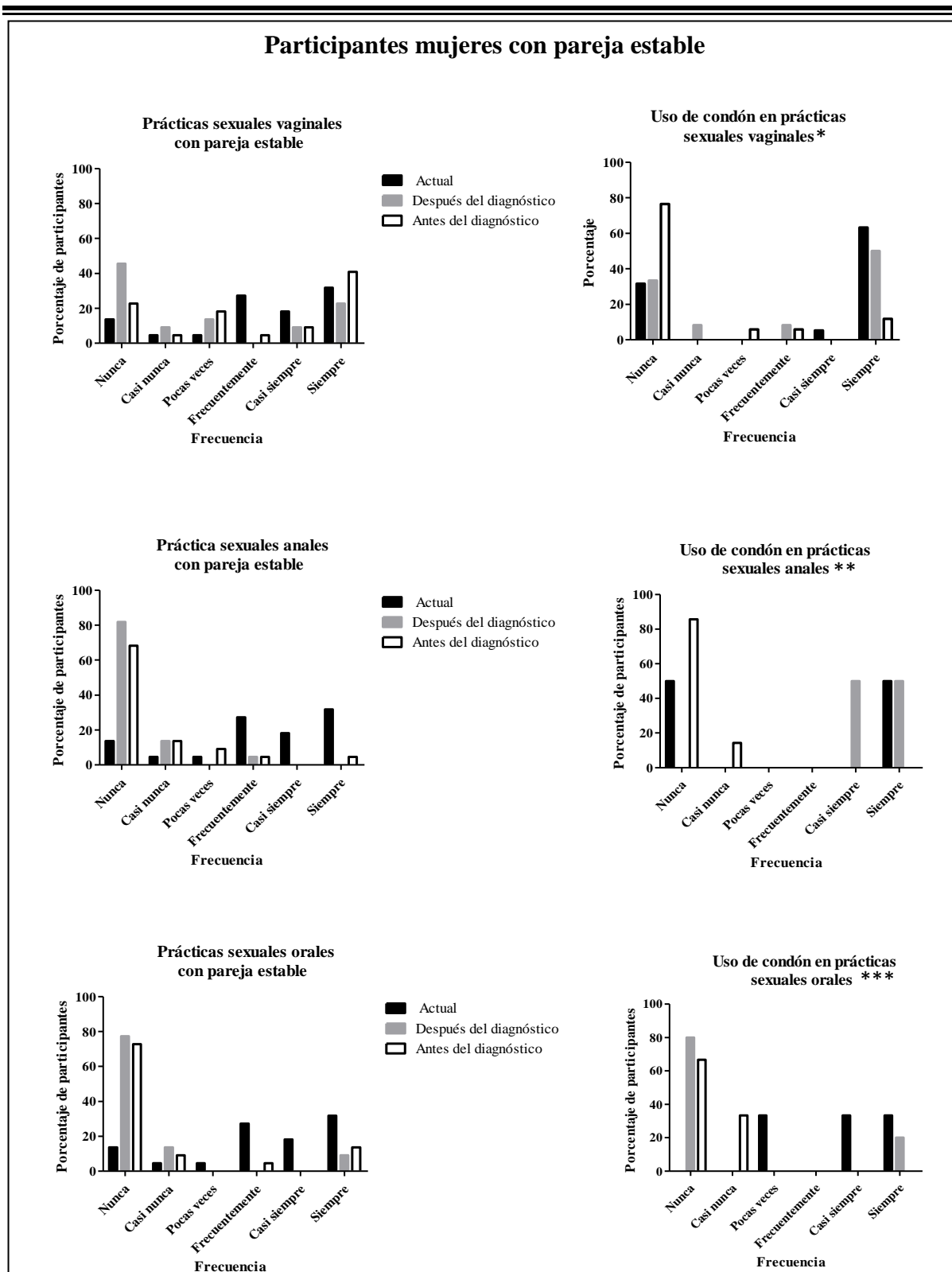


Figura 5.4. Frecuencia con que los participantes mujeres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.

*Actual n=29, Después del diagnóstico n=12, Antes del diagnóstico n=17; **Actual n=2, Después del diagnóstico n=4, Antes del diagnóstico n=7; ***Actual n=6, Después del diagnóstico n=5, Antes del diagnóstico n=6.

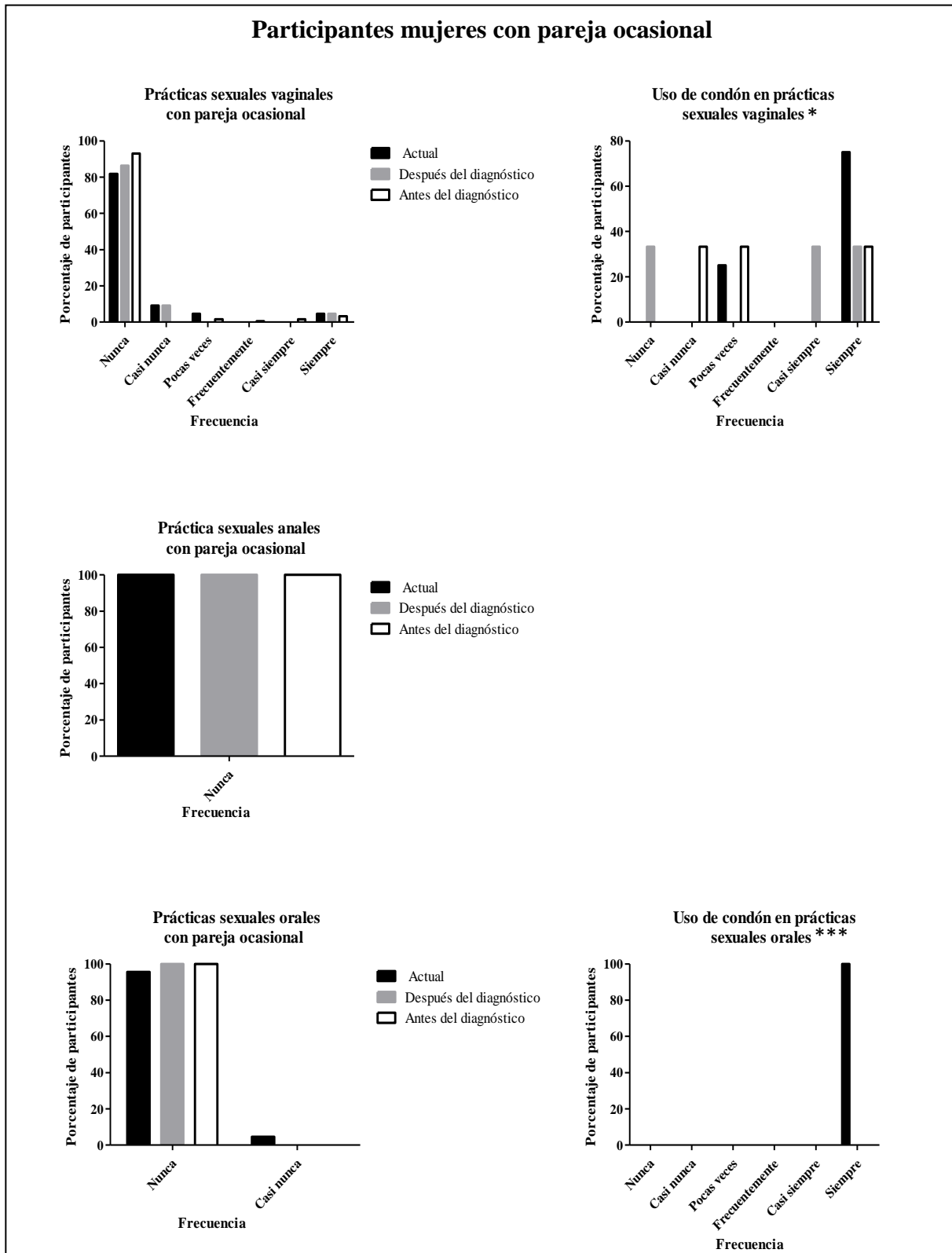


Figura 5.5. Frecuencia con que los participantes mujeres reportaron realizar prácticas sexuales vaginales, anales y orales con pareja estable en los últimos tres meses, tres meses después del diagnóstico de VIH y tres meses antes del diagnóstico, además la frecuencia con que reportaron usar condón en esas prácticas.

*Actual n=4, Después del diagnóstico n=3, Antes del diagnóstico n=3; ***Actual n=1, Después del diagnóstico n=0, Antes del diagnóstico n=0.

Porcentaje de relaciones sexuales protegidas: uso consistente del condón

El porcentaje de participantes que utilizaron el condón consistentemente se presenta en la Figura 5.6, el porcentaje también se presenta para hombres y mujeres. La mayoría de los participantes (75.4%, n=156), tanto hombres (75.7%, n=140) como mujeres (72.7%, n=16), reportaron usar el condón con una consistencia de 100%, es decir, en todos sus contactos sexuales. El 11.6% (n=24) de los participantes usan consistentemente el condón en un 25% o menos de las veces en sus contactos sexuales, en hombres el porcentaje es de 12.4% (n=23) y en mujeres de 4.5% (n=1).

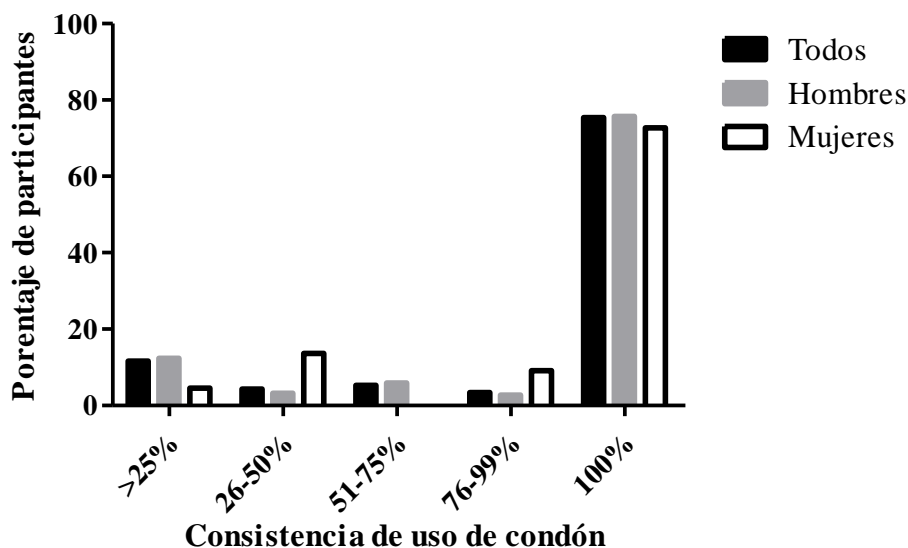


Figura 5.6. Porcentaje de participantes que obtuvieron diferente porcentaje en el uso consistente del condón.

Calidad de vida en la relación de pareja y en el área sexual

El puntaje promedio obtenido por los participantes en el área de calidad de vida en la relación de pareja fue de 21.96 (D.E.=14.87, rango=1-85), para esta escala el puntaje puede ir de 0 a 90, un puntaje alto indica deterioro en la calidad de vida en esta área. Para los participantes hombres el puntaje promedio fue de 21.54 (D.E.=14.89, rango=1-85) y para los participantes mujeres fue de 24.83 (D.E.=14.80, rango=7-57).

El puntaje promedio obtenido por los participantes en el área de calidad de vida sexual fue de 14.90 (D.E. 11.69, rango=0-45), en esta escala la puntuación va de 0 a 60, un puntaje alto indica deterioro en la calidad de vida en esta área. Para los participantes hombres el puntaje promedio fue 14.88 (D.E.=11.84, rango=0-45) y para las mujeres de 10.67 (D.E.=15.05, rango=0-35).

Las mujeres presentan en promedio un puntaje ligeramente más elevado que los hombres en las dos áreas, lo que indicaría que los hombres tienen una mejor calidad de vida en estas áreas. Las diferencias entre el puntaje de hombres y mujeres en el área de relación de pareja ($t=-0.877$, $gl=139$, $p=.382$) y sexual ($t=-0.62$, $gl=205$, $p=.951$) no resultaron significativas.

Sintomatología depresiva

Inventario de Depresión de Beck.

El rango de la puntuación en el BDI es de 0-63 puntos, puntajes más altos indican mayor intensidad en los síntomas depresivos. Los participantes en este estudio, obtuvieron un puntaje promedio de 9.09 (D.E.=8.11, rango=0-32),

para los hombres fue de 8.56 (D.E.=7.815, rango=0-31) y para las mujeres de 13.18 (D.E.=9.51, rango=0-32). La diferencia entre el puntaje promedio obtenido por hombres y mujeres resultó estadísticamente significativo ($t=-2.56$, $gl=205$, $p=.011$), lo que indica que las mujeres presentan sintomatología depresiva más intensa.

En cuanto a los niveles establecidos por el BDI se encontró que el 42% ($n=87$) de los participantes que tenían sintomatología depresiva, presentaron síntomas leves el 20.3% ($n=42$), síntomas moderados el 15.9% ($n=33$) y síntomas graves el 5.8% ($n=12$), el porcentaje de participantes hombres y mujeres en cada categoría se observa en la Tabla 5.11.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

El rango de puntuación en la escala de depresión del HADS va de 0-21, un punto de corte (11 puntos) indica la presencia de sintomatología depresiva. Los participantes obtuvieron en esta escala un promedio de 4.97 puntos (D.E.=4.09, rango=0-19); para los hombres el promedio fue de 4.71 puntos (D.E.=3.868, rango=0-19) y las mujeres de 7.18 puntos (D.E.=4.905, rango=0-19). La diferencia entre el puntaje promedio entre hombres y mujeres resultó estadísticamente significativa ($t=-2.752$, $gl=205$, $p=.006$), lo que indica, al igual que en el BDI, que las mujeres tienen más sintomatología depresiva.

En cuanto al punto de corte establecidos por el HADS para identificar presencia de sintomatología depresiva, se encontró que el 76.3% de los participantes ($n=158$) no presentan síntomas depresivos y el 11.1% ($n=23$) se consideran casos, es decir presentan sintomatología depresiva. Los porcentajes

de participantes hombres y mujeres en cada uno de los niveles en la escala de depresión del HADS se presentan en la Tabla 5.11.

Sintomatología ansiosa

Inventario de Ansiedad de Beck.

Para el BAI el rango de puntuación va de 0 a 63 puntos, y el puntaje es un indicador de la intensidad de los síntomas ansiosos. Los participantes en este estudio obtuvieron un promedio de 12.70 (D.E.=11.67, rango=0-44) puntos para BAI; el promedio de puntuación para los hombres fue de 11.79 (D.E.=10.964, rango=0-42) y para las mujeres de 20.36 (D.E.=14.624, rango=0-44). La diferencia entre el promedio de puntaje obtenido por hombres y mujeres es estadísticamente significativa ($t=-2.663$, $gl=23.88$, $p=.014$), lo que indica que las mujeres presentan sintomatología ansiosa más intensa.

Sesenta y cinco por ciento de la muestra ($n=136$) presentaron sintomatología ansiosa de acuerdo al BAI, con síntomas leves en el 30.9% ($n=64$) de la muestra, síntomas moderados en el 21.7% ($n=45$) y síntomas graves 13% ($n=27$). El porcentaje por sexo para cada categoría del BAI se presentan en la Tabla 5.11.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Las puntuaciones en la escala de ansiedad del HADS van de 0 a 21 y 11 es el punto de corte que indica que la persona presenta síntomas ansiosos. En este estudio el promedio de puntuación fue de 6.34 (D.E.=4.485, rango=0-21), en el caso de los hombres fue de 6.03 (D.E.=4.415, rango=0-19) y en el de las

mujeres fue de 8.95 puntos (D.E.=4.315, rango=2-21). La diferencia entre el puntaje promedio obtenido por hombres y mujeres resultó estadísticamente significativo ($t=-2.942$, $gl=205$, $p=.004$), lo que indica que las mujeres presentan más síntomas ansiosos.

En cuanto al punto de corte establecidos por el HADS para identificar presencia de sintomatología ansiosa, se encontró que el 66.7% de los participantes ($n=138$) no presentan síntomas ansiosos y el 18.8% ($n=39$) se consideran casos, es decir, presentan sintomatología ansiosa. Los porcentajes de participantes hombres y mujeres en cada uno de los niveles en la escala de ansiedad del HADS se presentan en la Tabla 5.11.

Adherencia al tratamiento.

La puntuación en el CEAT-VIH oscila entre 17 y 89 puntos, puntajes mayores indican una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral. La muestra de este estudio obtuvo un promedio de 78.27 puntos en este instrumento (D.E.=5.015, rango=62-85), el promedio de puntaje para los hombres fue de 78.18 (D.E.=5.125, rango=61-85) y para las mujeres de 79.05 (D.E.=3.982, rango=73-85). La diferencia entre el puntaje obtenido por hombres y mujeres no resultó estadísticamente significativa ($t=-0.766$, $gl=205$, $p=.445$)

En relación a los niveles de adherencia al tratamiento de acuerdo al CEAT-VIH, el 39.1% ($n=81$) de los participantes tenían adherencia adecuada, 39.6% ($n=82$) adherencia insuficiente y 21.3% ($n=44$) baja adherencia; el nivel de adherencia por sexo se presenta en la Tabla 5.11.

Tabla 5.11.

Niveles y puntos de corte en los instrumentos psicométricos.

Instrumento	Interpretación	Todos n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
<i>Síntomas de depresión</i>				
BDI	Mínima	120 (58.0)	112 (60.5)	8 (36.4)
	Leve	42 (20.3)	38 (20.5)	4 (18.2)
	Moderada	33 (15.9)	25 (13.5)	8 (36.4)
	Grave	12 (5.8)	10 (5.4)	2 (9.1)
HADS depresión	Normal	158 (76.3)	146 (78.9)	12 (54.5)
	Dudoso	26 (12.6)	22 (11.9)	4 (18.2)
	Caso	23 (11.1)	17 (9.2)	6 (27.3)
<i>Síntomas de ansiedad</i>				
BAI	Mínima	71 (34.3)	66 (37.5)	5 (22.7)
	Leve	64 (30.9)	60 (32.4)	4 (18.2)
	Moderada	45 (21.7)	39 (21.1)	6 (27.3)
	Grave	27 (13.0)	20 (10.8)	7 (31.8)
HADS ansiedad	Normal	138 (66.7)	128 (69.2)	10 (45.5)
	Dudoso	30 (14.5)	26 (14.1)	4 (18.2)
	Caso	39 (18.8)	31 (16.8)	8 (36.4)
<i>Adherencia al tratamiento</i>				
CEAT-HIV	Baja	44 (21.3)	41 (22.2)	3 (13.6)
	Insuficiente	82 (39.6)	71 (38.4)	11 (50.0)
	Adecuada	81 (39.1)	73 (39.5)	8 (36.4)

Propiedades psicométricas de los instrumentos

Antes del análisis de los datos para evaluar el modelo hipotético propuesto, se corroboraron las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados para esta muestra. Todos resultaron con consistencia interna y validez de constructo adecuadas, similar a las descritas para otras muestras (ver Tabla 5.12).

Para las escalas de calidad de vida en el área de relación de pareja y en el área sexual, se obtuvo una consistencia interna de $\alpha=.858$ y $\alpha=.871$

respectivamente; en la primera escala cuatro factores explican el 65.155% de varianza y en la segunda escala tres factores explican el 60.970% de varianza.

Para el BDI se obtuvo una consistencia interna de $\alpha=.935$, en relación a la validez de constructo los reactivos se agruparon en dos factores que explican el 51.365% de la varianza, estos factores coinciden con los factores propuestos en el instrumento original (Beck, Steer & Garbin, 1988). Para el BAI se obtuvo una consistencia interna de $\alpha=.940$, los reactivos se agruparon en cuatro factores consistentes con el instrumento original (Beck & Steer, 1991) que explican el 64.555% de la varianza. El HADS tuvo una consistencia interna de $\alpha=.935$ y los reactivos se agruparon en dos factores que explican el 59.477% de la varianza.

El CEAT-VIH resultó con una consistencia interna de $\alpha=.752$ y cuatro factores explican el 51.189% de varianza.

El análisis completo de las propiedades psicométricas de los instrumentos y la comparación de éstas con las obtenidas en otros estudios se presentan en el Adenda 1.

Tabla 5.12.*Propiedades psicométricas de los instrumentos.*

<i>Instrumento</i>	Confiabilidad	Validez de constructo		
	<i>Consistencia Interna</i>	<i>Reactivos eliminados</i>	<i>Factores</i>	<i>Varianza explicada</i>
EsCaViPS Área relación de pareja	$\alpha = .858$	Ninguno	4	65.155%
EsCaViPS Área sexual	$\alpha = .871$	Ninguno	3	60.970%
BDI	$\alpha = .935$	Ninguno	2	51.365%
HADS	$\alpha = .901$	Ninguno	2	59.477%
BAI	$\alpha = .940$	Ninguno	4	64.555%
CEAT-VIH	$\alpha = .752$	Ninguno	4	51.189%

De acuerdo a los resultados de los análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos se decidió utilizar para el análisis del modelo hipotético los datos obtenidos a través del BDI y BAI para la medición de los síntomas depresivos y ansiosos, ya que en ambos se conservaron todos los reactivos, poseen puntuaciones de consistencia interna más altas, la estructura factorial se conservó y en el caso del BAI explica mayor cantidad de varianza, en comparación con el HADS.

Evaluación del modelo hipotético propuesto

Los datos de tiempo en la relación de pareja y de calidad de vida en el área sexual no se obtuvieron para los participantes con pareja(s) ocasional(es). Además de esto, los resultados obtenidos al realizar comparaciones entre las variables del modelo para los participantes con pareja estable y ocasional(es), corroboró la necesidad de probar el modelo para los diferentes tipos de parejas.

Al realizar la comparación entre la revelación (como variable dicotómica) y el tipo de pareja a través de la prueba χ^2 , se encontró que la revelación es significativamente más frecuente en las parejas estables que en las ocasionales (49.3%, n=102 vs. 9.2%, n=19; $\chi^2=91.433$, $p<.001$; OR=25.41, IC 95%, 12.10-53.34, ver Tabla 5.2.).

Al comparar las variables del modelo (variables continuas) a través de la prueba t de Student, entre los participantes con pareja estable y con pareja ocasional (ver Tabla 5.13), se encontró que las PVVIH que tienen pareja estable presentan significativamente menos síntomas depresivos y ansiosos en comparación con los que tienen pareja ocasional; revelaron su diagnóstico en menor tiempo, presentaron menor deterioro* en su calidad de vida sexual y mejor adherencia al TARV. Las comparaciones entre las variables de uso consistente de condón y los indicadores clínicos se realizaron con la prueba U de Mann Whitney, ya que no presentan una distribución normal; estas variables no mostraron diferencias significativas de acuerdo al tipo de pareja.

*Se utilizó el término deterioro en la calidad de vida ya que puntajes elevados en esta escala indican peor calidad de vida.

Tabla 5.13.

Comparación de las variables psicológicas y clínicas de acuerdo al tipo de pareja.

	Estable (n=117)	Ocasional (n=90)			
	media(D.E.)		t	gl	p
Síntomas depresivos	7.30 (7.341)	11.32 (8.535)	-3.641	205	<.001
Síntomas ansiosos	10.45 (10.811)	15.62 (12.150)	-3.231	205	.001
Rapidez en la revelación*	43.53 (46.420)	10.33 (29.818)	5.909	205	<.001
Deterioro en la calidad de vida sexual**	12.79 (11.115)	17.63 (11.931)	-3.007	205	.003
Adherencia al tratamiento	78.92 (4.871)	77.42 (5.099)	2.153	205	.032
	media(D.E.)		z		p
Uso consistente del condón	82.03(34.151)	86.08(31.842)	-1.264		.206
CD4	427 (273)	468 (272)	-1.221		.222
Carga viral (log copias/mL)***	(n=37) 4.54 (4.98)	(n=18) 5.13(5.35)	228		.060

Notas: *En esta variable continua cero significa no revelar, por lo tanto un número más bajo corresponde a mayor tiempo en revelar, números más altos corresponden a un menor tiempo de revelación. **Puntajes altos indican peor calidad de vida. ***Sólo se incluyeron a los participantes con carga viral detectable (>40 copias/mL).

Antes de probar los modelos se realizó para cada grupo el análisis de correlación bivariada entre las variables del modelo a través del coeficiente de Pearson, como un análisis previo a la prueba de los modelos ya que es un requisito obtener correlaciones moderadas o altas antes de probar los modelos. La matriz de correlación para cada uno de los grupos se presenta en la Tabla 5.14.

Tabla 5.14.*Matriz de correlaciones para PVVIH con pareja estable y ocasional(es).*

Pareja estable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Síntomas depresivos	1									
2. Síntomas ansiosos	.570**	1								
3. Deterioro en la calidad de vida de relación de pareja	.420**	.248**	1							
4. Deterioro en la calidad de vida sexual	.502**	.525**	.477**	1						
5. Tiempo en la relación de pareja	-.014	-.038	-.049	-.042	1					
6. Rapidez en la revelación	.121	.233*	.038	-.054	.171	1				
7. Adherencia al tratamiento	-.294**	-.382**	-.305**	-.262**	-.020	-.050	1			
8. CD4	.090	.167	-.049	-.031	.014	.339**	-.025	1		
9. Carga viral	-.114	-.139	-.078	-.097	-.034	-.113	-.156	-.192*	1	
10. Uso consistente del condón	-.116	-.249**	-.010	-.125	.025	-.072	-.049	-.175	.087	1
Pareja(s) ocasional(es)	1	2	3	4	5	6	7	8		
1. Síntomas depresivos	1									
2. Síntomas ansiosos	.572**	1								
3. Rapidez en la revelación	-.129	-.187	1							
4. Deterioro en la calidad de vida de relación de pareja	.436**	.419**	-.158	1						
5. Adherencia al tratamiento	-.222*	-.288**	.092	-.196	1					
6. CD4	.061	.017	-.020	-.149	-.071	1				
7. Carga viral	-.006	-.067	-.088	.098	-.199	-.330**	1			
8. Uso consistente del condón	-.016	.041	.077	.019	-.217*	.127	.097	1		

Notas: * p< 0.05, **p < 0.01

Modelo para PVVIH con pareja estable

El modelo hipotético para participantes con pareja estable tal cual como fue propuesto (ver Figura 3.1A) no mostró un buen ajuste estadístico ($\chi^2=107.997$, $gl=31$, $p<.001$, $RMSA=0.146$), ninguno de los índices de ajuste, ni los coeficientes de regresión obtenidos fueron significativos de acuerdo a los puntos de corte predefinidos (ver la Figura 5.7 y la Tabla 5.15).

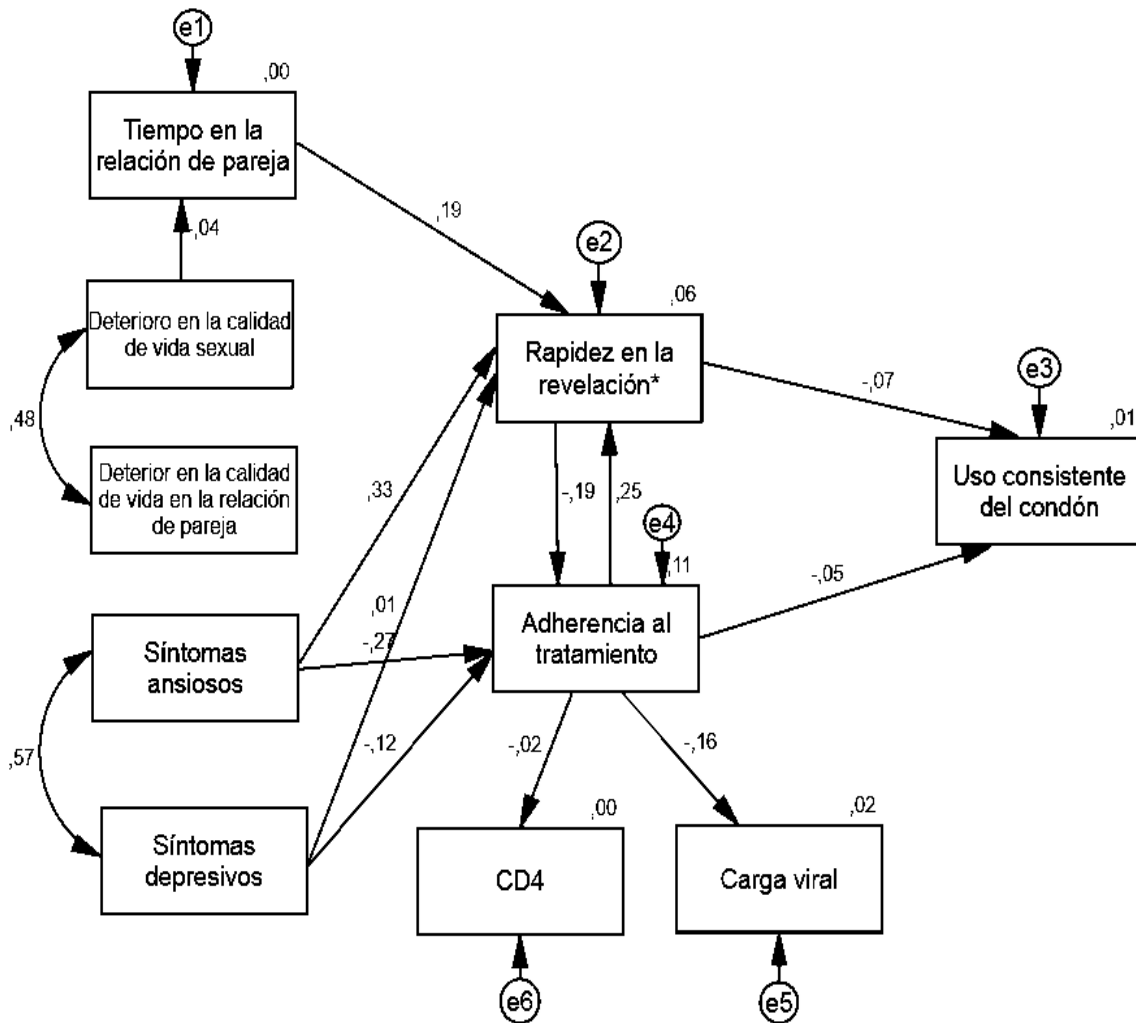


Figura 5.7. Modelo teórico probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja estable.

*En la variable de revelación cero significa no revelar, por lo tanto un número más bajo corresponde a mayor tiempo en revelar, números más altos corresponden a un menor tiempo de revelación.

Los valores sobre las flechas indican los coeficientes de regresión estandarizados, y los círculos representan los errores no observados que pueden afectar a las variables.

Tabla 5.15.

Coefficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo hipotético probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja estable.

			B (E.E)	β	p
Deterioro en la calidad de vida sexual	-->	Tiempo en la relación de pareja	-0.020 (0.044)	-0.042	.652
Tiempo en la relación de pareja	-->	Rapidez en la revelación	0.167 (0.082)	0.188	.040
Síntomas depresivos	-->	Adherencia al tratamiento	-0.076 (0.071)	-0.115	.281
Síntomas ansiosos	-->	Adherencia al tratamiento	-0.120 (0.072)	-0.273	.093
Síntomas ansiosos	-->	Rapidez en la revelación	0.139 (0.085)	0.330	.099
Síntomas depresivos	-->	Rapidez en la revelación	0.005 (0.079)	0.008	.948
Rapidez en la revelación	-->	Uso consistente del condón	-0.585 (0.727)	-0.075	.421
Adherencia al tratamiento	-->	Uso consistente del condón	-0.400 (0.696)	-0.053	.566
Adherencia al tratamiento	-->	CD4	-1.399 (5.211)	-0.025	.788
Adherencia al tratamiento	-->	Carga viral	-1.767 (1.038)	-0.156	.089
Adherencia al tratamiento	-->	Rapidez en la revelación	0.239 (0.503)	0.250	.634
Rapidez en la revelación	-->	Adherencia al tratamiento	-0.193 (0.509)	-0.185	.704

Notas: B= Estimados de la regresión, E.E.= Error estándar, β= Estimados estandarizados
 Índices de ajuste: n=117, $x^2= 107.997$, df=31, p=0.000. RMSA= 0.146, LO= 0.117 HI= 0.117.
 NFI= 0.505, IFI= 0.588, TLI= 0.354, CFI= 0.555.

Debido a que los datos no ajustaron para el modelo original propuesto, se realizaron ajustes y se generó un modelo a partir de los datos para PVVIH con pareja estable. Los cambios se realizaron considerando las relaciones significativas entre las variables del modelo obtenidas en la prueba de correlación con el coeficiente de Pearson (Tabla 5.14). Se eliminó la relación entre tiempo de revelación y uso de condón, entre revelación y adherencia al tratamiento y se estableció la relación entre deterioro en la calidad de vida sexual y adherencia al tratamiento.

El modelo generado a partir de los datos para el grupo de PVVIH con pareja estable tuvo adecuados índices de ajuste ($x^2= 31.015$, df= 25, p= .189, RMSA= 0.046) de acuerdo a los criterios establecidos. Este modelo se

presenta en la Figura 5.8; los coeficientes de regresión y los índices de ajuste se presentan en la Tabla 5.16.

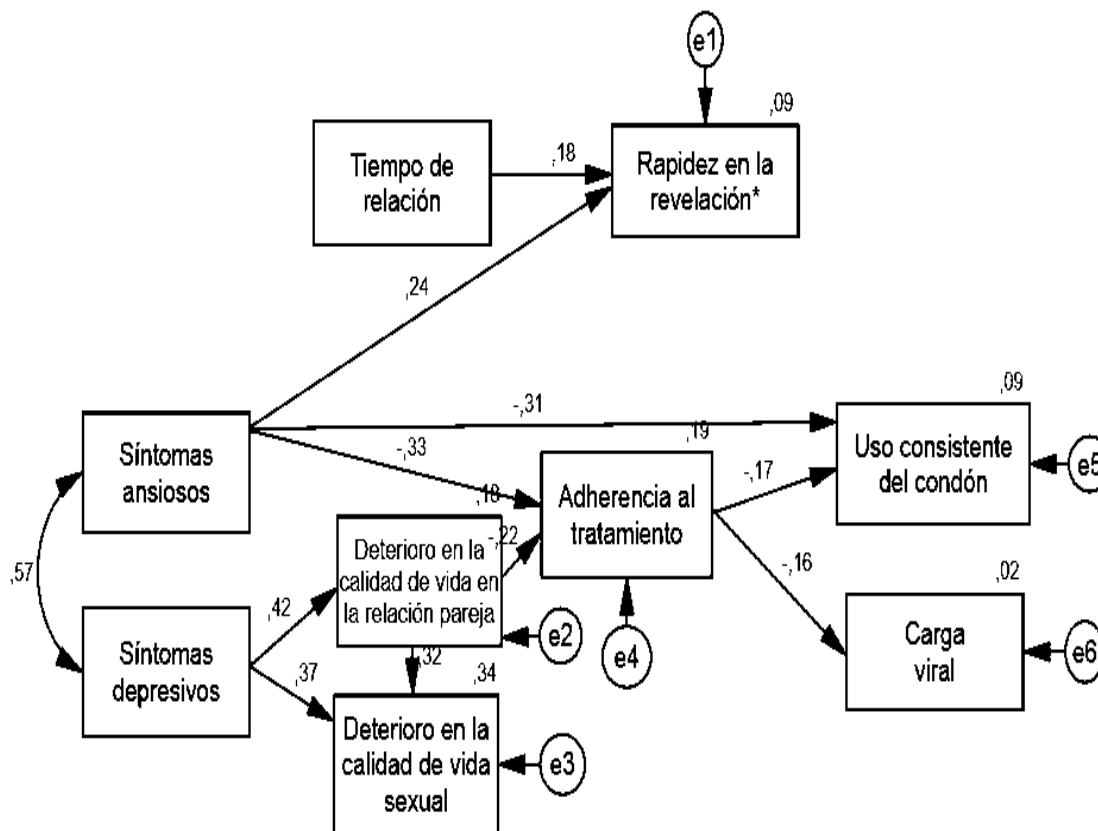


Figura 5.8. Modelo basado en los datos del grupo de PVVIH con pareja estable.

*En la variable de revelación cero significa no revelar, por lo tanto un número más bajo corresponde a mayor tiempo en revelar, números más altos corresponden a un menor tiempo de revelación.

Los valores sobre las flechas indican los coeficientes de regresión estandarizados, y los círculos representan los errores no observados que pueden afectar a las variables.

Tabla 5.16.

Coefficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo basado en los datos para PVVIH con pareja estable.

			B (E.E.)	β	p
Síntomas depresivos	-->	Deterioro en la calidad de vida en la relación de pareja	0.618 (0.124)	0.420	<.001
Deterioro en la calidad de vida en la relación de pareja	-->	Adherencia al tratamiento	-0.100 (0.038)	-0.224	.009
Síntomas ansiosos	-->	Adherencia al tratamiento	-0.144 (0.038)	-0.327	<.001
Tiempo en la relación de pareja	-->	Rapidez en la revelación	0.160 (0.079)	0.179	.043
Síntomas ansiosos	-->	Uso consistente del condón	-1.039 (0.318)	-0.313	.001
Síntomas ansiosos	-->	Rapidez en la revelación	0.101 (0.037)	0.239	.007
Síntomas depresivos	-->	Deterioro en la calidad de vida sexual	0.551 (0.125)	0.366	<.001
Deterioro en la calidad de vida en la relación de pareja	-->	Deterioro en la calidad de vida sexual	0.330 (0.085)	0.323	<.001
Adherencia al tratamiento	-->	Uso consistente del condón	-1.273 (0.722)	-0.169	.078
Adherencia al tratamiento	-->	Carga viral	-1.767 (10.039)	-0.156	.089

Notas: B= Estimados de la regresión, E.E.= Error estándar, β= Estimados estandarizados

Índices de ajuste: n= 117, $\chi^2= 31.015$, df= 25, p= 0.189. RMSA= 0.046, LO= 0.000 HI= 0.092

NFI= 0.842, IFI= 0.965, TLI= 0.946, CFI= 0.962

En este modelo ajustado, contrario a la hipótesis original, la revelación del diagnóstico no se asoció con el uso del condón, ni con la adherencia al tratamiento. Niveles más altos de sintomatología ansiosa predicen menor tiempo en revelar ($\beta=0.239$, $p=.007$), también predicen peor adherencia ($\beta=-0.327$, $p<.001$), y menor uso del condón ($\beta=-0.313$, $p=.001$). Mayor tiempo en la relación de pareja predice menor tiempo en revelar el diagnóstico ($\beta=0.179$, $p=.043$). La sintomatología depresiva predice el deterioro de la calidad de la vida sexual ($\beta=0.366$, $p<.001$) y el deterioro de la calidad de la relación de pareja ($\beta=0.420$, $p<.001$). El deterioro de la calidad de la relación de pareja predice una menor calidad de vida sexual ($\beta=0.323$, $p<.01$) y menor adherencia al tratamiento ($\beta=0.224$, $p=.009$). Como era de esperar, la

adherencia al tratamiento predice bajos niveles de carga viral ($\beta=-0.156$, $p=.089$), pero también predice menor uso del condón ($\beta=-0.169$, $p=.078$).

Modelo para PVVIH con pareja ocasional

El modelo hipotético para participantes con pareja(s) ocasional(es) tal cual como fue propuesto (ver Figura 3.1B) no mostró un buen ajuste estadístico ($\chi^2=45.811$, $gl=18$, $p<.001$, $RMSA=0.132$), ninguno de los índices de ajuste, ni los coeficientes de regresión obtenidos fueron significativos de acuerdo a puntos de corte predefinidos (ver la Figura 5.9 y la Tabla 5.17).

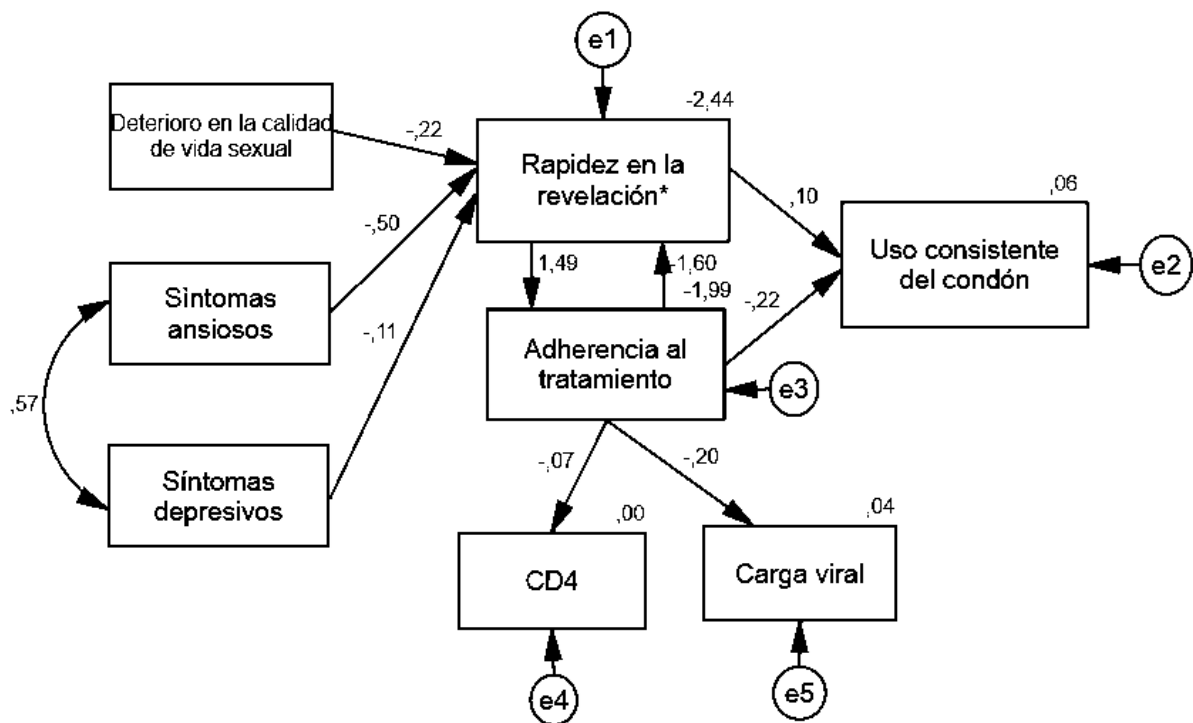


Figura 5.9. Modelo teórico probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja(s) ocasional(es).

*En la variable de revelación cero significa no revelar, por lo tanto un número más bajo corresponde a mayor tiempo en revelar, números más altos corresponden a un menor tiempo de revelación. Los valores sobre las flechas indican los coeficientes de regresión estandarizados, y los círculos representan los errores no observados que pueden afectar a las variables.

Tabla 5.17.

Coefficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo hipotético probado con los datos del grupo de PVVIH con pareja(s) ocasional(es).

			B (E.E.)	β	p
Síntomas ansiosos	-->	Rapidez en la revelación	-0.124 (0.090)	-0.500	.168
Síntomas depresivos	-->	Rapidez en la revelación	-0.037 (0.086)	-0.107	.663
Deterioro en la calidad de vida sexual	-->	Rapidez en la revelación	-0.054 (0.057)	-0.218	.342
Adherencia al tratamiento	-->	CD4	-3.738 (5.666)	-0.070	.509
Adherencia al tratamiento	-->	Carga viral	-4.347 (2,295)	-0.197	.058
Adherencia al tratamiento	-->	Uso consistente del condón	-1.197 (0.554)	-0.223	.031
Rapidez en la revelación	-->	Uso consistente del condón	0.886 (0.943)	0.097	.348
Rapidez en la revelación	-->	Adherencia al tratamiento	2,540 (1,735)	1.491	.143
Adherencia al tratamiento	-->	Rapidez en la revelación	-0.940 (0.725)	-1.601	.195

Notas: B= Estimados de la regresión, E.E.= Error estándar, β= Estimados estandarizados

Índices de ajuste: n= 90, $\chi^2= 45.811$, df= 18, $p < 0.001$. RMSEA= 0.132, LO= 0.085 HI= 0.1807
NFI= 0.5549, IFI= 0.672, TLI= 0.421, CFI= 0.628

El modelo basado en los datos para el grupo de PVVIH con pareja(s) ocasional(es), se realizó considerando que las variables de revelación del estado serológico y el deterioro en la calidad de vida en la relación de pareja no son relevantes en este grupo, además se tomaron en cuenta las correlaciones significativas entre las variables del modelo obtenidas con el coeficiente de Pearson (ver Figura 5.10), los índices mostraron un buen ajuste ($\chi^2=8.784$, df= 9, $p= .457$, RMSEA= 0.001). En la Tabla 5.18 se presentan los coeficientes de regresión y los índices de ajuste para este modelo.

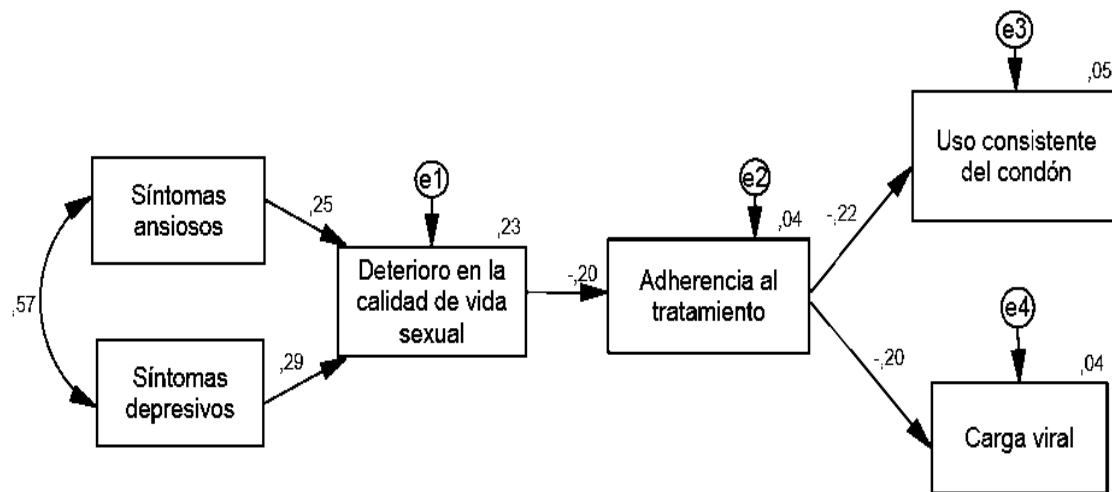


Figura 5.10. Modelo basado en los datos para PVVIH con pareja(s) ocasional(es).

Los valores sobre las flechas indican los coeficientes de regresión estandarizados, y los círculos representan los errores no observados que pueden afectar a las variables.

Tabla 5.18.

Coefficientes de regresión e índices de ajuste para el modelo basado en los datos para PVVIH con pareja(s) ocasional(es).

			B (E.E.)	β	p
Síntomas ansiosos	-->	Deterioro en la calidad de vida sexual	0.252 (0.113)	0.253	.026
Síntomas depresivos	-->	Deterioro en la calidad de vida sexual	0.409 (0.159)	0.292	.010
Deterioro en la calidad de vida sexual	-->	Adherencia al tratamiento	-0.084 (0.044)	-0.196	.069
Adherencia al tratamiento	-->	Carga viral	-4.347(2.270)	-0.199	.056
Adherencia al tratamiento	-->	Uso consistente del condón	-1.150 (0.549)	-0.217	.036

Notas: B= Estimados de la regresión, E.E.= Error estándar, β= Estimados estandarizados

Índices de ajuste: n= 90, $\chi^2= 8.784$, df= 9, p= 0.457, RMSEA= 0.001, LO= 0.000 HI= 0.117

NFI= 0.889, IFI= 1.003, TLI= 1.006, CFI= 1.000

Finalmente, se realizó una comparación entre el grupo de PPVIH que han revelado su estado serológico a sus parejas sexuales (n=121) y el grupo que no ha revelado (n=86), (ver Tabla 5.19). Se encontró que las PVVIH que han revelado tienen significativamente menos síntomas depresivos y ansiosos en comparación con los que no han revelado; además, los que han revelado tienen menor deterioro en su calidad de vida sexual, significativamente mayor adherencia al tratamiento médico y menor carga viral. Las comparaciones para las variables psicológicas se realizaron a través de prueba t de Student y las comparaciones entre las variables clínicas y la de uso consistente del condón se realizaron con la prueba U de Mann Whitney.

Tabla 5.19.

Comparación de las variables psicológicas y clínicas de acuerdo a si revelaron o no.

	Reveló (n=121)	No reveló (n=86)	Estadísticas		
	media(D.E.)		t	gl	p
Síntomas depresivos	7.43 (7.077)	11.33 (8.934)	3.363	155.7	.001
Síntomas ansiosos	10.93 (11.195)	15.20 (11.931)	2.633	205	.009
Deterioro en la calidad de vida sexual*	12.87 (11.167)	17.76 (11.895)	3.020	205	.003
Adherencia al tratamiento	79.07 (4.515)	77.14 (5.473)	-2.780	205	.006
	media(D.E.)		z		p
Uso consistente del condón	82.44 (33.448)	85.70 (32.822)	-0.973		.331
CD4	441 (280)	450 (264)	-0.546		.585
Carga viral (log copias/mL)**	(n=36) 4.33(4.67)	(n=19) 5.19(5.37)	200		.012

*Puntajes altos indican peor calidad de vida. **Sólo se incluyeron a los participantes con carga viral detectable (>40 copias/mL).

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar, a través de un modelo de trayectoria de ecuaciones estructurales, la relación entre revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales y el uso del condón, considerando la influencia de las variables emociones negativas (síntomas depresivos y ansiosos), tiempo en la relación de pareja, calidad de vida en la relación de pareja, calidad de vida sexual y adherencia al TARV.

Los resultados muestran que la revelación de diagnóstico de VIH no se asocia con el uso del condón en PVVIH mexicanas. Aunque tampoco se encontró una asociación entre la adherencia al tratamiento y revelación, la adherencia al tratamiento resultó ser un predictor de una menor consistencia en el uso del condón. La sintomatología ansiosa y depresiva fueron variables importantes en la revelación del diagnóstico.

En este estudio, al igual que lo reportado en otros (Davidson et al., 2012; Driskell et al., 2008a; Driskell, Salomon, Mayer, Capistrant, & Safren, 2008b; Kumar et al., 2007; Makhlof et al., 2011; Medley et al., 2004; Przybyla et al., 2013; Serovich, 2001; Simon et al., 2008; Tom, 2013; Wang et al., 2010; Were et al., 2008; Zea et al., 2008), las PVVIH con una pareja sexual estable revelan su diagnóstico con mucho mayor frecuencia, en comparación con las PVVIH con pareja(s) sexual(es) ocasional(es), de tal forma que el tipo de pareja puede ser un predictor de la revelación. Por otra parte, se encontraron diferencias significativas entre las PVVIH con pareja estable versus pareja ocasional en sintomatología depresiva y ansiosa, calidad de vida en el área sexual y la adherencia al tratamiento. Estas razones justificaron la necesidad

de evaluar distintos modelos de la relación entre la revelación del diagnóstico y el uso del condón para cada grupo.

El modelo basado en los datos para individuos con pareja sexual estable mostró que en esta muestra de PVVIH, la revelación del estado serológico del VIH no se asoció con la consistencia del uso del condón, contrario a lo que se ha reportado en otros estudios (Benotsch et al., 2012; Jacobs et al., 2013; King et al., 2008; Makhoul et al., 2011; Pinkerton & Galletly, 2007). Estos resultados pueden deberse a varios factores: el alto porcentaje de participantes (76%) que reportaron uso consistente del condón, lo que reduce la variabilidad del porcentaje de participantes que lo usan de forma inconsistente; el uso de una variable continua que representa la rapidez con que se revela el diagnóstico en el modelo, a diferencia de otros estudios que utilizan una variable dicotómica (revelación / no revelación), y las características particulares de la muestra estudiada (pacientes ambulatorios, en su mayoría hombres con orientación homosexual y bajo TARV, con vida sexual activa durante los últimos tres meses, que mayoritariamente reportaron consistencia en el uso del condón).

Los principales predictores de tiempo de la revelación del diagnóstico en el modelo derivado de los datos para PPVIH con pareja estable fueron mayor tiempo de la relación de pareja y altos niveles de ansiedad. El que el tiempo de relación haya resultado un predictor del tiempo de la revelación, refuerza la importancia de considerar el tipo de pareja sexual como un predictor importante de la revelación. En relación a la ansiedad, se había propuesto en el modelo que altos niveles predecirían una tardanza en revelar, sin embargo, contrario a lo esperado, los datos del modelo arrojaron que mayores niveles de ansiedad predicen una revelación más rápida; esto puede deberse a la

necesidad de apoyo social, y la aceptación de la pareja en los PVVIH con pareja estable identificadas en otros estudios (Kalichman, et al., 2003); sin embargo, también podría deberse al temor a la pérdida de la relación ante la demora en la revelación o a incapacidad para manejar la incertidumbre.

El modelo basado en los datos para PVVIH con pareja estable también muestra que mayor sintomatología ansiosa predice directamente el uso inconsistente del condón. Esta asociación no fue originalmente propuesta en el modelo teórico, ya que existen datos limitados en relación a la evaluación de esa asociación. Una posible explicación a esta relación podría ser que algunos estudios han demostrado que altos niveles de ansiedad pueden interferir con el proceso de toma de decisiones (Halty, 2011) y con menos habilidades para el uso consistente del condón y la negociación de su uso con las parejas sexuales (Hart & Heimberg, 2005; O’Cleirigh, Traeger, Mayer, Magidson & Safren, 2013), lo cual podría afectar el uso correcto del condón. Este hallazgo sugiere que las intervenciones conductuales dirigidas a disminuir la sintomatología ansiosa y al desarrollo de habilidades sociales como la asertividad, podrían tener un impacto positivo en el uso del condón. Algunos estudios muestran que al entrenar habilidades para la negociación con la pareja del uso del condón y habilidades para su uso correcto, se incrementa su uso consistente (Robles et al., 2006). Por otro lado, es importante considerar que usar consistentemente el condón no implica que se use correctamente, por lo que es necesario verificar que se use correctamente en las personas que reportan usarlo consistentemente.

La sintomatología ansiosa no sólo predice la rapidez en la revelación de la serología y la menor consistencia en el uso del condón, sino también menor adherencia al tratamiento, sin embargo, otras variables, en particular el

deterioro de la calidad de la relación de pareja y de la vida sexual también predicen menor adherencia al tratamiento, y a estas variables, a su vez, las predice la sintomatología depresiva. En otros estudios, es la sintomatología depresiva la que ha demostrado predecir directa y negativamente la adherencia al tratamiento (Gonzalez, Batchelder, Psaros & Safren, 2011; Sánchez-Sosa et al., 2009), más que la sintomatología ansiosa. El que el modelo no contenga un efecto directo de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en el presente estudio, puede deberse a que en la muestra estudiada los niveles de ansiedad resultaron más altos que los de depresión.

Para el modelo basado en los datos para PVVIH con pareja(s) ocasional(es) fue necesario eliminar del modelo el tiempo de revelación. Si bien la variable revelar/no revelar a la pareja sexual ocasional puede ser importante en el contexto del uso del condón, el tiempo de revelación es irrelevante en una relación sexual ocasional. De la misma forma, el tiempo de relación de pareja y la calidad de vida en la relación de pareja resultan irrelevantes en este contexto. En este modelo, igual que en el modelo para PVVIH con parejas estables, el deterioro de la calidad de vida sexual también es una variable mediadora para menor adherencia al tratamiento, y es a su vez predicha por la ansiedad y la depresión.

Como han reportado otros estudios (Maticka-Tyndale et al., 2002; Crepaz, 2009), en ambos modelos derivados de los datos (para PVVIH con pareja sexual estable o con pareja ocasional) se encontró que la adherencia al tratamiento predice directa y negativamente el uso consistente del condón. Algunos estudios sugieren que el impacto negativo de una alta adherencia sobre el uso del condón puede ser debido a la creencia de que una carga viral baja o indetectable es una manera eficaz de prevenir la transmisión del VIH

(Ostrow et al., 2002; Remien et al., 2005; Stephenson et al., 2003; Wilson & Minkoff, 2001). Si bien se ha reportado que las personas bajo TARV con carga viral baja o indetectable tienen un menor riesgo de transmisión del VIH (Cohen et al., 2011), las relaciones sexuales sin protección pueden resultar en la transmisión/adquisición de otras infecciones de transmisión sexual (Camoni et al., 2009). Por lo tanto, será importante determinar en futuros estudios si esta creencia es lo que hace que el uso del condón sea menor en los PVVIH bajo TARV y adecuada adherencia (Antela, 2004; Camoni et al. 2009; Crepaz et al., 2004; Juarez-Vílchez & Pozo, 2010; Kerrigan et al., 2006; Maticka-Tyndale et al., 2002; Ostrow et al., 2002; Remien et al., 2005; Stephenson et al., 2003; Wilson & Minkoff, 2001), con la finalidad de diseñar intervenciones para brindar conocimientos correctos sobre la infección y reinfección por VIH y promover el uso del condón a pesar de tener una carga viral indetectable.

El modelamiento de ecuaciones estructurales ha demostrado ser una poderosa herramienta para comprender la compleja relación entre variables, como en el modelo propuesto, sin embargo hay que tener precauciones en la interpretación de los datos al considerar las limitaciones de la técnica, de las medidas utilizadas para el uso del condón, el tipo de pareja y la revelación del diagnóstico y del diseño del estudio. En primer lugar, el modelo se puso a prueba en una sola muestra con características particulares (PVVIH ambulatorios, atendidos en la consulta externa del CIENI, hombres en su mayoría con orientación homosexual y bajo TARV, con vida sexual activa durante los últimos tres meses, la mayoría con reporte de uso consistente del condón); en segundo lugar se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, que es una limitante para la generalización de los resultados.

Por otra parte, el análisis con ecuaciones estructurales se puede utilizar no sólo para el análisis confirmatorio de un modelo, sino también para la generación de modelos basados en datos, como se hizo en este estudio, por lo tanto será necesaria la confirmación de los modelos de nueva creación en una muestra diferente (MacCallum & Austin, 2000). Además, es importante poner a prueba los modelos basados en otras poblaciones, para confirmar que estos resultados se pueden aplicar a poblaciones similares de PVVIH mexicanas que asisten a centros atención ambulatorios.

Una característica importante de la muestra es que las PPVIH que no habían comenzado TARV fueron excluidas. Estos individuos puede estar en el proceso de la aceptación de la infección y, por lo tanto, la revelación y el uso del condón puede ser completamente diferentes. Es importante destacar que estos individuos sin tratamiento pueden tener cargas virales más altas y, por lo tanto, mayor riesgo de transmisión del virus en las relaciones sexuales sin protección (Cohen et al., 2011). Individuos usuarios de drogas inyectables también fueron excluidos y estas poblaciones pueden ser muy diferentes en las variables bajo estudio. Son necesarios más estudios para evaluar a estos grupos.

En este estudio se destacó la idoneidad y confiabilidad de los indicadores e instrumentos de medición elegidos para incluir en el modelo. Todos los instrumentos psicométricos utilizados se han adaptado y validado en la población mexicana y algunos en PVVIH, además de que en este estudio se corroboraron sus propiedades psicométricas. Sin embargo, hablar sobre las conductas sexuales en la cultura mexicana aún genera cierto grado de vergüenza y malestar, lo que podría generar un sesgo en el reporte de los participantes. Con el fin de reducir este sesgo, se garantizó la confidencialidad

y la participación voluntaria a los participantes a través del consentimiento informado pero es difícil establecer su impacto.

La medición del uso del condón ha representado un reto en la investigación de conductas sexuales, en primer lugar, porque es un comportamiento privado e íntimo que resulta imposible observar directamente, por lo tanto las medidas disponibles son indirectas y se ven afectadas por la memoria, por la posible falta de claridad en las preguntas que afecta la comprensión de las mismas y por la deseabilidad social (Geary, Tchupo, Johnson, Cheta & Nyana, 2003), en especial en la cultura mexicana como ya se mencionó. La medición del uso del condón en este estudio intentó disminuir los problemas que esta representa, utilizando las propuestas que incrementa la validez de la medida de esta variable (Jaccard & Wan, 1995) como el reporte de número de veces que se utilizó el condón en un periodo de tiempo específico, en lugar de utilizar una escala Likert; sin embargo, esta propuesta no controla del todo la fuente de error que representa la memoria (recordar los encuentros sexuales en los que se utilizó condón en un periodo de tiempo determinado). Aunque se incluyeron medidas (escala Likert) de la frecuencia del uso del condón en diferentes prácticas sexuales (vaginal, anal y oral), estas no se incluyeron en los modelos, la medida incluida fue la de consistencia de uso de condón en los últimos tres meses.

Un punto fundamental es considerar que en este estudio se utilizó un diseño transversal, por lo que se recomienda precaución en las interpretaciones que se le dan a las predicciones entre las variables que contienen los modelos. En los modelos de ecuaciones se deben cumplir dos supuestos (MacCallum & Austin, 2000): 1) el tiempo transcurrido entre la variable independiente y la dependiente debe ser casi instantáneo, 2) las

variables predictoras no deben cambiar a través del tiempo. En este estudio, la sintomatología ansiosa y depresiva, pueden cambiar a través del tiempo, por lo que no se puede descartar la posibilidad de una causalidad inversa, donde la revelación más rápida, el uso inconsistente del preservativo o la menor adherencia al tratamiento, generan ansiedad o depresión; o donde el deterioro de la calidad de la relación/deterioro en la calidad de vida sexual expliquen la depresión, para lo anterior se requerirían realizar estudios con diseños longitudinales donde se descarte una causalidad inversa.

En resumen, el análisis a través de ecuaciones estructurales permitió poner a prueba el modelo hipotético propuesto basado en la literatura científica, sobre el papel de diversas variables, en particular la ansiedad y la depresión, en la relación entre el tiempo de la revelación del diagnóstico y el uso del condón. Aunque el modelo original no ajustó adecuadamente a los datos, este permitió proponer dos modelos que mostraron adecuados índices de ajuste. En ambos modelos, se encontró que la ansiedad y la depresión predicen de forma directa o indirecta (a través de la calidad de vida sexual) la baja adherencia al TARV, que a su vez predice el uso del condón. Por otra parte, en el modelo para PVVIH con pareja estable, la ansiedad predice directamente la rapidez en la revelación y el menor uso del condón. Sin embargo, contrario a nuestra hipótesis primaria, en este estudio no se encontró asociación entre la revelación del diagnóstico y el uso del condón, el tiempo en que se realiza la revelación de la serología mostró ser una variable irrelevante para las PVVIH con parejas sexuales ocasionales.

Los resultados de este estudio sugieren que podría ser más importante que las intervenciones se enfoquen en la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, más que en promover la revelación del diagnóstico. Una

sugerencia para el diseño de intervenciones a partir de estos hallazgos es favorecer la regulación emocional de las PVVIH, lo que posteriormente facilitará el intervenir en otras variables, como el entrenamiento de habilidades para tomar la decisión de revelar o no (conociendo sus beneficios) y que puedan llevarla a cabo. El diseño anterior también permitiría favorecer el uso consistentemente del condón y la modificación de creencias relacionadas con el uso del condón y el TARV.

Capítulo 6

Estudio 2: Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la revelación del diagnóstico y el uso del condón en PVVIH

Objetivo general

Determinar el efecto que tiene una intervención cognitivo conductual sobre la revelación del diagnóstico y el uso del condón en personas con VIH.

El diseño de la intervención se determinó con los resultados obtenidos en el Estudio 1, al identificar las variables más relevantes para incluir en la intervención, además de considerar las variables y las técnicas que la literatura científica indica como relevantes en función de la evidencia sobre su efectividad.

Las variables que se incluyeron en la intervención fueron: malestar emocional: depresión y ansiedad, revelación del diagnóstico, satisfacción con la relación de pareja y en el área sexual, habilidades para el uso correcto y consistente del condón, negociación de uso de condón.

Objetivos específicos

Evaluar el efecto de la intervención cognitivo conductual en:

- Los síntomas emocionales: ansiedad y depresión.
- El establecimiento de reglas de revelación del diagnóstico de VIH a pareja(s) sexual(es): a quién(es) revelar, en qué momento, bajo qué condiciones.
- La calidad de vida en la relación de pareja.
- La calidad de vida en el área sexual.
- El número de parejas sexuales.

- Las habilidades para el uso correcto del condón.
- Las habilidades para el uso consistente del condón.

Hipótesis

La intervención cognitivo conductual disminuirá el malestar emocional: ansiedad y depresión.

La intervención cognitivo conductual promoverá el establecimiento de las reglas de revelación del estado del diagnóstico a las parejas sexuales.

La intervención cognitivo conductual incrementará la calidad de vida en la relación de pareja y en el área sexual.

La intervención cognitivo conductual disminuirá el número de parejas sexuales.

La intervención cognitivo conductual incrementará el uso correcto y consistente del condón.

Diseño de la intervención

A partir de los resultados del Estudio 1 se desarrolló el contenido de la intervención cognitivo conductual para impactar la revelación del diagnóstico y el uso del condón en PVVIH. Los resultados indican que es fundamental disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, lo que posteriormente facilitará la intervención en otras variables, como el entrenamiento de habilidades para tomar la decisión de revelar o no y llevarlo a cabo, para el uso correcto y consistentemente del condón y para la modificación de creencias relacionadas con el uso del condón y el TARV. La evidencia señala que las intervenciones cognitivo conductuales son las más efectivas para la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva y favorecer la regulación emocional.

El contenido de la intervención se complementó con la intervención derivada del Project Enhance la cual tiene por objetivo reducir las conductas sexuales de riesgo en HSH VIH positivos latinos en Estados Unidos, esta intervención individual considera las dos variables de interés en este estudio y ha mostrado buenos resultados en HSH estadounidenses en relación a la disminución de conductas sexuales de riesgo. La intervención fue probada en un estudio piloto por Knauz et al., (2007), para definir el contenido de los módulos y posteriormente por Safren et al., (2013) en un estudio controlado aleatorizado. La Tabla 6.1 presenta los módulos que incluye la intervención del Project Enhance.

Tabla 6.1.

Módulos de la intervención del Project Enhance.

Tema	Objetivo/Actividades
Teniendo sexo	Revisar cómo las decisiones sexuales pueden tener un efecto en la salud física y el bienestar. Se analizan las prácticas sexuales actuales, se comparan con las que se han tenido en el pasado y con las que les gustaría tener.
Drogas de diversión (PartyDrugs)	Revisar los efectos de algunas drogas (metanfetaminas, alcohol, cocaína, éxtasis, poppers) y como éstas impactan las decisiones relacionadas con las prácticas sexuales. Se exploran las razones del por qué las personas usan estas drogas, se evalúan los pros y los contras al usarlas y cómo manejar su uso de una forma más segura.
Manejando el estrés	Enseñar diferentes ejercicios para reducir el estrés, esto podría ayudar a manejar varios factores estresantes cotidianos y eventos estresantes asociados con el sexo y con las relaciones de pareja.
Detonantes	Detonante es un término usado para identificar un evento, una persona, un lugar o una emoción que puede influir en las decisiones y conductas. El objetivo es identificar los propios detonantes para mantener la salud sexual.

Continuación Tabla 6.1.

Tema	Objetivo/Actividades
Las culturas, las comunidades y usted	Explorar cómo la cultura y las diferentes comunidades tienen un impacto en la vida diaria y las decisiones en el área sexual.
Revelación	“Revelación” significa compartir o descubrir algo que es privado o personal, en este caso se habla de la revelación del diagnóstico de VIH-SIDA. El objetivo es identificar experiencias pasadas en relación a la revelación y establecer las reglas personales de toma de decisiones para realizar la revelación en el futuro.
Consiguiendo las relaciones que usted quiere	Evaluar los diferentes tipos de relaciones que se tienen, las relaciones que se quieren y cómo conseguirlas. Evaluar los diferentes estilos de comunicación que ayudan a conseguir relaciones más satisfactorias.

Los módulos que se retomaron de la intervención del Project Enhance para el diseño de la intervención que se probó en este estudio fueron: teniendo sexo, manejando el estrés, detonantes, revelación, y consiguiendo las relaciones que usted quiere. En la muestra analizada en el Estudio 1 el consumo de drogas no se reportó con frecuencia, por lo que se no se incluyó el módulo de drogas de diversión. El módulo de las culturas, las comunidades y usted se enfoca a entender el papel que juegan la raza y la etnia en las decisiones sexuales, por ser dirigido a hombres latinos que viven en Estados Unidos, así que tampoco se incluyó en la intervención.

La intervención propuesta para este estudio consta de diez sesiones impartidas de manera semanal en un formato individual, esto último con la finalidad de disminuir el posible sesgo que surge de la deseabilidad social en los reportes de los pacientes sobre sus prácticas sexuales. Aunque un formato grupal podría ser benéfico al permitir a los participantes practicar ciertas

habilidades sociales como la asertividad y la negociación para el uso del condón, sin estigma, se ha observado que la asistencia de los pacientes del CIENI a grupos de apoyo o psicoterapéuticos es baja. La descripción general del contenido de la intervención se muestra en la Tabla 6.2.

Tabla 6.2.

Descripción general de los módulos de la intervención.

Módulo	No. de sesiones	Objetivo	Técnicas utilizadas	Evaluación
Regulación emocional	4	Al final de este módulo el paciente tendrá la habilidad para regular sus emociones lo que se reflejará en la disminución de frecuencia e intensidad de sus emociones negativas (ansiedad y tristeza).	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en relajación.	Disminución en puntajes de Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, a un nivel que indiquen síntomas mínimos o leves. Disminución de frecuencia e intensidad de ansiedad y tristeza (auto-registro). Disminución en variables fisiológicas: frecuencia cardiaca, presión arterial.
Revelación del diagnóstico	2	Al finalizar el módulo el paciente establecerá sus reglas de revelación, decidirá a qué personas revelará su estado serológico y se percibirá capaz de llevarlo a cabo.	Reestructuración cognitiva, balance decisional, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, visualización guiada.	Establecer reglas de revelación del diagnóstico (a qué personas, en qué momento, en qué situaciones). Si el paciente decide revelar, el auto-reporte de haber revelado a su pareja su estado serológico.

Continuación Tabla 6.2.

Módulo	No. de sesiones	Objetivo	Técnicas utilizadas	Evaluación
Calidad de vida en el área sexual y en la relación pareja	1	Al finalizar el módulo el paciente incrementará su funcionalidad e interés en el área sexual, para lo cual establecerá metas para mantenerse satisfecho con sus conductas sexuales.	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, balance decisional.	Disminución en el puntaje obtenido en la escala de área sexual y de relación de pareja de la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos.
Detonantes de conductas sexuales de riesgo	1	Al final del módulo el paciente aprenderá estrategias para manejar los detonantes relacionados con los riesgos sexuales que toma.	Psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas, control de estímulos, manejo de contingencias.	El auto-reporte del paciente del manejo de detonantes de conductas sexuales riesgosas.
Habilidades para el uso correcto y consistente del condón	1	Al final del módulo el paciente podrá identificar las características de la correcta colocación y retirada de un condón.	Exposición de información, modelado, manejo de contingencias.	El paciente colocará y retirará correctamente un condón usando un modelo de pene.
Comunicación y negociación de uso de condón	1	Al final del módulo el paciente podrá negociar sexo con su pareja (principalmente el uso del condón), independientemente del tipo de pareja, del tipo de contacto y de la situación en la que se encuentre.	Reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad.	El paciente reportará semanalmente (en el registro conductual) el uso correcto del condón en el 100% de sus relaciones sexuales.

A pesar de que la revelación del diagnóstico es poco frecuente en las PVVIH con pareja ocasional y que el tiempo en que tarda en revelar no es relevante en estos individuos (de acuerdo a los resultados del Estudio 1), se incluyó un módulo sobre revelación del diagnóstico de VIH en la intervención que aplica tanto a PVVIH con pareja estable como a los que tienen pareja ocasional, ya que el módulo está enfocado a que la persona establezca sus reglas de revelación y adquiera estrategias para llevar a cabo la revelación, más que a promover que las personas revelen su diagnóstico a sus parejas sexuales.

El módulo “Satisfacción en la vida sexual y de pareja”, aparentemente no sería relevante para PVVIH con pareja ocasional, sin embargo el contenido de este módulo se enfoca mucho más a la satisfacción en el área sexual, considerando como variable importante el tipo de relación de pareja (estable/ocasional). Para las PVVIH con pareja estable se retomaron temas de comunicación y solución de conflictos en la relación de pareja.

La adherencia al tratamiento no se incluyó como un módulo en la intervención, sin embargo, fue un comportamiento que se reforzó cada sesión a través de los auto-registros conductuales que los participantes realizaban semanalmente de esta conducta; por lo tanto, esta variable se midió al igual que las otras variables. Lo que sí se incluyó en la intervención (módulo de satisfacción en la vida sexual y de pareja y detonantes) fue información acerca de cómo el TARV disminuye la probabilidad de transmisión, pero que a pesar de eso es importante el uso del condón para prevenir otras ITS, corrigiendo creencias equivocadas sobre la transmisión y reinfección del VIH, esto en relación a los resultados de la predicción de menor uso del condón por la buena adherencia al tratamiento.

Método

Participantes

Once pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA, ambulatorios, usuarios de la consulta externa del CIENI, de los cuales diez fueron hombres y una mujer.

Criterios de inclusión.

Hombres y mujeres con diagnóstico de VIH.

Mayores de 18 años de edad.

Que tuvieran vida sexual activa en los últimos tres meses.

Que obtuvieran puntuaciones que indican sintomatología moderada o grave al menos uno de los Inventarios de Beck (ansiedad o depresión), es decir puntuaciones por arriba de 16 puntos en el BDI y/o por arriba de 15 en el BAI.

Que estuvieran en tratamiento antirretroviral.

Que aceptaran participar de manera voluntaria.

Que asistieran a las 10 sesiones de intervención y a las dos sesiones de evaluación (una inicial y una final).

Criterios de exclusión.

Pacientes con diagnóstico de demencia asociada a VIH (según conste en el expediente clínico).

Pacientes con diagnóstico psiquiátrico de algún trastorno psicótico.

Pacientes que estuvieran en tratamiento psicológico o que participaran en algún protocolo de investigación de Psicología del Área Psicosocial y Educativa del CIENI.

Pacientes que dejaran de asistir a las sesiones de intervención o que no completaran alguna de las evaluaciones.

Pacientes que retiraran su consentimiento para participar en el estudio.

Pacientes usuarios de drogas inyectables.

Se invitaron a participar a un total de 20 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para este estudio, dos de ellos no aceptaron participar, uno aceptó pero no se presentó, y seis dejaron de asistir en las primeras sesiones (entre la 1 y la 3), a estos pacientes se les contactó para invitarlos a regresar, haciendo dos intentos con cada uno (ver Figura 6.1). Los motivos mencionados por los pacientes que dejaron de asistir a la intervención fueron: cambio de domicilio, ingreso a un trabajo, poca disponibilidad de horario por actividades laborales.

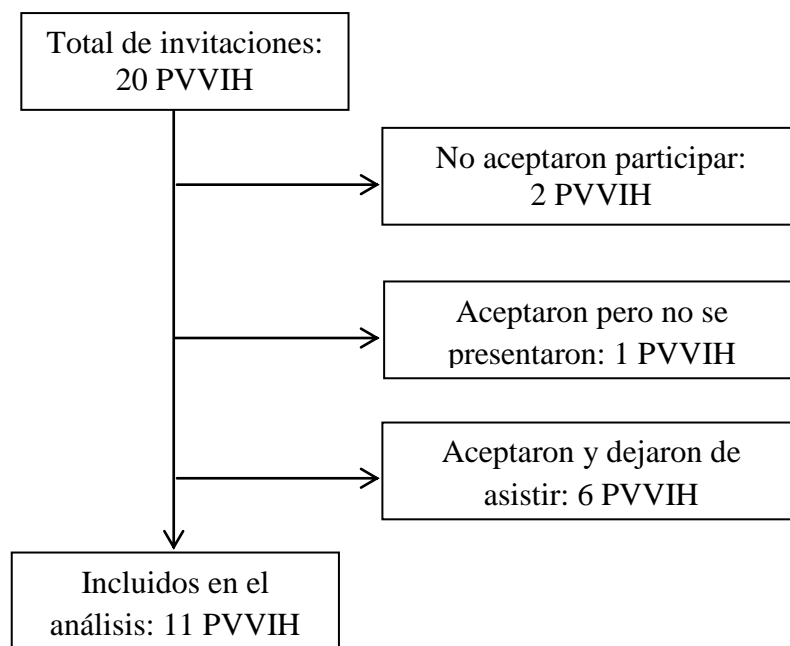


Figura 6.1. Participantes reclutados, excluidos e incluidos en el análisis de Estudio 2.

Escenario

La aplicación de la intervención se llevó a cabo en consultorios del CIENI, libres de interrupciones y con condiciones de privacidad.

Variables e instrumentos

Se recabaron las mismas variables sociodemográficas y clínicas que en el Estudio 1.

Variable independiente.

1. Intervención psicológica basada en técnicas cognitivo-conductuales. La intervención estuvo estructurada en seis módulos (10 sesiones individuales): regulación emocional (depresión y ansiedad), revelación del diagnóstico, calidad de vida en el área sexual y en la relación pareja, habilidades para el uso correcto y consistente del condón, negociación de uso de condón. La descripción general de cada módulo se presenta en la Tabla 6.2, la descripción detallada de la intervención a través de cartas descriptivas se presentan en el Apéndice 10.

Variables dependientes.

1. *Síntomas depresivos*. Definida conceptualmente igual que en Estudio 1. Esta variable fue medida a través de las respuestas de los participantes al Inventario de Depresión de Beck (BDI, ver Apéndice 5; instrumento descrito en la sección de Método del Estudio 1). El BDI se aplicó de forma semanal desde la sesión de evaluación inicial, la línea base, las sesiones de

intervención, hasta la evaluación final; además, se aplicó en las sesiones de seguimiento.

Se utilizó además un registro conductual, que realizaba el paciente diariamente y que entregaba en cada sesión. Este registro está basado en el Registro Conductual Cotidiano utilizado por González-Puente y Sánchez-Sosa (2002) en un estudio que evaluó el efecto de una intervención dirigida a mejorar la calidad de vida de PVVIH en México. Un auto-registro es un registro o conteo de las conductas tal y como éstas ocurren, así la persona anota el número de veces que ocurre una conducta específica; se considera que es lo más aproximado a observación directa del terapeuta cuando se asegura que la persona comprendió qué y cómo registrar y cuando este registro está libre de la deseabilidad social. Es una técnica de registro observacional frecuentemente utilizada, aunque también puede utilizarse como una técnica de autocontrol (Martin & Pear, 1999). Estos sistemas de auto-registro se han diseñado expresamente para facilitar un registro conductual confiable por parte de la persona (sobre todo con baja escolaridad) y han mostrado niveles razonables de confiabilidad en otros estudios (Sánchez-Sosa & Alvarado, 2008).

El auto-registro utilizado en este estudio se diseñó para el registro durante una semana de las siguientes conductas: conductas sexuales (número de parejas, número de encuentros sexuales y uso de condón), comunicación con la pareja, peleas con la pareja, expresión afectiva, disfunciones sexuales, toma de medicamentos antiretrovirales, ansiedad y tristeza (Apéndice 11). El registro contiene espacios que indican cada conducta a registrar y espacios en donde la persona marca la ocurrencia de cada una, además incluye la definición de cada conducta para que la persona pueda identificarla más fácilmente y no tenga dudas o confusión en el momento de registrar.

La medida de síntomas depresivos a través del auto-registro conductual se realizó de forma semanal (todas las semanas desde la evaluación inicial hasta los seguimientos) y fue sobre la frecuencia e intensidad (1=poco, 2=regular, 3=mucho) con la que el participante sintió tristeza durante una semana. Para obtener el puntaje del auto-registro de estos síntomas se utilizó tanto el reporte de frecuencia como el de intensidad, y se obtuvo multiplicando el número de veces que registraron sentir los síntomas por la intensidad reportada (p.e. En una semana: tres veces sintió tristeza con una intensidad de poco [3x1], sumada a dos veces que sintió tristeza con una intensidad de regular [2x2], sumado a una vez que sintió tristeza en una intensidad de mucho [1x3], el puntaje de la relación entre frecuencia e intensidad es 10 [3+4+3]).

2. *Síntomas ansiosos*. Definida conceptualmente como en el Estudio 1. Esta variable fue medida a través de las respuestas de los participantes al Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, ver Apéndice 7; instrumento descrito en la sección de Método del Estudio 1). El BAI se aplicó de forma semanal desde la sesión de evaluación inicial, la línea base, las sesiones de intervención, hasta la evaluación final; además se aplicó en las sesiones de seguimiento.

Esta variable fue también con el auto-registro semanal (todas las semanas desde la evaluación inicial hasta los seguimientos) del participante en el registro conductual sobre la frecuencia e intensidad con que el participante sintió estos síntomas (Apéndice 11). El puntaje para el auto-registro de ansiedad se obtuvo de la misma forma que para el de tristeza.

Otras medidas relacionadas con esta variable fueron la frecuencia cardiaca y la presión arterial, reacciones fisiológicas asociadas a la ansiedad, medidas antes y después del entrenamiento en relajación, estas mediciones fueron realizadas con un esfigmomanómetro digital.

3. *Revelación del diagnóstico.* Definida conceptualmente igual que en el Estudio 1. Esta variable fue medida antes de la intervención a través de las respuestas de los participantes al Cuestionario sobre la revelación del diagnóstico (ver Apéndice 2), durante la intervención con el establecimiento de sus reglas de revelación por parte del participante (a quién revela, en qué momento y en qué situaciones) y con el auto-reporte, en la evaluación final y en los seguimientos, de a qué personas reveló.

4. *Calidad de vida en la relación de pareja.* Definida conceptualmente igual que en el Estudio 1. Esta variable fue medida en la evaluación inicial, en la final y en las sesiones de seguimiento a través de las respuestas de los participantes a los reactivos del área de relación de pareja de la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS, ver Apéndice 4, instrumento descrito en la sección de Método del Estudio 1). Además, medida semanalmente (todas las semanas desde la evaluación inicial hasta los seguimientos) a través del auto-registro del paciente en el registro conductual sobre las siguientes conductas: comunicación con la pareja, pelea con la pareja y expresión afectiva con la pareja (ver Apéndice 11). Para obtener la puntuación semanal para estas conductas, se contabilizó (por separado) el número de veces que el participante anotó en su registro la ocurrencia de cada conducta en una semana.

5. *Calidad de vida en el área sexual.* Definida conceptualmente igual que en el Estudio 1 y medida en la evaluación inicial, en la final y en las sesiones de seguimiento a través de las respuestas de los participantes a los reactivos del área sexual de la EsCaViPS (Ver Apéndice 4). Además, medida semanalmente (todas las semanas desde la evaluación inicial hasta los seguimientos) a través

del auto-reporte del paciente en los registros conductuales sobre disfunciones sexuales (ver Apéndice 11). Para obtener la puntuación semanal de esta conducta, se contabilizó el número de veces que el participante anotó en su registro que sucedió la conducta en una semana.

6. *Número de parejas sexuales.* Esta variable fue medida en la evaluación inicial, en la final y en las sesiones de seguimiento a través de las respuestas de los participantes al Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales (ver Apéndice 3). Además, medida semanalmente a través del auto-registro del participante en los registros conductuales, el participante anotaba en un recuadro el número parejas sexuales que tenía en cada semana (ver Apéndice 11).

7. *Uso correcto del condón.* Se define como la habilidad para seguir una serie de pasos (Robles et al., 2006) que aseguran que el condón se coloque y retire correctamente durante el coito y esto disminuya la probabilidad de que se rompa o se quede adentro. Esta variable fue medida inicialmente (sin brindar información ni entrenamiento) a través de la observación directa de cómo el participante coloca un condón masculino en un modelo de pene para enseñanza, para lo cual se le entregaron condones con diferentes fechas de caducidad y el modelo de pene, y se le dio la instrucción de que colocara y retirara el condón como normalmente lo hace al tener un contacto sexual con penetración. El observador (terapeuta) registró en lista de verificación (ver Apéndice 12) el número de pasos correctos que siguió el participante de un total de 15 pasos (pasos establecidos por Robles et al., 2006;) a partir del número de pasos correctos, se obtuvo el porcentaje de uso correcto, siendo el 100% los 15 pasos establecidos ($\text{Número de pasos realizados correctos} \times 100 /$

15). Después de esta evaluación, esta variable se volvió a medir después de brindar la información y el entrenamiento en la habilidad de colocar correctamente el condón, dando el mismo material e instrucción al participante; la medida se repitió en la evaluación final y en las sesiones de seguimiento.

8. *Uso consistente de condón.* El porcentaje de relaciones sexuales protegidas se obtuvo dividiendo el número de veces que se utilizó el condón entre el número de contactos sexuales que se tuvieron en los últimos tres meses previos a la aplicación del instrumento, multiplicado por cien; quienes obtienen el 100% de relaciones sexuales protegidas son los que se identifican como consistentes (Robles, et al., 2006). Esta variable fue medida en la evaluación inicial, en la final y en las sesiones de seguimiento a través de las respuestas de los participantes al Cuestionario sobre el patrón (tipo y frecuencia) de conductas sexuales (Ver Apéndice 3, instrumento descrito en la sección de Método del Estudio 1). Además medida semanalmente (todas las semanas desde la evaluación inicial hasta los seguimientos) a través del auto-registro del paciente en los registros conductuales (ver Apéndice 11), en el que también se obtuvo el porcentaje de relaciones sexuales protegidas (Número de veces que usó el condón / Número de contactos sexuales x 100), según el tipo de contacto sexual (vaginal, oral y anal).

9. *Adherencia al tratamiento.* A pesar de que la intervención psicológica no tiene un módulo que incidiera directamente en esta variable, se reforzaba cada sesión, por lo que se consideró importante medirla, además, por ser una variable considerada en el modelo evaluado en el Estudio 1 y por su relación con el uso del condón. Definida conceptualmente igual que en el Estudio 1,

esta variable se midió en la evaluación inicial, en la final y en las sesiones de seguimiento a través de las respuestas de los participantes al Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH, ver Apéndice 8, instrumento descrito en la sección de Método del Estudio 1) y semanalmente a través del auto-registro del paciente en los registros conductuales (ver Apéndice 11). Para obtener la puntuación semanal de esta conducta en el auto-registro se obtuvo el porcentaje adecuado de toma de medicamento en función del número de dosis que cada paciente tomaba en una semana, se consideró 100% la indicación médica de dosis y horarios (tomas correctas registradas por el pacientes x 100 / Número de dosis indicadas por el médico).

Diseño

En esta estudio se utilizó un diseño n=1 con 11 réplicas clínicas* de la intervención, fue un diseño AB con medidas de conductas objetivo múltiples y con seguimiento (Barlow & Hersen, 1988). Se recolectaron tres medidas de línea base (A), diez medidas durante la intervención (B), una medida al final de la intervención y dos medidas de seguimiento un mes después de concluida la intervención y tres meses después. El momento en que se realizaron las mediciones de cada variable de acuerdo al diseño utilizado se presentan en la Tabla 6.3.

Se utilizó este diseño, en lugar de un diseño de grupos, porque es considerado un diseño cuasi-experimental (Campbell & Stanley, 1966) que tiene más control (validez interna) que un diseño pre-experimental de grupo, pero en dónde no se tiene que incluir un grupo control que tiene las desventajas de tener: 1) objeciones éticas al no dar de forma inmediata una

intervenciones psicológica a participantes que lo necesitan y se beneficiarían con ella y 2) problemas prácticos, al no ser sencillo reclutar el suficiente número de participantes para completar el grupo control y el experimental (Barlow & Hersen, 1988).

Tabla 6.3.

Esquema de mediciones a través del tiempo de acuerdo al diseño utilizado.

Variable	Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	Sesión	LB1	LB2	LB3	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Evaluación final					Seg1											
Instrumento																															
Síntomas depresivos	1. BDI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓												✓
	2. Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Síntomas ansiosos	1. BAI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓												✓
	2. Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Calidad de vida en el área sexual y en la relación de pareja	1. EsCaViPS	✓													✓				✓												✓
	2. Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uso consistente del condón	1. Cuestionario sobre el patrón de conducta sexual	✓													✓				✓												✓
	2. Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uso correcto del condón	1. Observación directa												✓	✓					✓												✓
Medidas fisiológicas	1. Esfigmomanómetro digital						✓	✓																							
Adherencia al tratamiento	1. CEAT-VIH	✓													✓				✓												✓
	2. Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Nota: LB= línea base, S= sesión, Seg= seguimiento, ✓= medición realizada

Procedimiento

Se invitó a participar a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión que acudían a consulta en la especialidad de psiquiatría (primera vez o subsecuente) en el CIENI; el periodo de reclutamiento fue de julio de 2013 a febrero de 2014. Para identificar a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se realizó lo siguiente:

1. Se verificaba en el sistema de citas del CIENI que los pacientes programados en la consulta de psiquiatría no se encontraran en tratamiento psicológico.
2. Se contactaba al paciente el día de su cita y se le preguntaba directamente si se encontraba en tratamiento antirretroviral.
3. Si cumplía con los criterios anteriores, se aplicaban los siguientes instrumentos psicométricos en la sala de espera del CIENI mientras el paciente esperaba pasar a su cita médica: BDI, BAI y Cuestionario sobre patrón de conductas sexuales, los cuales se calificaban inmediatamente.

Cuando el paciente cumplía los criterios de inclusión, se le invitaba a participar en el estudio, explicándole en qué consistía el estudio y los beneficios que podía obtener al participar, así como las actividades que se comprometería a realizar si aceptaba participar. Se le entregaba y explicaba el Consentimiento Informado (ver Apéndice 13), se le daba tiempo para que lo leyera y se aclaraba cualquier duda. Si el paciente aceptaba participar se le pedían sus firmas en el Consentimiento Informado; se le explicaba el llenado del registro conductual y se llenaba junto con él uno de forma retrospectiva (siete días antes a la invitación) para la primera medición de línea base; se

concertaba una cita para sesión de evaluación y se le entregaba un carnet de citas y el registro conductual para dos semanas.

En la sesión de evaluación, programada dos semanas después de la invitación al paciente, se realizaba una primera aplicación de los cuestionarios e instrumentos psicométricos y se recolectaban los registros conductuales (de dos semanas); esta aplicación y registros conductuales corresponden a la línea base (tres semanas, tiempo establecido por conveniencia práctica y para que el paciente no esperara más de dos semanas para recibir la intervención, teniendo sintomatología ansiosa y/o depresiva moderada o grave).

Una vez concluida la línea base, se citaba al paciente para el inicio de las sesiones de intervención (10 sesiones). En cada sesión se evaluaba al paciente a través de BDI, BAI y se recolectaba el registro conductual que el paciente había realizado durante esa semana. La descripción general de la intervención se presenta en la Tabla 6.2 y la descripción detallada en el Apéndice 10, descripción de las técnicas cognitivo conductuales utilizadas en cada módulo se presenta en la Tabla 6.4. Las sesiones fueron individuales, semanales con una duración de 60 minutos cada una.

Para asegurar que la intervención fuera administrada de la misma manera a todos los participantes fue impartida por el mismo terapeuta (autor de la tesis), que posee entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales, además de experiencia clínica específicamente con PVVIH.

Una vez concluidas las 10 sesiones de la intervención, se citaba al paciente una semana después para la sesión de evaluación final, en esta sesión se realizaba la aplicación de todos los cuestionarios e instrumentos psicométricos, se medía el uso correcto del condón a través de la colocación de un condón masculino en el modelo de pene de enseñanza y se realizaba el

cierre del tratamiento pidiéndole al paciente que expresara por escrito los beneficios que obtuvo con la intervención. Se le entregaban al paciente registros conductuales para un mes y se establecía una cita para la primera sesión de seguimiento, resaltando la importancia del llenado de los registros conductuales y la aplicación de las técnicas revisadas durante la intervención en su vida cotidiana.

En la cita del primer seguimiento se reforzaba al paciente por el llenado de los registros conductuales, se aplicaban los cuestionarios e instrumentos psicométricos, se medía el uso correcto del condón a través de la colocación de un condón en el modelo de pene y se concertaba una cita para la segunda sesión de seguimiento a los tres meses, entregando los registros conductuales para ese periodo de tiempo. En la segunda cita de seguimiento se repetía el procedimiento de la primera sesión de seguimiento, aclarando que esa cita era la última que incluía mediciones, y que se dejaba cita abierta por si el paciente consideraba que necesita reforzar alguna de las técnicas revisadas en la intervención.

Tabla 6.4.

Descripción de las técnicas cognitivo conductuales usadas en cada uno de los módulos de la intervención.

Modulo	Técnica	Descripción de la técnica
Regulación emocional	Psicoeducación	Se proporcionaba información a los pacientes acerca de la enfermedad y la interacción de ésta con sus emociones, cogniciones y conductas. Se explicaba a los pacientes la función de las emociones (tristeza y ansiedad), su relación con las cogniciones y conductas y qué caracteriza a las emociones funcionales/adaptativas y a las emociones disfuncionales (frecuencia, duración, intensidad).
	Reestructuración cognitiva: evidencia a favor y en contra	Esta técnica consistía en identificar y modificar pensamientos y creencias distorsionadas que intensifican una emoción y hacen más probable un comportamiento disfuncional (Beck, 2000). Se utilizaba con el fin de disminuir la intensidad y frecuencia de emociones asociadas a pensamientos distorsionados. La modificación de pensamientos disfuncionales se hacía buscando evidencia a favor y en contra (hechos reales) del pensamiento y a partir de esto se generaba un pensamiento alterno objetivo y funcional.

Continuación Tabla 6.4.

Modulo	Técnica	Descripción de la técnica
Regulación emocional	Entrenamiento en solución de problemas	<p>La técnica de solución de problemas puede definirse como la técnica cognitivo conductual dirigida a aumentar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresante de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes (D’Zurilla & Nezu, 2010). Se entrenaba en esta técnica para que el participante la aplicara en el caso de que experimentara una emoción disfuncional y no tuviera distorsiones cognitivas, a través de esta técnica se identificaba y delimitaba la situación generadora de la emoción (problema), buscando así opciones de solución para enfrentar la situación problemática. La técnica incluyó cinco pasos (D’Zurilla & Godfried, 1971): 1) Orientación al problema: desarrollar una actitud positiva hacia el problema y la capacidad de afrontarlo. 2) Definición del problema: recopilar toda la información relevante sobre el problema a partir de los hechos, corregir cualquier distorsión sobre sobre el problema. 3) Generación de alternativas de solución: generar numerosas opciones de solución para el problema considerando los siguientes principios, cantidad, variedad y aplazamiento de juicio. 4) Toma de decisión: valorar las diferentes alternativas anticipando sus consecuencias positivas y negativas de su implementación y valorando cada consecuencia en una escala subjetiva del 0 al 10, dónde 0 es no tiene ningún valor para mí y10 tiene mucho valor para mí; así a través de un análisis costo-beneficio se elige la mejor alternativa. 5) Implementación de la solución y verificación: planificar la puesta en práctica de la solución elegida estableciendo los pasos y recursos necesarios, posteriormente valorar los resultados.</p>
	Entrenamiento en relajación	<p>La respiración diafragmática es un ejercicio sencillo en el que se entrenaba al participante a respirar profundamente a través de su diafragma, con esta respiración se produce una gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen, lo que hace posible disminuir la tasa de respiración y la demanda de oxígeno, en consecuencia hay una disminución de la tasa cardiaca y la presión arterial, estos cambios son incompatibles con la respuesta de ansiedad o estrés. Para realizar el entrenamiento en relajación, se les explicaba al participante la técnica en términos sencillos y después se le pedía sentarse cómodamente y colocar una mano en el pecho y otra en el abdomen para que identificaran los movimientos de esas partes de su cuerpo con la respiración profunda; se les pedía comenzar a respirar inhalando por la nariz y observando cómo la mano que estaba en el abdomen se inflaba como si se tuviera un globo, posteriormente se le pedía que exhalara muy despacio (desinflando el globo), para ello, se modelaba la forma en que debían inhalar y exhalar; se le daba retroalimentación y se les indicaba las veces que tenían que realizar el ejercicio (6 a 8 respiraciones) y los tiempos para inhalar y exhalar el aire. Se utilizó para disminuir las repuestas fisiológicas que acompañan a la ansiedad, lo que facilita al participante la recuperación de la calma y el equilibrio mental. Se pretendía que una vez que el participante dominara la habilidad de relajación en un ambiente controlado (como el consultorio o una habitación sin ruido), pudieran aplicarla en situaciones reales.</p>

Continuación Tabla 6.4.

Modulo	Técnica	Descripción de la técnica
Revelación del diagnóstico	Reestructuración cognitiva	Se identificaban y modificaban pensamientos y creencias distorsionadas asociadas a la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales, se identificaba cómo los pensamientos distorsionados estaban asociados a emociones muy intensas o frecuentes. La evaluación de los pensamientos distorsionados y su modificación se hizo a través de la técnica de evidencia a favor y en contra. Se pedía al participantes que evaluara su emoción de forma subjetiva del 0 al 10 (dónde 0 era no tengo la emoción y 10 era la tengo muy intensa) antes y después de modificar sus pensamientos distorsionados asociados a la revelación del diagnóstico.
	Balance decisional	Se realizaba un análisis de las ventajas y desventajas de revelar el diagnóstico con la finalidad de que el participante tomara la decisión de revelar o no. A partir de esta decisión establecía su regla de revelación: a quién revelar, en qué momento, en qué situaciones.
	Entrenamiento en solución de problemas	Se empleó esta técnica con la finalidad de buscar las alternativas para elegir el mejor momento y la mejor forma de revelar el diagnóstico, al final se realizaba con el participante un plan de acción para llevar a cabo la revelación.
	Entrenamiento en habilidades sociales: comunicación	El entrenamiento en habilidades sociales incluye un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y de comunicación (Segrin, 2009). En este módulo se entrenaron habilidades de comunicación que facilitarían la revelación del diagnóstico, se entrenaba en habilidades no verbales a través de modelado como mirar a los ojos, tono de voz y postura, y se pedía al participante imitara esos comportamientos reforzando de forma positiva la realización correcta o dando retroalimentación para mejorarla; se entrenaban también las habilidades de iniciar, mantener y concluir una conversación. Al final, a través de un juego de roles, en el que se simulaba que el participante revelaba su diagnóstico a otra persona (terapeuta) se ensayaban todas las habilidades entrenadas.
	Visualización guiada	Una vez que el participante tenía el plan de acción y el entrenamiento en habilidades de comunicación, se elaboraba un guion con elementos que permitían al participante imaginar el momento en que revelaría su diagnóstico, esto con la finalidad de preparar al participante para el evento (exposición a través de la imaginación).
Calidad de vida en el área sexual y en la relación pareja	Psicoeducación	Se proporcionaba información a los pacientes sobre la transmisión del VIH, sobre todo acerca de la transmisión por vía sexual, se hablaba sobre el riesgo que tienen cada una de prácticas sexuales y los factores que hacen más o menos probable la transmisión del virus.
	Reestructuración cognitiva	Se identificaban y modificaban pensamientos y creencias distorsionadas en relación a la transmisión del VIH, utilizando la información revisada. Se identificaban y modificaban pensamientos y creencias distorsionadas relacionadas con su vida sexual y de relación de pareja.
	Balance decisional	Se realizaba un análisis de las ventajas y desventajas de continuar con sus prácticas sexuales actuales, considerando la información brindada, y el participante tomaba la decisión de continuar con esas prácticas o modificarlas.
	Entrenamiento en solución de problemas	Se empleaba esta técnica con la finalidad de buscar alternativas para modificar sus prácticas sexuales actuales riesgosas o poco satisfactorias. Además para definir problemas en la relación de pareja y buscar opciones de solución.

Continuación Tabla 6.4.

Modulo	Técnica	Descripción de la técnica
Detonantes de conductas sexuales de riesgo	Psicoeducación	Se proporcionaba información a los pacientes sobre la transmisión del VIH, sobre todo acerca de la transmisión por vía sexual, se revisaba qué son las conductas sexuales de riesgo, las conductas sexuales protegidas y seguras, así como la definición de detonante (situación que hace más probable que una persona lleve a cabo conductas sexuales de riesgo).
	Análisis funcional de la conducta	Es una técnica de evaluación que permite establecer una explicación de las interacciones entre el comportamiento de interés (conducta problema, en este caso las conductas sexuales de riesgo como el no usar condón) y las situaciones antecedentes y consecuentes del mismo, así como las características propias del individuo (Martin & Pear, 1999). Se ayudaba al participante a identificar sus conductas de riesgo y se realizaba junto con él un análisis funcional de esas conductas con la finalidad de modificarlas, a través de este análisis funcional se identificaban los detonantes de conductas sexuales de riesgo.
	Entrenamiento en solución de problemas	Se empleaba esta técnica con la finalidad de buscar alternativas de cómo modificar los detonantes de las conductas de riesgo y se generaba un plan de acción.
	Control de estímulos	Esta técnica consiste en manipular el ambiente para no estar en contacto con los detonantes de una conducta o para mostrar información nueva o señales de referencia que permitan llevar a cabo la conducta deseada (Rodríguez, 1999). Así lo participantes generaban planes de acción modificando su ambiente para no exponerse a detonantes de conductas sexuales de riesgo, por ejemplo regular el número de copas de alcohol que tomaban en una fiesta o discoteca porque el estar bajo el influjo del alcohol era un detonante para no usar condón.
	Manejo de contingencias	Técnica que incluyó reforzamiento positivo (consecuencia positiva después de realizar la conductas), reforzamiento negativo (quitar una consecuencia negativa al realizar una conducta), ambos incrementa la probabilidad de que se presente la conducta en un futuro y moldeamiento que es reforzar los pequeños pasos o aproximaciones a una conductas meta; con esto se intentaba incrementar la cantidad y frecuencia de conductas sexuales protegidas y seguras (Martin & Pear, 1999; Skinner, 1969). Se entrenó a los participantes en que manejaran sus propias contingencias ante conductas sexuales.
Habilidades para el uso correcto y consistente del condón	Exposición de información	Se presentaba a los participantes los pasos del uso correcto del condón y las ventajas de usarlo correctamente.
	Modelado	Esta técnica consiste en demostrar cómo se lleva a cabo una habilidad de forma efectiva y cómo no debe realizarse, la demostración la lleva a cabo un modelo que domina la habilidad (Martin & Pear, 1999). El terapeuta tomaba el papel de modelo y enseñaba cada uno de los pasos del uso correcto del condón a los participantes a través de un modelo de pene de enseñanza.
	Manejo de contingencias	A través de esta técnica se reforzaba la habilidad del participante para poner el uso del condón en el modelo de pene. Se le daba retroalimentación correctiva cuando era necesaria.
Comunicación y negociación de uso de condón	Reestructuración cognitiva	Se identificaban y modificaban pensamientos y creencias distorsionadas en relación a la negociación del uso del condón, por ejemplo, “seguro le va a sorprender que le pida que usemos condón”, “va a pensar que lo engaño”, “van a pensar que soy promiscuo”
	Entrenamiento en habilidades sociales, asertividad	En este módulo se entrenaban habilidades de asertividad que facilitaban la negociación del uso del condón. Esto se realizaba a través del modelado de conductas asertivas donde el terapeuta era el modelo y a través del juego de roles en dónde se practicaban las habilidades entrenadas.

Análisis de datos

La descripción de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas fue realizada con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y con media y desviación estándar (D.E.) para variables continuas.

Una vez concluidas las mediciones de la línea base, la intervención, la evaluación final y los seguimientos, los datos fueron capturados y analizados a través del programa SPSS versión 21.

Para evaluar si los cambios a partir de la intervención resultaron significativos en cada variable se realizaron análisis de medidas repetidas utilizando la prueba de Friedman para el caso de más de dos mediciones (por ejemplo, línea base, intervención y seguimientos) y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para el caso de dos mediciones (por ejemplo, evaluación inicial y evaluación final), el nivel de significancia se estableció en $p < .05$. La distribución de los datos en cada medición se muestran a través de diagramas de caja y bigote, además se presentan figuras que representan los cambios por participante para analizar los cambios en el nivel y la tendencia de cada variable.

La significancia estadística permite determinar si existe una diferencia significativa entre dos o más mediciones, pero no da cuenta de la magnitud de dicha diferencia ni del valor de los resultados obtenidos en el contexto clínico (Kraemer et al., 2003), por lo que además se incluyeron los siguientes análisis:

1. Significancia práctica obtenida a través del tamaño del efecto con el índice *d* de Cohen (para muestras relacionadas), este índice es un indicador de la magnitud del cambio y muestra la importancia de los resultados encontrados a partir de cuantificaciones que exceden la sola presencia o ausencia de una

diferencia estadísticamente significativa (Cohen, 1988; Peterson, 2008). Este índice fue calculado con la siguiente fórmula:

$$d = \frac{M_{post} - M_{pre}}{DE_{pre}}$$

Donde M_{post} es la media de la puntuación posterior al tratamiento (en el caso de este estudio se utilizó el promedio obtenido en la evaluación final), M_{pre} es la media de las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento (en el caso de éste estudio se utilizó el dato obtenido en la primera medición de línea base) y DE_{pre} la desviación estándar de las mediciones obtenidas antes del tratamiento. La interpretación de los resultados de esta fórmula se realiza a través de los siguientes criterios: *cambio pequeño* cuando se obtiene una d igual o menor a 0.20, un *cambio moderado* cuando la d es igual a 0.50 y un *cambio grande* cuando la d es igual o mayor a 0.80 (Cohen, 1988; Morris & DeShon, 2002).

2. Significancia clínica la cual ayuda a determinar la eficacia de un tratamiento estableciendo hasta qué punto éste genera cambios importantes y valiosos para el paciente y su comunidad. De acuerdo a Jacobson y Truax (1991) un cambio clínicamente significativo se produce cuando el enfermo retorna a un funcionamiento normal, es decir, cuando puede ser considerado como parte de la población funcional.

Para calcular la significancia clínica se utilizó el método propuesto por Jacobson y Truax (1991) en el cual se calculan dos indicadores de significancia clínica (se empleó el método utilizado cuando solo se tienen datos de la población disfuncional y no se conoce información de la población funcional):

a) Punto de Corte (PC) obtenido a partir de la sumatoria de la media de la población disfuncional (Md) y de dos veces la desviación estándar de dicha población disfuncional (DEd): $PC = Md + 2DEd$. Si a partir del instrumento utilizado las mejorías se ven representadas por reducciones de los puntajes y no por incrementos, se debe cambiar la valencia de la desviación estándar por un valor negativo: $PC = M + (-2DEd)$.

La interpretación del PC se realiza de la siguiente manera: el puntaje obtenido por el participante en la medición posterior al tratamiento debe ser igual o menor al PC calculado cuando la mejoría se represente con disminución del puntaje del instrumento, y la puntuación debe ser igual o mayor al PC cuando la mejoría esté representada con un incremento en el puntaje del instrumento.

b) Índice de Cambio Confiable (ICC) obtenido a través de la siguiente fórmula:

$$ICC = \frac{X_{post} - X_{pre}}{S_{diff}}$$

Siendo X_{pre} el puntaje del participante previo al tratamiento (en el caso de este estudio se utilizó el dato obtenido en la primera medición de la línea base), X_{post} el puntaje del participante posterior al tratamiento (en el caso de éste estudio se utilizó la medida obtenida en la evaluación final) y S_{diff} el error estándar de la diferencia entre X_{post} y X_{pre} . Para realizar el cálculo de S_{diff} es necesario calcular primero el error estándar del instrumento utilizado (S_E).

$$S_{diff} = \sqrt{2S_E^2} \quad S_E = D_{pre} \sqrt{1 - r_{xx}}$$

Siendo D_{pre} la desviación estándar de la muestra previa al tratamiento y r_{xx} la confiabilidad test-retest del instrumento de medición utilizado.

Un ICC superior o igual a 1.96 o inferior o igual a -1.96, es suficiente para considerar que el cambio es real ($p < .05$), siendo en extremo improbable que se deba al azar. En caso de que el instrumento de medición usado sea una escala donde las mejorías se resumen en una reducción en el puntaje, las mejorías confiables son aquellas con un ICC inferior o igual a -1.96 y los deterioros confiables los que tengan un ICC igual o superior a 1.96. Por el contrario, aquellos instrumentos en los que las mejorías están representadas por incrementos en los puntajes, los cambios positivos confiables son los que cuentan con un ICC superior o igual a 1.96, mientras que los deterioros confiables son aquellos inferiores o iguales a -1.96.

A partir del PC y del ICC, el método de Jacobson y Truax (1991) sugiere asignar a los pacientes a una de cuatro categorías en función de sus niveles de cambio: 1) *pacientes recuperados* son aquellos que alcanzaron el PC y el ICC necesario, 2) *pacientes que mejoraron* son aquellos que no alcanzaron el punto de corte pero si el ICC, 3) *pacientes que no mejoraron* son aquellos que no alcanzaron ninguno de los dos requisitos y 4) *pacientes que empeoraron* son aquellos que alcanzaron un ICC confiable pero en dirección opuesta a la de la mejoría.

La significancia clínica sólo se obtuvo para las mediciones realizadas a través de instrumentos psicométricos y no para las mediciones realizadas con el registro conductual.

Resultados

En la primera parte de esta sección se presentan los datos sociodemográficos y clínicos de los participantes, posteriormente los resultados en relación a la evaluación inicial de las variables dependientes antes de la intervención psicológica. En la segunda parte se presentan los efectos de la intervención psicológica en cada una de las variables dependientes.

Datos sociodemográficos y clínicos

La media de edad de los participantes fue de 39.82 años (D.E.=9.097, rango=29-53), la mayoría reportaron ser solteros, tener un grado de escolaridad de bachillerato o licenciatura, tener empleo al momento de la recolección de los datos del estudio y tener orientación homosexual. Los datos para cada participante se presentan en la Tabla 6.5.

En cuanto a los datos clínicos los participantes tienen un promedio de tiempo con el diagnóstico de VIH de 42.20 meses (D.E.=37.27, rango=12-133), todos se encontraban con una carga viral indetectable o menor a 40 copias/ml (ver Tabla 6.5), y el promedio de células T CD4 fue de 421.45 células/mm³ (D.E.=243.937, rango=177-1061).

Medición inicial de las variables dependientes

De los 11 participantes incluidos en el análisis, cinco tenían pareja estable al inicio de la intervención, cuatro tenían parejas ocasionales y dos tenían ambos tipo de parejas; en relación a la revelación del diagnóstico, todos los participantes con pareja estable habían revelado su diagnóstico y tres

reportaron no usar consistentemente el condón. Los datos para cada participante se presentan en la Tabla 6.6.

Tabla 6.5.

Descripción de las características sociodemográficas de los participantes (Estudio 2).

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Orientación sexual	Tiempo de diagnóstico Meses	CD 4 células/mm ³	Carga viral copias/ml
1	Hombre	29	Soltero	Bachillerato incompleto	Con empleo	Homosexual	15	177	<40
2	Hombre	51	Soltero	Licenciatura incompleta	Estudiante	Homosexual	133	1061	<40
3	Hombre	48	Casado	Secundaria completa	Con empleo	Bisexual	73	369	<40
4	Hombre	36	Soltero	Bachillerato incompleto	Con empleo	Homosexual	21	258	<40
5	Hombre	41	Soltero	Licenciatura completa	Con empleo	Homosexual	51	439	<40
6	Mujer	32	Unión libre	Secundaria incompleta	Ama de casa	Heterosexual	27	402	<40
7	Hombre	34	Soltero	Licenciatura completa	Sin empleo	Homosexual	32	297	<40
8	Hombre	53	Divorciado	Licenciatura completa	Con empleo	Heterosexual	44	568	<40
9	Hombre	50	Soltero	Carrera técnica	Con empleo	Homosexual	156	354	<40
10	Hombre	30	Soltero	Bachillerato completo	Con empleo	Homosexual	12	204	<40
11	Hombre	34	Soltero	Licenciatura completa	Con empleo	Homosexual	14	507	<40

El reporte de los participantes en relación al número de parejas sexuales, hombres y mujeres, antes del diagnóstico, después del diagnóstico y en los últimos tres meses (considerando la fecha de recolección de datos de este estudio), se presenta en la Tabla 6.7.

Tabla 6.6.

Descripción de las variables relacionadas con el tipo de pareja, la revelación del diagnóstico y el uso de condón de los participantes.

Participante	Tipo de pareja	Tiempo de relación meses	Revelación	Tiempo de revelación meses	Uso consistente de condón %
1	Estable	48	SI	De inmediato	100
2	Estable	25	SI	De inmediato	0
3	Estable/Ocasionales	300	A pareja estable	De inmediato	50
4	Ocasionales		NO		100
5	Estable/Ocasionales	54	A pareja estable	De inmediato	100
6	Estable	50	SI	De inmediato	100
7	Ocasionales		NO		100
8	Ocasionales		NO		88.88
9	Estable	48	SI	24	100
10	Ocasionales		NO		100
11	Estable	42	SI	2	100

Tabla 6.7.

Número de parejas sexuales reportado por los participantes, antes y después del diagnóstico y en los últimos tres meses.

Participante	Parejas mujeres		Parejas hombres		En los últimos tres meses	
	Antes del diagnóstico	Después del diagnóstico	Antes del diagnóstico	Después del diagnóstico	Parejas mujeres	Parejas hombres
1	0	0	5	5	0	5
2	3	0	200	100	0	1
3		1	30	10	1	3
4	0	0	100	25	0	
5	0	0	4	20	0	3
6	0	0		1	0	1
7	0	0			0	3
8	8	3	0	0	3	0
9	0		150	20	0	1
10	1	4	0	2	0	2
11	0	0	1	1	0	1

Nota: Los espacios en blanco indican que los participantes no respondieron los reactivos relacionados con el número de parejas sexuales en el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.

Diez de los participantes reportaron que su probable vía de transmisión del VIH fue teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus y uno refirió que fue teniendo sexo con una mujer que ya tenía el virus.

En cuanto a la frecuencia con que los participantes perciben que tenían relaciones sexuales, la mayoría (seis participantes) refirió tenerlas frecuentemente, tres algo, uno poco y uno muy frecuentemente.

La frecuencia (nunca, casi nunca, poca veces, frecuentemente, casi siempre, siempre) con que los participantes reportaron tener prácticas sexuales vaginales, anales y orales en los tres meses anteriores a la recolección de datos del estudio, y la frecuencia del uso de condón en estas prácticas, con pareja estable y ocasional(es), se presentan en la Figura 6.2.

Se observa en la Figura 6.2 que sólo tres participantes reportaron tener prácticas sexuales vaginales, dos participantes con pareja estable y uno con pareja ocasional quien no usa condón en esta práctica. Seis de los participantes reportaron tener prácticas de sexo oral con pareja estable y siete con pareja ocasional, es en esta práctica dónde hay una menor frecuencia de uso de condón. Seis de los participantes reportaron tener prácticas de sexo anal con pareja estable y seis con pareja ocasional, siendo la práctica dónde se reporta la mayor frecuencia de uso de condón.

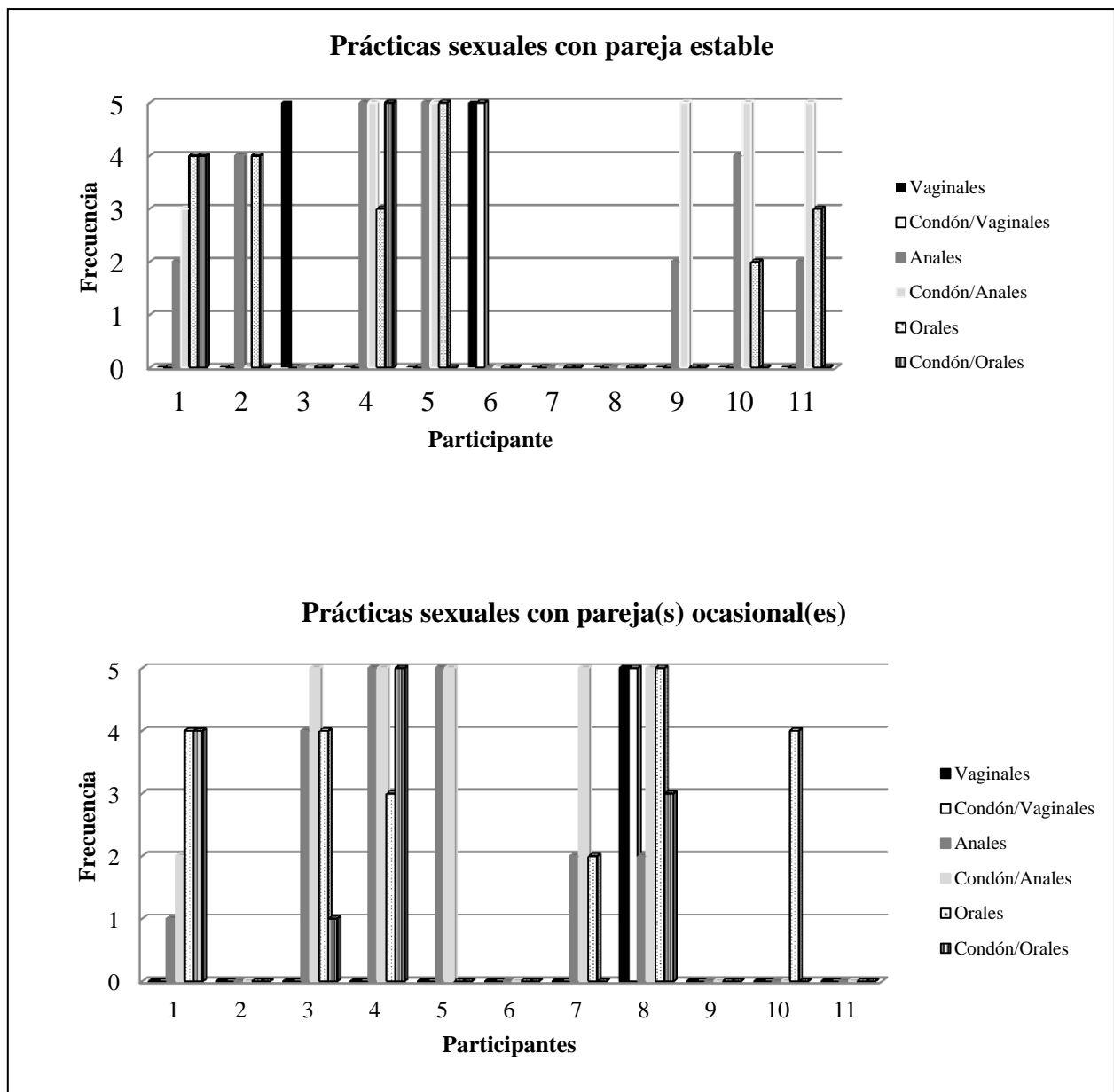


Figura 6.2. Frecuencia de prácticas sexuales y de uso de condón con pareja estable y pareja(s) ocasional(es).

Frecuencia: 0=Nunca, 1=Casi nunca, 2=Poca veces, 3=Frecuentemente, 4=Casi siempre, 5=Siempre

En cuanto a los resultados en los instrumentos psicométricos que evalúan síntomas emocionales, calidad de vida en la relación de pareja y en el área sexual, y adherencia al TARV, la mayoría de los participantes tenían síntomas depresivos graves y moderados (medidos a través del BDI). Todos los

participantes puntuaron para niveles graves y moderados de síntomas de ansiedad (medidos con el BAI). La mayoría de los participantes puntuó para niveles de adherencia al TARV insuficiente y adecuados (medida con el CEAT-VIH). Los puntajes y sus interpretaciones para cada participante se presentan en la Tabla 6.8.

Tabla 6.8.

Resultados en los instrumentos psicométricos antes de la intervención.

Participante	Depresión BDI puntaje interpretación	Ansiedad BAI puntaje interpretación	Deterioro en calidad de vida de pareja puntaje 0-90	Deterioro en calidad de vida sexual puntaje 0-60	Adherencia a TARV CEAT-VIH puntaje interpretación
1	21 Moderada	31 Grave	65	37	76 Insuficiente
2	15 Leve	41 Grave	15	11	69 Baja
3	27 Moderada	35 Grave	25	30	79 Insuficiente
4	12 Leve	21 Moderada		7	81 Adecuada
5	43 Grave	49 Grave	14	4	80 Insuficiente
6	33 Grave	45 Grave	41	36	81 Adecuada
7	31 Grave	39 Grave		28	83 Adecuada
8	21 Moderada	29 Moderada		14	83 Adecuada
9	6 Mínima	16 Moderada	30	19	68 Baja
10	17 Moderada	23 Moderada		30	77 Insuficiente
11	17 Moderada	17 Moderada	31	36	79 Insuficiente

Nota: Los espacios en blanco significan que los participantes no respondieron los reactivos relacionados con la calidad de vida en el área de relación de pareja por no tener una pareja estable.

Efectos de la intervención

A continuación se presenta los resultados obtenidos al aplicar la intervención psicológica, estos se muestran para cada una de las variables incluidas en los módulos de la intervención y en el orden en que se abordaron.

Sintomatología depresiva.

Esta variable fue medida semanalmente a través de las respuestas de los participantes al BDI y de su auto-registro en el registro conductual sobre la frecuencia e intensidad con que sintieron tristeza.

Al realizar la comparación a través de la prueba de Friedman entre las mediciones semanales, obtenidas con el BDI (ver Tabla 6.9), se encontró una disminución al final de la intervención en los síntomas depresivos la cual resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=83.758$, $gl=13$, $p<.001$), además de que el tamaño del efecto es *grande* ($d = -1.697$). De la evaluación final a las mediciones de seguimiento hubo un incremento en el puntaje promedio del BDI el cual resultó significativo ($\chi^2=6.650$, $gl=2$, $p=.036$), lo que sugiere que los cambios logrados al final de la intervención no se mantuvieron a lo largo de los seguimientos, sin embargo el nivel promedio de depresión (mínimo) no se modificó del final de la intervención a los seguimientos (ver Tabla 6.10). La Figura 6.3 muestra los cambios en la distribución de los datos sesión por sesión. Este tipo de figuras, llamadas de cajas y bigotes, permiten identificar la distribución y la dispersión de los datos de una variable, así como los valores atípicos y los valores extremos. La caja en la figura representa la mediana y el primer y tercer cuartil, el límite superior corresponde al valor del tercer cuartil (75% de los datos) y el límite inferior al primer cuartil (25% de los datos), dentro de la caja se incluye una línea que representa el valor de la mediana.

Las líneas que sobresalen de la caja (bigotes) son segmentos que determinan la distancia o rango del 95% de los casos y tienen como extremos los valores mínimo y máximo de la distribución; estos bigotes tienen un límite de prolongación, de modo que los datos (casos) que no se encuentran dentro de este rango se marcan e identifican individualmente con un círculo (○) para casos atípicos o con un asterisco (*) para casos extremos.

Tabla 6.9.

Comparación de los puntajes del BDI a lo largo de la intervención a través de la prueba de Friedman

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
LB1	22.09	10.606	n=11
LB2	19.27	7.695	$\chi^2=83.758$
LB3	18.09	8.584	gl=13
S 1	15.45	7.448	$p<.001$
S 2	10.36	3.641	$d =-1.697$
S 3	10.73	4.315	
S 4	8.09	4.505	
S 5	9.55	7.515	
S 6	5.73	4.777	
S 7	5.45	4.698	
S 8	6.82	10.448	
S 9	3.64	3.557	
S 10	4.00	4.290	
Final	4.09	3.833	

Nota: LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final

Tabla 6.10.

Comparación de los puntajes del BDI al final de la intervención y en los seguimientos a través de la prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
Final	4.09	3.833	n=11
Seg1	6.82	5.671	$\chi^2=6.650$
Seg2	9.09	6.862	gl=2
			$p=.036$

Nota: Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento.

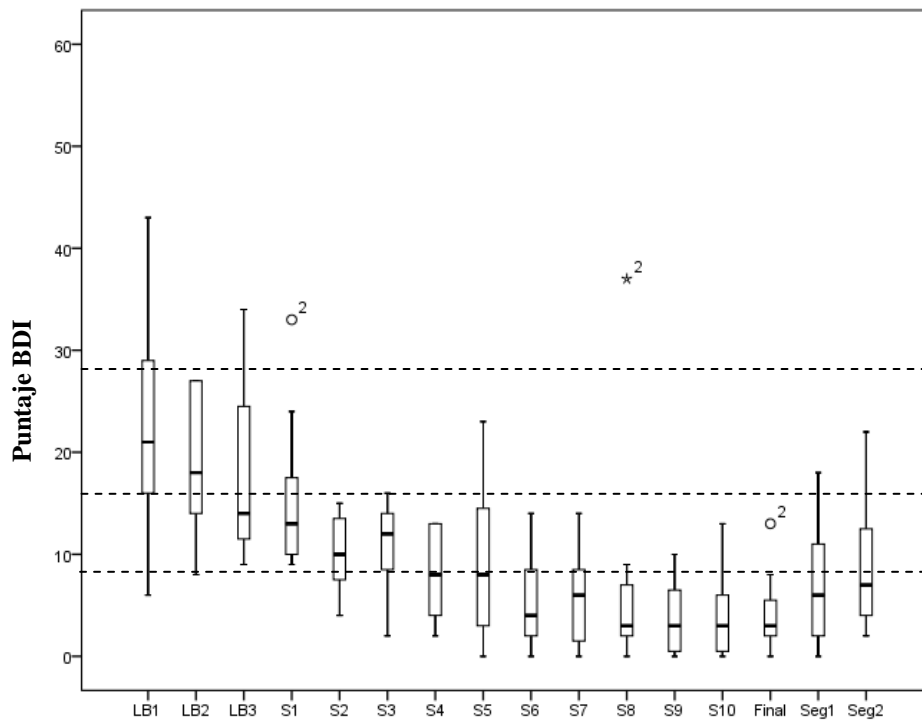


Figura 6.3. Cambios grupales en las mediciones de los síntomas depresivos a través del BDI.

LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. El participante 2 obtuvo puntuaciones atípicas y extremas (en relación a la distribución de los datos) en la sesión 1, 8 y en la evaluación final. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de depresión establecidos por el BDI: mínimo, leve, moderado, grave.

En la Figura 6.4 se observa el tamaño del cambio para cada participante, los participantes con mayor ganancia (disminución de puntaje en BDI) fueron el 5, 6, 7, 3 y 1, los menos beneficiados fueron los pacientes 2 y 9, el primero se mantuvo en un nivel moderado y el segundo su nivel de depresión inicial fue mínimo, por lo que no podría mejorar mucho más.

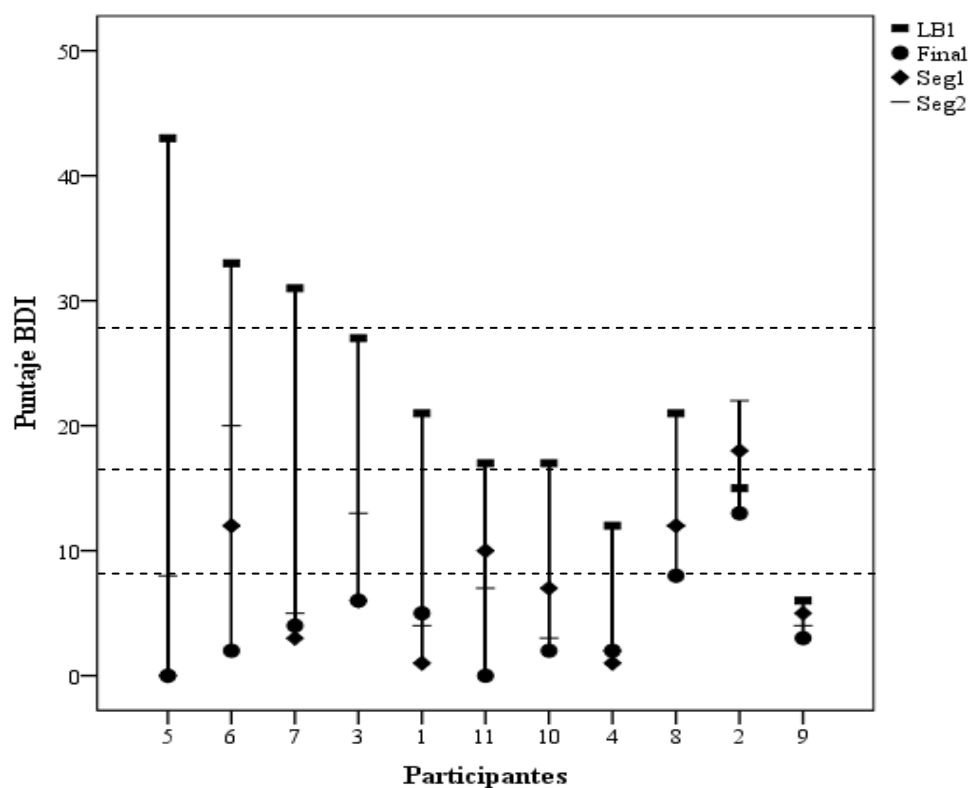


Figura 6.4. Tamaño de los cambios en los puntajes del BDI para cada participante.

LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de depresión establecidos por el BDI: mínimo, leve, moderado, grave.

La Tabla 6.11 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos, Punto de Corte (PC) e Índice de Cambio Confiable (ICC), para cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices dos participantes se recuperaron (5 y 11), siete mejoraron y dos no mejoraron (2 y 9), es importante mencionar que el participante 9 que no mostró mejoría obtuvo una puntuación inicial en el nivel de depresión mínima.

Tabla 6.11.*Cambios clínicos en los síntomas depresivos medidos con el BDI.*

Participante	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
1	21	5	1	No cumple	-4.04	Cambio confiable	Mejoría
2	15	13	1	No cumple	-0.50	No Cambio	No mejoría
3	27	6	1	No cumple	-5.30	Cambio confiable	Mejoría
4	12	2	1	No cumple	-2.52	Cambio confiable	Mejoría
5	43	0	1	Cumple	-10.85	Cambio confiable	Recuperado
6	33	2	1	No cumple	-7.82	Cambio confiable	Mejoría
7	31	4	1	No cumple	-6.81	Cambio confiable	Mejoría
8	21	8	1	No cumple	-3.28	Cambio confiable	Mejoría
9	6	3	1	No cumple	-0.75	No Cambio	No mejoría
10	17	2	1	No cumple	-3.78	Cambio confiable	Mejoría
11	17	0	1	Cumple	-4.29	Cambio confiable	Recuperado

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xpost=puntuación al final del tratamiento, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable.

La Figura 6.5 muestra la tendencia de los cambios a lo largo de la intervención (desde la línea base 1 hasta el segundo seguimiento) en los puntajes obtenidos por cada participante en el BDI; en todos los casos se observa una tendencia a la disminución del puntaje entre la sesión 3 y 4, que se mantiene hasta los seguimientos. En el paciente 2 se observa un incremento del puntaje del BDI en la sesión ocho, incluso por arriba de las mediciones de línea base, esto se puede explicar porque en ese tiempo el paciente tuvo problemas en su relación de pareja. En los participantes 2, 3, 5 y 6 no se mantuvo la disminución de los puntajes del BDI en las mediciones del seguimiento.

La Figura 6.6 presenta la tendencia de los cambios a lo largo de la intervención (desde la línea base 1 hasta los seguimientos, sesión por sesión) en la frecuencia/intensidad de tristeza reportada por los participantes en el registro conductual. Se obtuvieron 16 medidas de seguimiento porque los participantes realizaron el registro conductual semanalmente, cuatro para el seguimiento a un mes y doce para el seguimiento a tres meses. En la mayoría

de los casos se observa una tendencia en la disminución del puntaje; el incremento en el participante 2 (sesión 8) coincide con el presentado en la medición con el BDI. El participante 8 en el registro conductual presenta un incremento de tristeza durante el tratamiento que no coincide con la tendencia obtenida con las mediciones del BDI.

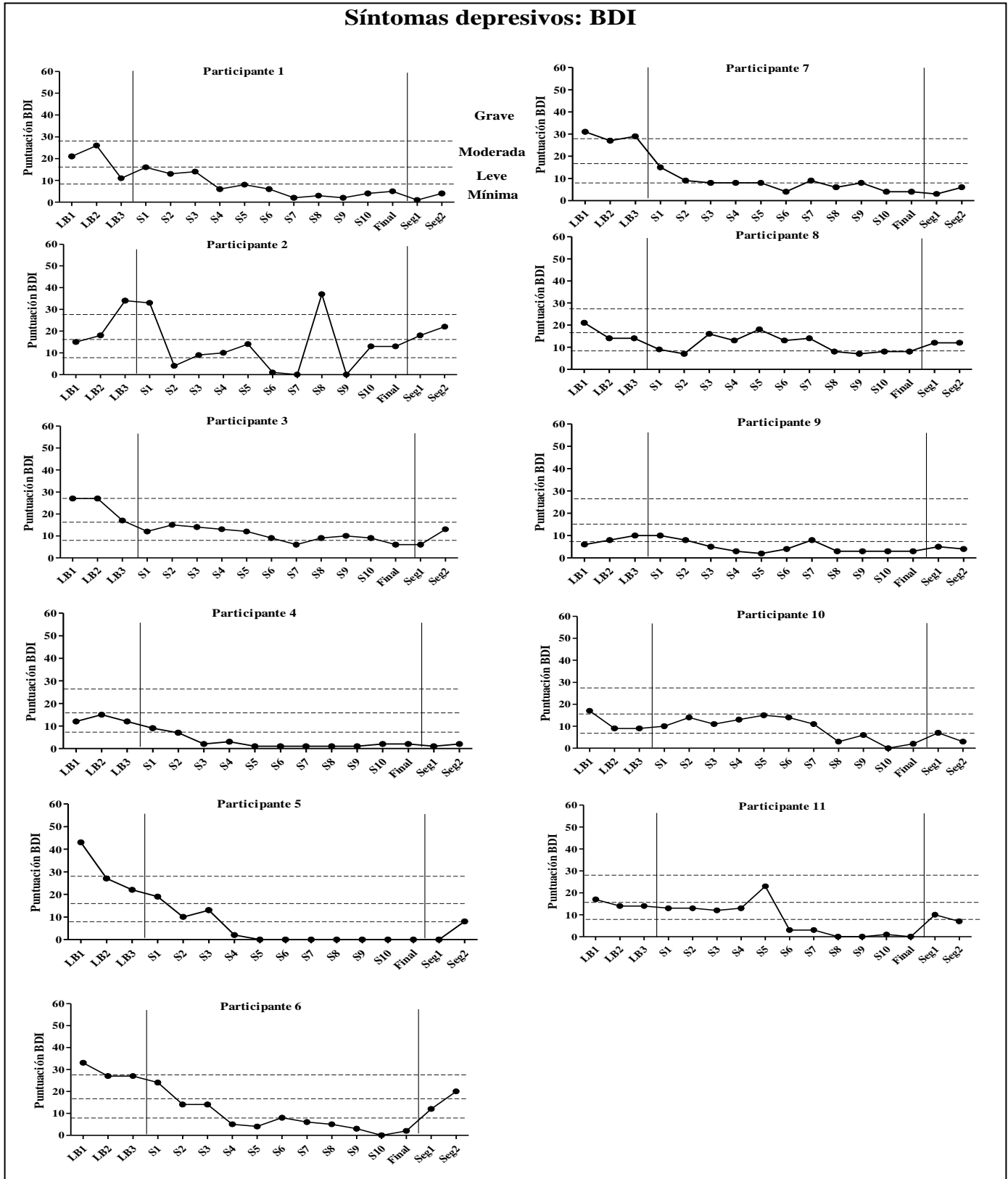


Figura 6.5. Cambios en la sintomatología depresiva en cada participante medida con el BDI, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos. LB=Línea base, S=Sesión, Final: Evaluación final, Seg=Seguimiento. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de depresión establecidos por el BDI: mínimo, leve, moderado, grave.

Síntomas depresivos: Auto-registro

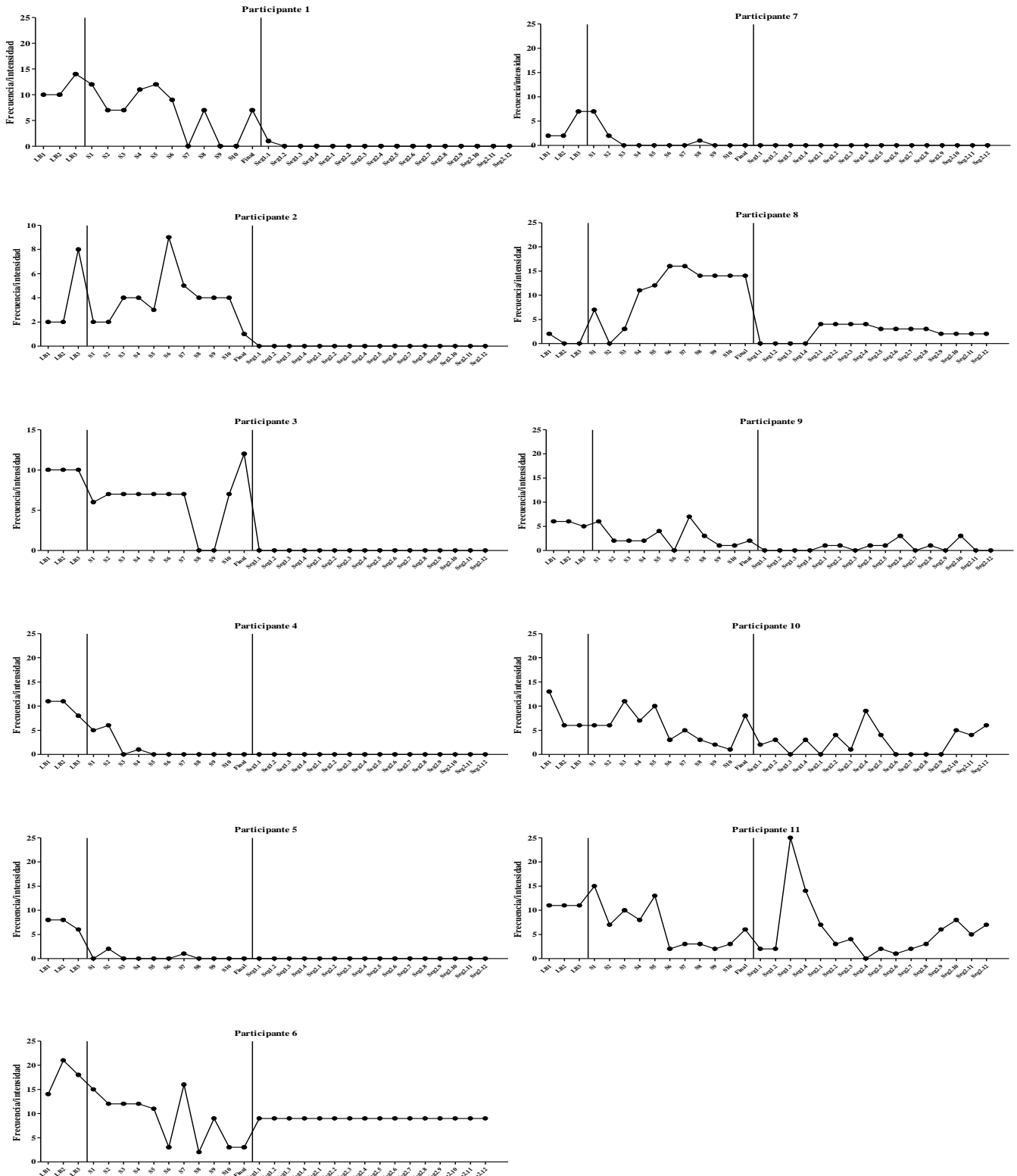


Figura 6.6. Cambios en tristeza en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos. LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento.

Sintomatología ansiosa.

Esta variable fue medida semanalmente a través de las respuestas de los participantes al BAI y de su auto-registro en el registro conductual sobre la frecuencia con que sintió ansiedad.

Al evaluar los cambios a través de la prueba de Friedman (ver Tabla 6.12) en los síntomas ansiosos medida con el BAI se encontró que la disminución resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=102.402$, $gl=13$, $p<.001$) al final de la intervención y el tamaño del efecto es *grande* ($d=-2.187$). De la evaluación final a las mediciones de seguimiento hubo un incremento en el puntaje promedio del BAI el cual resultó significativo ($\chi^2=6.526$, $gl=2$, $p=.038$), lo que sugiere que los cambios logrados al final de la intervención no se mantuvieron a lo largo de los seguimientos, sin embargo el nivel promedio de ansiedad (leve) no se modificó del final de la intervención a los seguimientos (ver Tabla 6.13). La Figura 6.7 muestra los cambios en la distribución de las mediciones sesión por sesión.

Tabla 6.12.

Comparación de los puntajes del BAI a lo largo de la intervención a través de la prueba de Friedman.

	Media	D.E.	Prueba de Friedman
LB1	31.45	11.343	n=11
LB2	23.00	12.264	$\chi^2=102.402$
LB3	23.18	13.167	gl=13
S 1	21.45	11.961	$p<.001$
S 2	17.45	11.588	$d=-2.187$
S 3	16.64	10.003	
4	12.27	7.240	
S 5	13.09	8.549	
S 6	8.91	6.236	
S 7	11.09	8.514	
S 8	10.09	10.094	
S 9	7.09	6.670	
S 10	6.55	7.421	
Final	6.64	7.061	

Nota: LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final.

Tabla 6.13.

Comparación de los puntajes del BAI al final de la intervención y en los seguimientos a través de la prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
Final	6.64	7.061	n=11
Seg1	8.82	7.195	$\chi^2=6.526$
Seg2	12.45	11.733	gl=2
			$p=.038$

Nota: Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento.

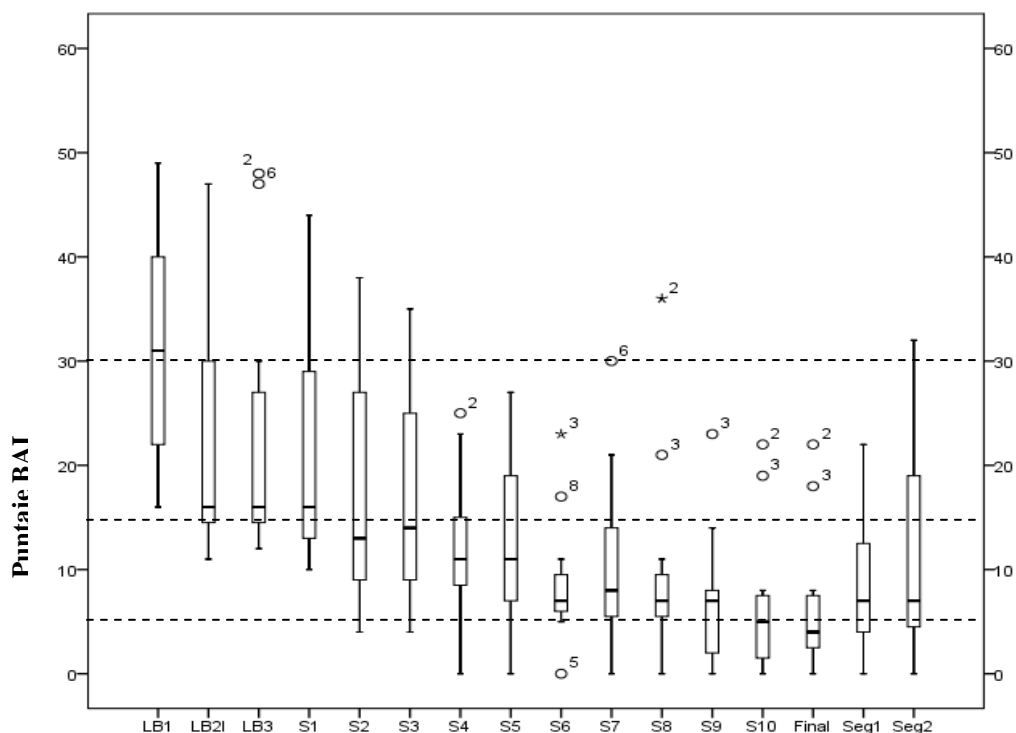


Figura 6.7. Cambios grupales en las mediciones de los síntomas ansiosos a través del BAI.

LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. Los participantes 2, 3, tuvieron puntuaciones extremas en las sesiones 6 y 8; los participantes 2, 3, 5, 6 y 8 obtuvieron puntuaciones atípicas en algunas sesiones sobre todo al final de la intervención. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de ansiedad establecidos por el BAI: mínimo, leve, moderado, grave.

En la Figura 6.8 se observa el tamaño del cambio para cada participante, los participantes con mayor ganancia (disminución de puntaje en BAI) fueron el 5, 6, 7 y 1, en los participantes 2 y 3 aunque los puntajes disminuyeron al final de la intervención, aún quedaron en un nivel de ansiedad moderada. La Tabla 6.14 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices nueve de los participantes se recuperaron y dos mostraron mejoría (2 y 3).

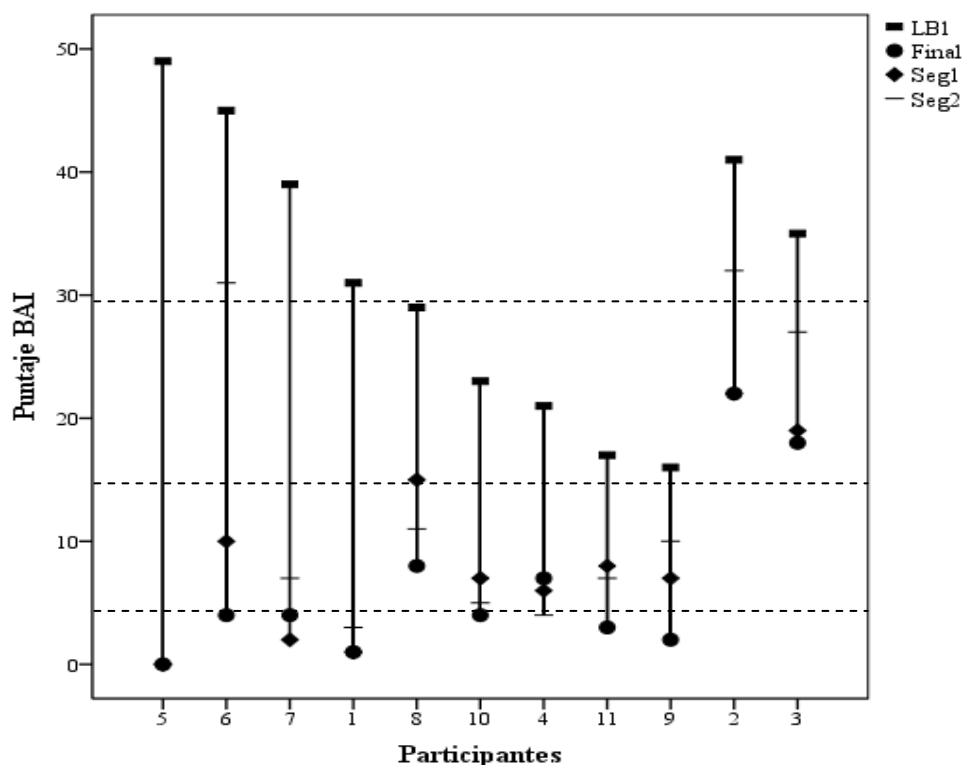


Figura 6.8. Tamaño de los cambios en los puntajes del BAI para cada participante.

LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de ansiedad establecidos por el BAI: mínimo, leve, moderado, grave. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de ansiedad establecidos por el BAI: mínimo, leve, moderado, grave.

Tabla 6.14.

Cambios clínicos en los síntomas depresivos medidos con el BAI.

Participante	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
1	31	1	9	Cumple	-7.61	Cambio confiable	Recuperado
2	41	22	9	No cumple	-4.82	Cambio confiable	Mejoría
3	35	18	9	No cumple	-4.31	Cambio confiable	Mejoría
4	21	7	9	Cumple	-3.55	Cambio confiable	Recuperado
5	49	0	9	Cumple	-12.43	Cambio confiable	Recuperado
6	45	4	9	Cumple	-10.40	Cambio confiable	Recuperado
7	39	4	9	Cumple	-8.88	Cambio confiable	Recuperado
8	29	8	9	Cumple	-5.32	Cambio confiable	Recuperado
9	16	2	9	Cumple	-3.55	Cambio confiable	Recuperado
10	23	4	9	Cumple	-4.82	Cambio confiable	Recuperado
11	17	3	9	Cumple	-3.55	Cambio confiable	Recuperado

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xpost=puntuación al final del tratamiento, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable.

La Figura 6.9 muestra la tendencia de los cambios a lo largo de la intervención (desde la línea base 1 hasta el segundo seguimiento) en los puntajes obtenidos por cada participante en el BAI, en todos los casos se observa una tendencia en la disminución del puntaje entre las sesiones 4 y 5, que se mantiene hasta los seguimientos. En el paciente 2 se observa un incremento del puntaje del BAI en la sesión ocho igual que en la sintomatología depresiva (BDI). Los participantes 2 y 3 incrementaron los puntajes del BAI en las mediciones del seguimiento.

La Figura 6.10 presenta la tendencia de los cambios a lo largo de la intervención (desde la línea base 1 hasta los seguimientos) en la frecuencia/intensidad de ansiedad reportada por los participantes en el registro conductual. Se obtuvieron 16 medidas de seguimiento porque los participantes realizaron el registro conductual semanalmente. Igual que el registro de frecuencia/intensidad de tristeza, el participante 8 presenta un incremento de ansiedad que no coincide con la tendencia en el BAI.

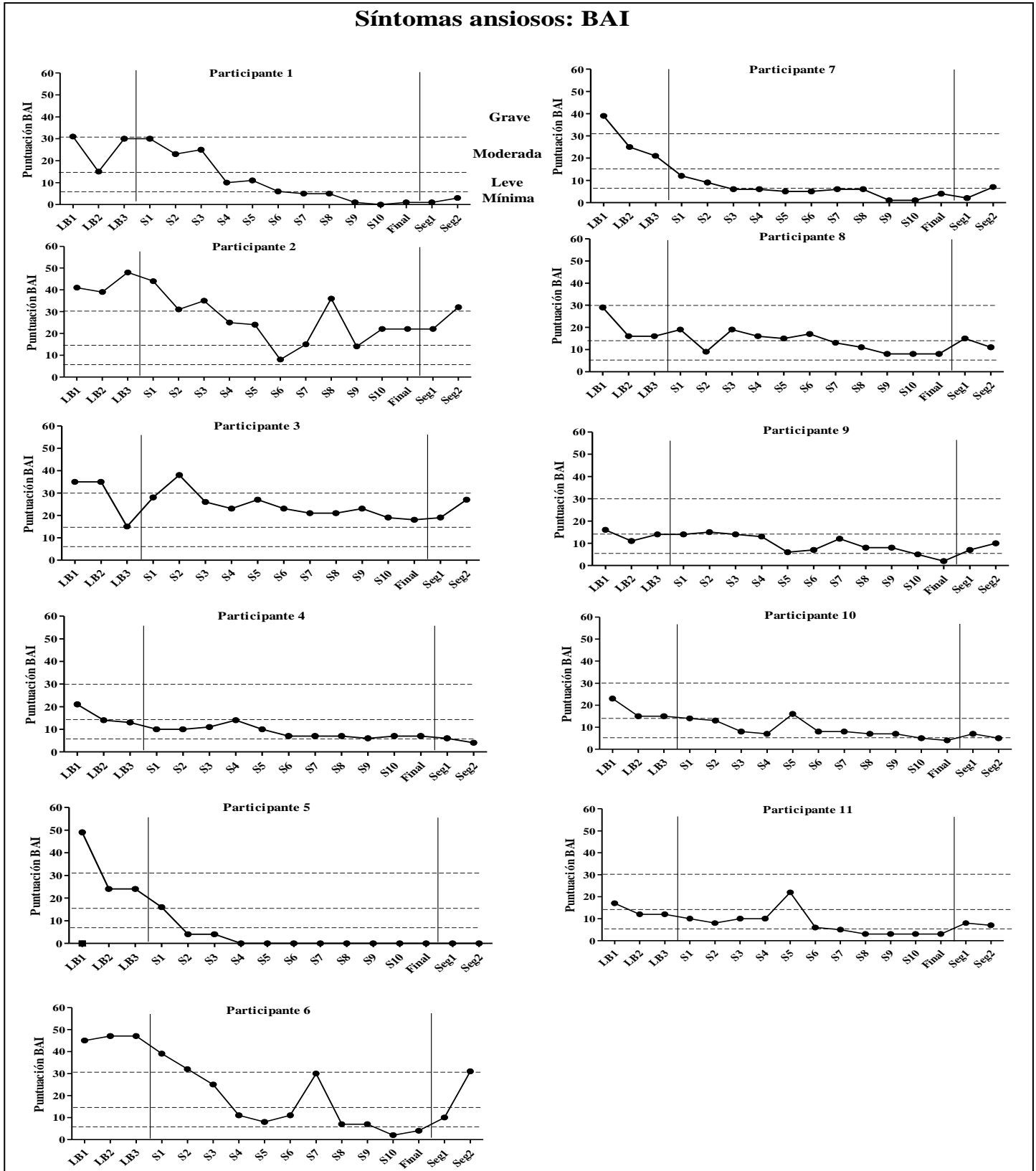


Figura 6.9. Cambios en la sintomatología ansiosa en cada participante medida con el BAI, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. Las líneas punteadas horizontales indican el punto de corte para cada uno de los niveles de depresión establecidos por el BAI: mínimo, leve, moderado, grave.

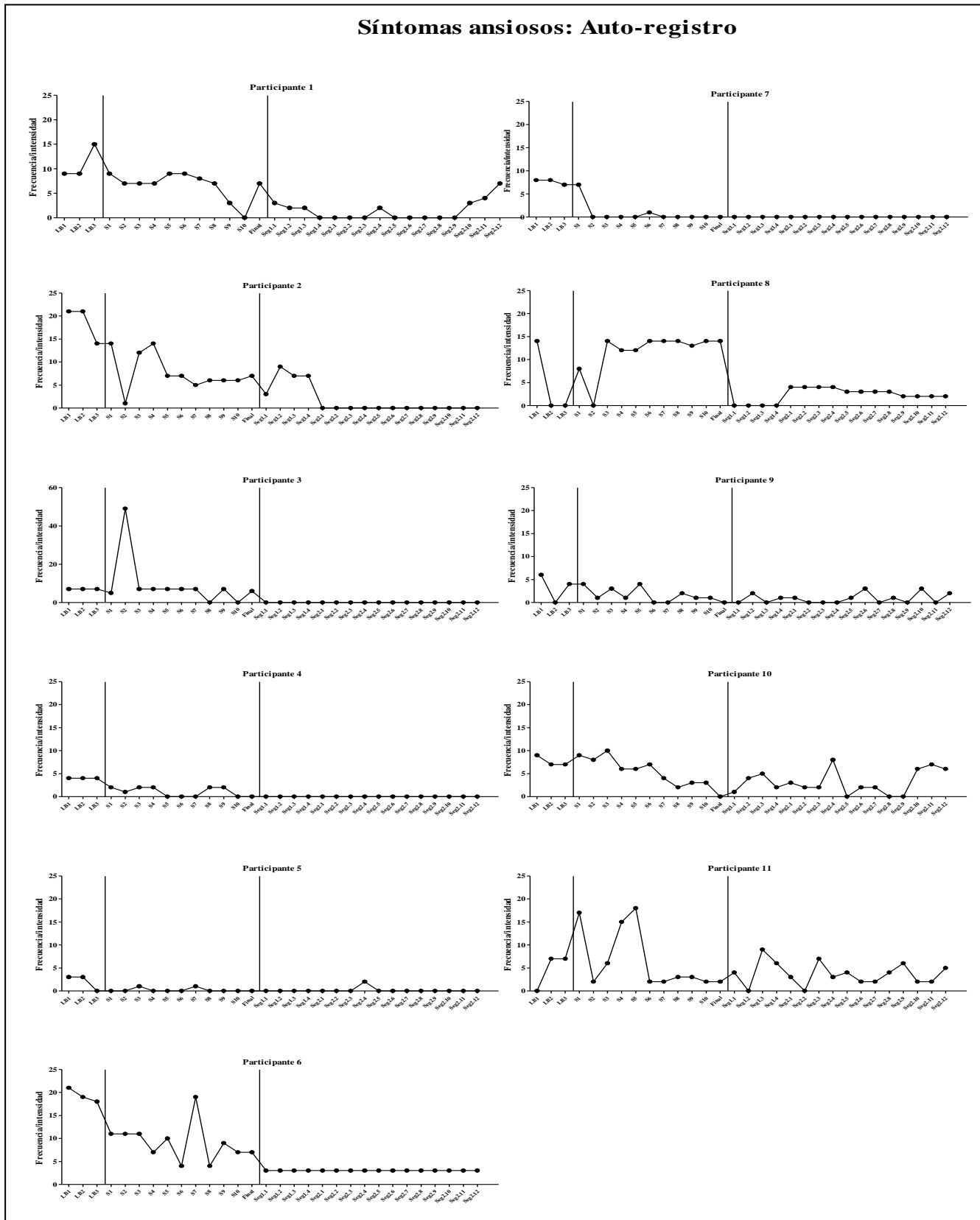


Figura 6.10. Cambios en la ansiedad en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos. LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento.

Las mediciones complementarias para evaluar cambios en los síntomas ansiosos fueron las realizadas en las variables psicofisiológicas (frecuencia cardiaca y presión arterial) medidas antes y después del entrenamiento en relajación. Al evaluar los cambios a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (ver Tabla 6.15), no se encontraron diferencias significativas en la presión arterial (sistólica $z=-1.067$, $p=.286$ y diastólica $Z=-0.448$, $p=.654$), pero sí para la disminución en frecuencia cardiaca ($Z=-2.322$, $p=.020$). La Figura 6.11 presenta los cambios por participante en la presión sistólica y diastólica, mientras que la Figura 6.12 muestra los cambios por participante en relación a la frecuencia cardiaca.

Tabla 6.15.

Comparación de las variables psicofisiológicas antes y después del entrenamiento en relajación, a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

	Media antes	Media después	D.E. antes	D.E. después	Prueba rangos con signo de Wilcoxon
Presión sistólica	122.36	119.00	21.181	20.654	$n=11$, $z=-1.067^a$, $p=.286$
Presión diastólica	72.27	71.64	12.861	10.801	$n=11$, $z=-0.448^a$, $p=.654$
Frecuencia cardiaca	75.45	72.45	8.359	7.118	$n=11$, $z=-2.322^a$, $p=.020$

Notas: a. Basado en rangos positivos

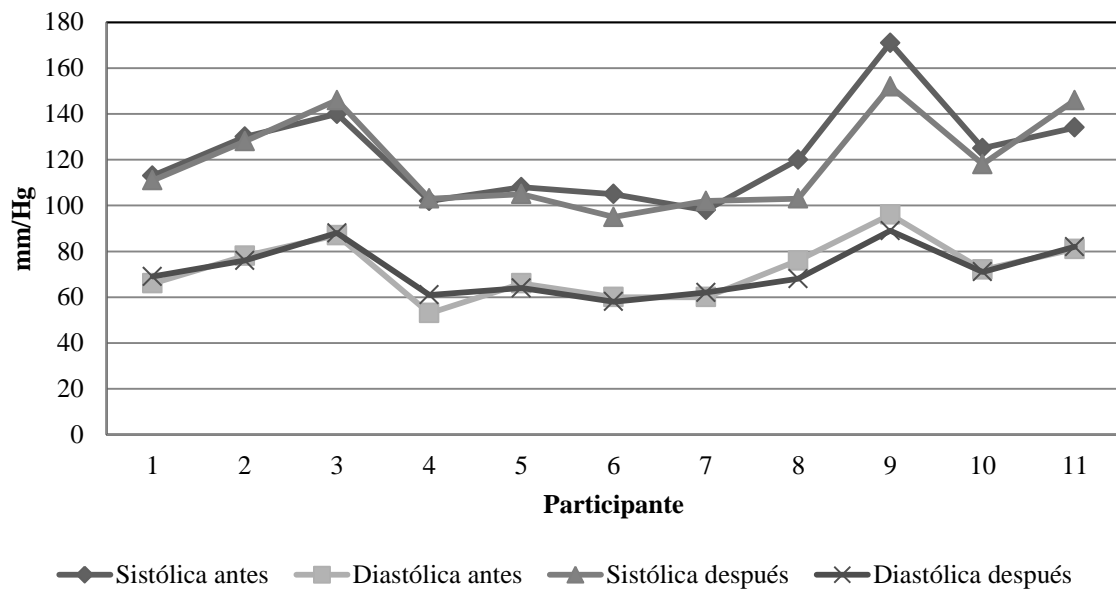


Figura 6.11. Cambios en la presión arterial antes y después del entrenamiento en relajación.

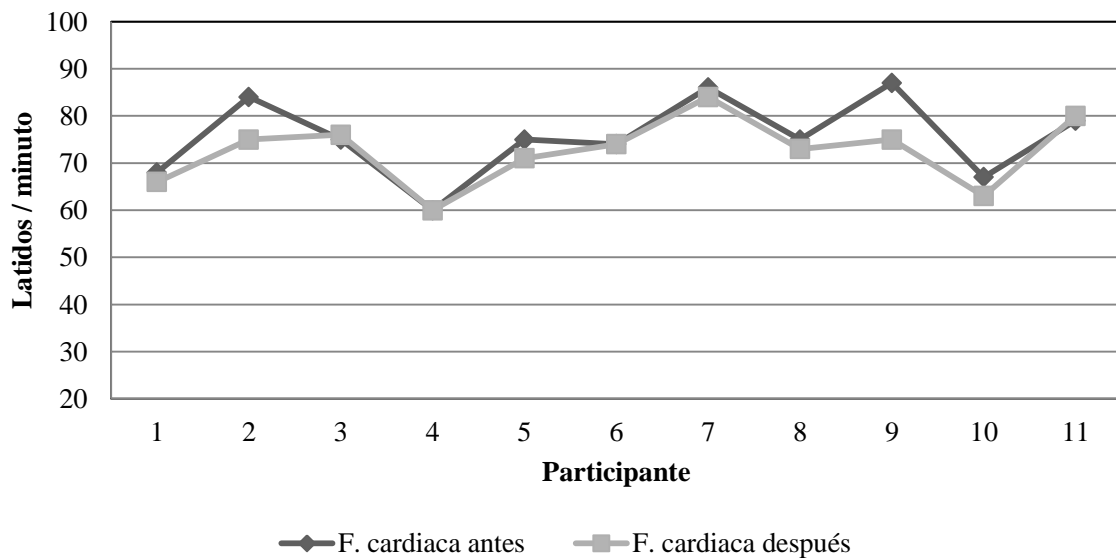


Figura 6.12. Cambios en la frecuencia cardiaca antes y después del entrenamiento en relajación.

Revelación del estado serológico de VIH.

Esta variable fue medida antes de la intervención a través de las respuestas de los participantes al cuestionario sobre la revelación del estado serológico, durante la intervención con el establecimiento de sus reglas de revelación por parte del participante (a quién revelo, en qué momento y en qué situaciones) y con el auto-reporte de a qué personas reveló en la evaluación final y en los seguimientos.

Al inicio de la intervención los participantes que habían revelado eran los que tenían pareja estable o ambos tipos de pareja pero la revelación fue sólo a la pareja estable (patrón de revelación congruente con los resultados del Estudio 1). La mayoría de los participantes que revelaron su estado serológico de VIH a su pareja lo hicieron de forma inmediata (en el momento de recibir su diagnóstico), sólo dos de ellos tardaron en revelar (un participante 2 meses y otro 1 año) (ver Tabla 6.16).

Durante el módulo de revelación de la intervención todos los participantes lograron establecer su regla de revelación. Al final de la intervención dos de los pacientes con parejas ocasionales reportaron revelar su diagnóstico a su pareja sexual en el momento de conocerlos y antes de tener el contacto sexual.

Tabla 6.16.*Cambios en la variable revelación del estado serológico de VIH.*

Participante	Revelación	Tiempo de revelación (meses)	Regla de revelación	Personas a las que reveló al final de la intervención	Personas a las que reveló en los seguimientos
1	SI	De inmediato	No revelar a parejas ocasionales pero usar condón con ellas	Ninguna	Ninguna
2	SI	De inmediato	No planeo tener relaciones ocasionales pero puedo revelar mi diagnóstico si así sucediera	Ninguna	Ninguna
3	A pareja estable	De inmediato	No revelar a parejas ocasionales pero usar condón con ellas	Ninguna	Ninguna
4	NO		No revelar a parejas ocasionales pero usar condón con ellas	Ninguna	Ninguna
5	A pareja estable	De inmediato	No revelar a parejas ocasionales pero usar condón con ellas	2 personas	Ninguna
6	SI	De inmediato	No planeo tener relaciones ocasionales y no revelaría si las llegara a tener pero utilizaría condón	Ninguna	Ninguna
7	NO		No revelar a parejas ocasionales pero usar condón con ellas	Ninguna	Ninguna
8	NO		No revelar a parejas ocasionales pero usar condón con ellas	Ninguna	Ninguna
9	SI	24	No planeo tener relaciones ocasionales y no revelaría si las llegara a tener pero utilizaría condón	Ninguna	Ninguna
10	NO		En general no creo necesario revelar a parejas ocasionales, excepto si me inspira confianza, me pregunta o ella me lo dice primero	2 personas	Ninguna
11	SI	2	No planeo tener relaciones sexuales ocasionales y no revelaría si las llegara a tener pero utilizaría condón	Ninguna	Ninguna

Calidad de vida en la relación de pareja.

Esta variable fue medida antes, al final de la intervención y en los seguimientos a través de las respuestas de los participantes en el área de relación de pareja del EsCaViPS, Puntajes altos en esta escala indican mayor deterioro en la calidad de vida en la relación de pareja, por lo que se esperaba que al final de la intervención disminuyera el puntaje. También fue medida semanalmente a través del auto-registro del participante en los registros conductuales de las conductas: comunicación con la pareja, expresión afectiva y pelea con la pareja.

Es importante mencionar que al iniciar la intervención cinco participantes tenían pareja estable y dos participantes tenían ambos tipos de parejas (estable y ocasionales). A la tercera sesión de la intervención uno de los participantes que tenían pareja estable terminó su relación y otro participante dejó de vivir con su pareja por razones laborales a partir del segundo seguimiento. De esta manera al inicio se tenían datos de esta variable para siete participantes, al final para seis y en el segundo seguimiento para cinco.

Al evaluar los cambios a través de la prueba de Wilcoxon (ver Tabla 6.17), los cambios resultaron en la dirección esperada, ya que el promedio de los puntajes disminuyó al final de la intervención pero la disminución no fue significativa ($z=-0.734$, $p=.463$), el tamaño del efecto es moderado ($d=-0.469$). Al comparar el promedio de los puntajes al final de la intervención y en los seguimientos, a través de la prueba de Friedman, se encontró una disminución en el promedio de la puntuación en el primer seguimiento y un incremento en el segundo seguimiento (deterioro en la calidad de vida) pero las diferencias no resultaron significativas ($\chi^2=1.600$, $gl=2$, $p=.449$, ver Tabla 6.18). La Figura 6.13 muestra los cambios en la distribución de los datos sobre

calidad de vida en la relación de pareja, en cada medición realizada con la EsCaViPS.

Tabla 6.17.

Comparación de los puntajes en el área de relación de pareja medidos con la EsCaViPS antes y después de la intervención a través de la prueba de Wilcoxon.

	Media	D. E.	Prueba rangos con signo de Wilcoxon
LB1	26.00	10.315	n=6*, z=-0.734 ^a , p=.463
Final	21.16	8.841	d=-0.469

Nota: a. Basado en rangos positivos. LB=Línea base, Final=Evaluación final. *El análisis excluye los casos en los que no se tienen las mediciones completas, en este caso son los participantes que no tienen pareja estable y los que terminaron su relación de pareja al final de la intervención.

Tabla 6.18.

Comparación de los puntajes en el área de relación de pareja medidos con la EsCaViPS entre la medición final los seguimientos a través de la prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
Final	23.40	7.765	n=5*
Seg 1	17.00	7.905	$\chi^2=1.600$
Seg 2	27.00	13.12	gl=2 p=.449

Nota: Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento.

*El análisis excluye los casos en los que no se tienen las mediciones completas, en este caso son los participantes que no tienen pareja estable o los que terminaron su relación de pareja en el seguimiento 2.

La Figura 6.14 muestra el tamaño del cambio para cada participante, el participante con mayor ganancia (disminución de puntaje) fue el 6, los pacientes 11, 9 y 3 tuvieron una pequeña disminución, pero para los pacientes

4 y 5 empeoró su calidad de vida en la relación de pareja después de la intervención, el primero está en proceso de separación y el segundo disminuyó el contacto con su pareja por falta de tiempo asociada a aspectos laborales. La Tabla 6.19 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices sólo un participante mejoró (6), cuatro permanecieron igual (2, 3, 9 y 11) y uno empeoró (5).

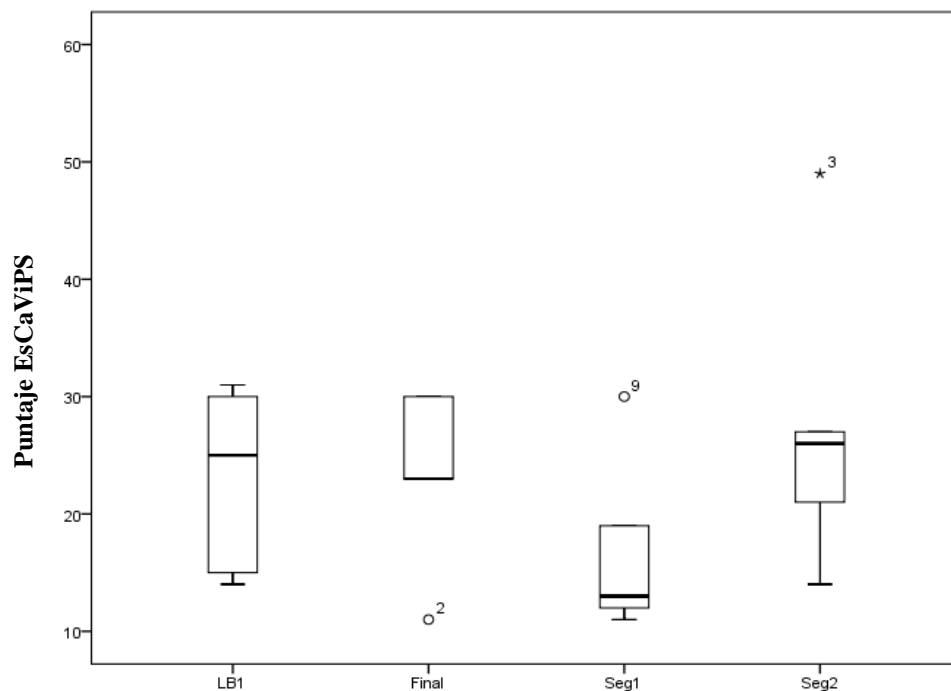


Figura 6.13. Cambios grupales en las mediciones de la calidad de vida en la relación de pareja medida con la *EsCaViPS*.

LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. Los participantes 2 y 9 obtuvieron puntuaciones atípicas y el participante 3 puntuación extrema en el segundo seguimiento.

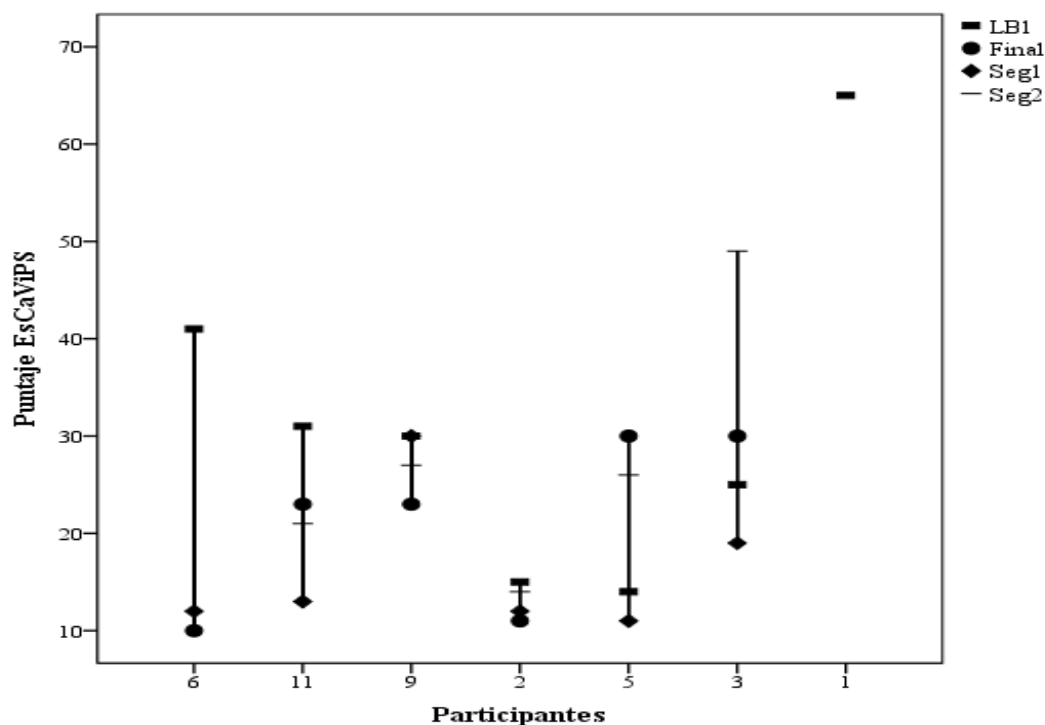


Figura 6.14. Tamaño de los cambios en los puntajes en el área de relación de pareja de la EsCaViPS para cada participante. LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. El participante 1 sólo tiene medición en la línea base porque terminó su relación de pareja y el participante seis no tiene medición en el segundo seguimiento ya que dejó de vivir con su pareja por razones laborales.

Tabla 6.19.

Cambios clínicos en la calidad de vida en la relación de pareja medidos con la EsCAViPS.

Participante	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
2	15	11	6	No cumple	-0.729	No cambio	No mejoría
3	25	30	6	No cumple	0.912	No cambio	No mejoría
5	14	30	6	No cumple	2.919	Deterioro confiable	Empeoro
6	41	10	6	No cumple	-5.656	Cambio confiable	Mejoría
9	30	23	6	No cumple	-1.277	No cambio	No mejoría
11	31	23	6	No cumple	-1.459	No cambio	No mejoría

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xpost=puntuación al final del tratamiento, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable.

Las Figuras 6.15, 6.16 y 6.17 muestran el cambio en las conductas: comunicación con la pareja, expresión afectiva y peleas con la pareja, respectivamente. Se tienen 16 medidas de seguimientos porque los participantes realizaban el registro conductual de forma semanal.

En la conducta de comunicación con la pareja no se observa ninguna tendencia de cambio, excepto para los participantes 6 y 11. El participante 6 dejó de vivir con su pareja por razones laborales y por eso disminuyó la frecuencia con que se comunicaba con él a partir del segundo seguimiento. El participante 11 disminuyó la comunicación con su pareja después de la sesión cinco, pero después la incrementó y se mantuvo a lo largo de los seguimientos.

En relación a la conducta de expresión afectiva, el participante 2 presentó inestabilidad en la conducta de expresión afectiva hasta la sesión siete a partir de la cual se observa estabilidad hasta los seguimientos; en el participante 6 la conducta se incrementó al iniciar la intervención y se mantuvo pero como dejó de vivir con su pareja a partir del segundo seguimiento, la frecuencia disminuyó; en el participante 11 hubo una disminución en la frecuencia de esta conducta que se mantuvo hasta el seguimiento.

Se observa una disminución en la frecuencia de la conducta de peleas con la pareja en los participantes 2, 6 y 11.

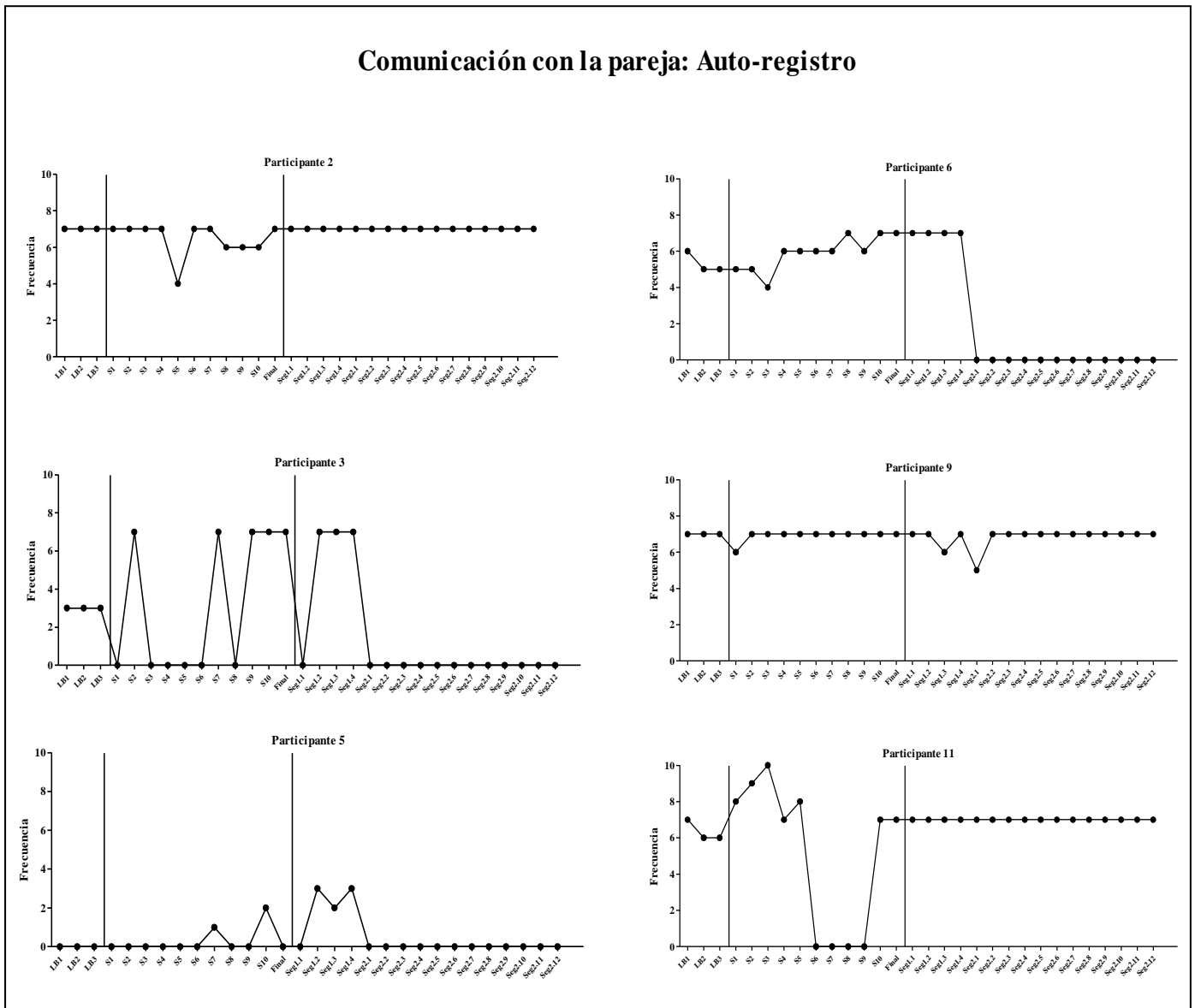


Figura 6.15. Cambios en la conducta comunicación con la pareja en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento.

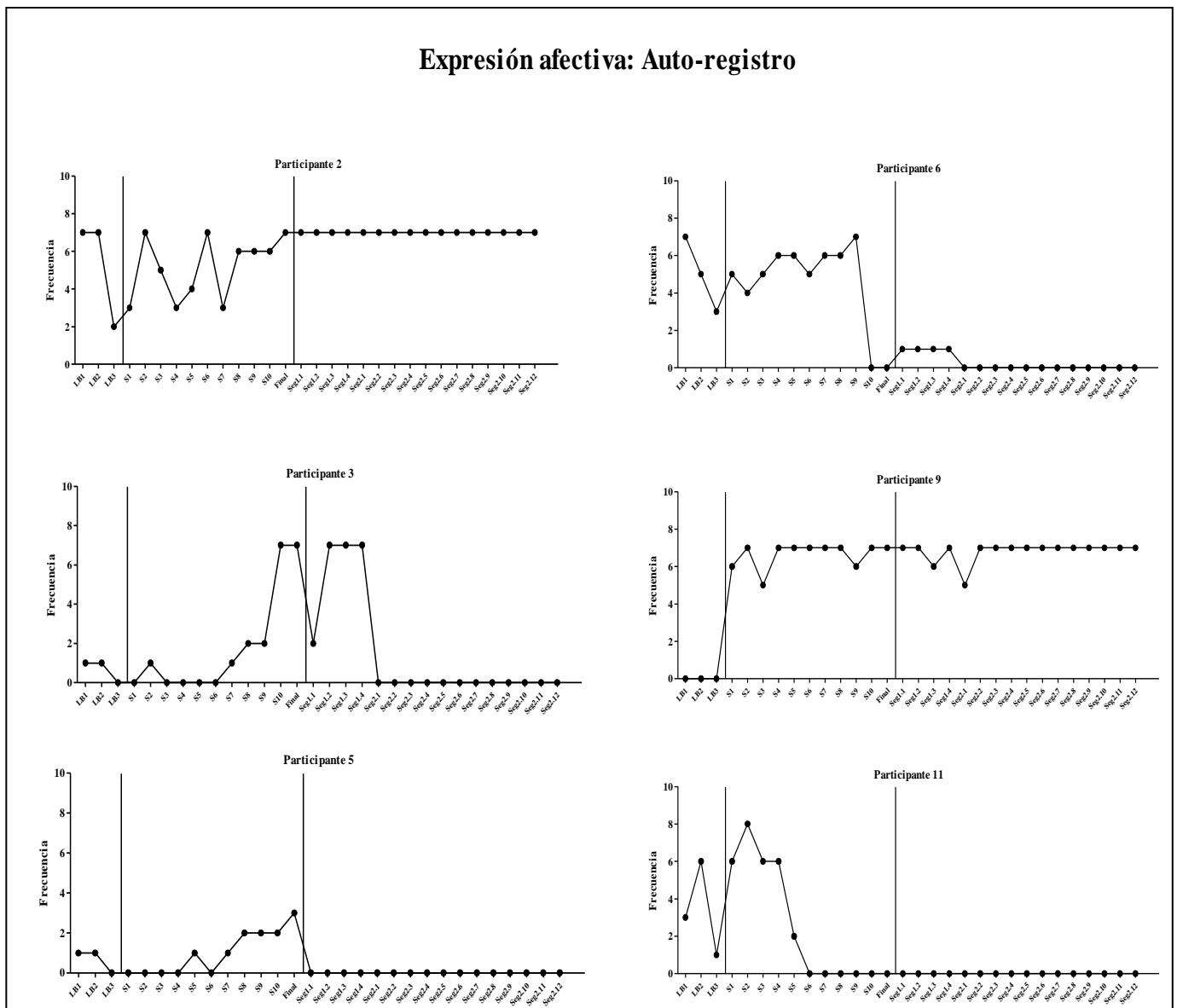


Figura 6.16. Cambios en la conducta expresión afectiva con la pareja en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento.

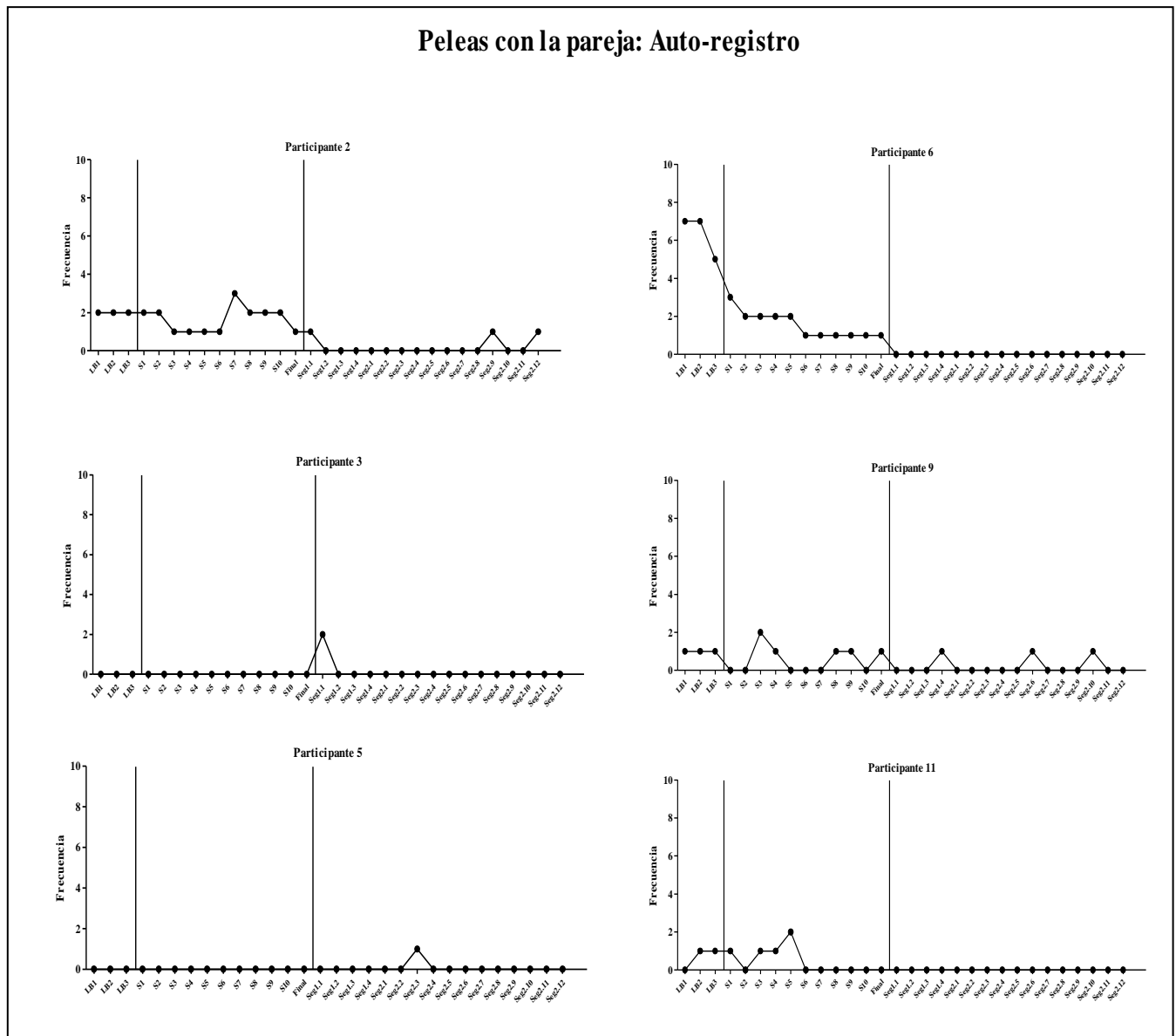


Figura 6.17. Cambios en la conducta pelear con la pareja en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento.

Calidad de vida en el área sexual.

Esta variable fue medida antes, al final de la intervención y en los seguimientos a través de las respuestas de los participantes en el área sexual de la EsCaViPS; además, medida semanalmente a través del registro conductual con la frecuencia de la conducta disfunciones sexuales. Al igual que en la escala de calidad de vida en la relación de pareja puntajes altos indica deterioro en la calidad, por lo que se esperaba una disminución en los puntajes al final de la intervención.

Al evaluar los cambios a través de la prueba de Wilcoxon (ver Tabla 6.20), los cambios resultaron en la dirección esperada, ya que el promedio de los puntajes disminuyó al final de la intervención y la diferencia fue significativa ($z=-2.625$, $p=.009$), el tamaño el efecto es grande ($d=-0.982$). Al comparar el promedio de los puntajes al final de la intervención y en los seguimientos, a través de la prueba de Friedman, se encontró una ligera disminución en el promedio de la puntuación en el primer seguimiento y un ligero incremento en el segundo seguimiento pero las diferencias no resultaron significativas (ver Tabla 6.21), lo que indica que los cambios se mantuvieron a lo largo de los seguimientos. La Figura 6.18 muestra los cambios en la distribución de los datos sobre calidad de vida en el área sexual en cada medición realizada con la EsCaViPS.

Tabla 6.20.

Comparación de los puntajes en el área sexual medidos con la EsCaViPS antes y después de la intervención a través de la prueba de Wilcoxon.

	Media	D. E.	Prueba rangos con signo de Wilcoxon
LB1	22.90	12.308	$n=11$, $z=-2.625^a$, $p=.009$
Final	10.81	6.046	$d=-0.982$

Nota: a. Basado en rangos positivos. LB=Línea base, Final=Evaluación final.

Tabla 6.21.

Comparación de los puntajes en el área sexual medidos con la EsCaViPS entre la medición final y los seguimientos a través de la prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
Final	10.81	6.046	n=11
Seg 1	10.00	7.224	$\chi^2=5.282$
Seg 2	13.09	8.055	gl=2
			p=.071

Nota: Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento.

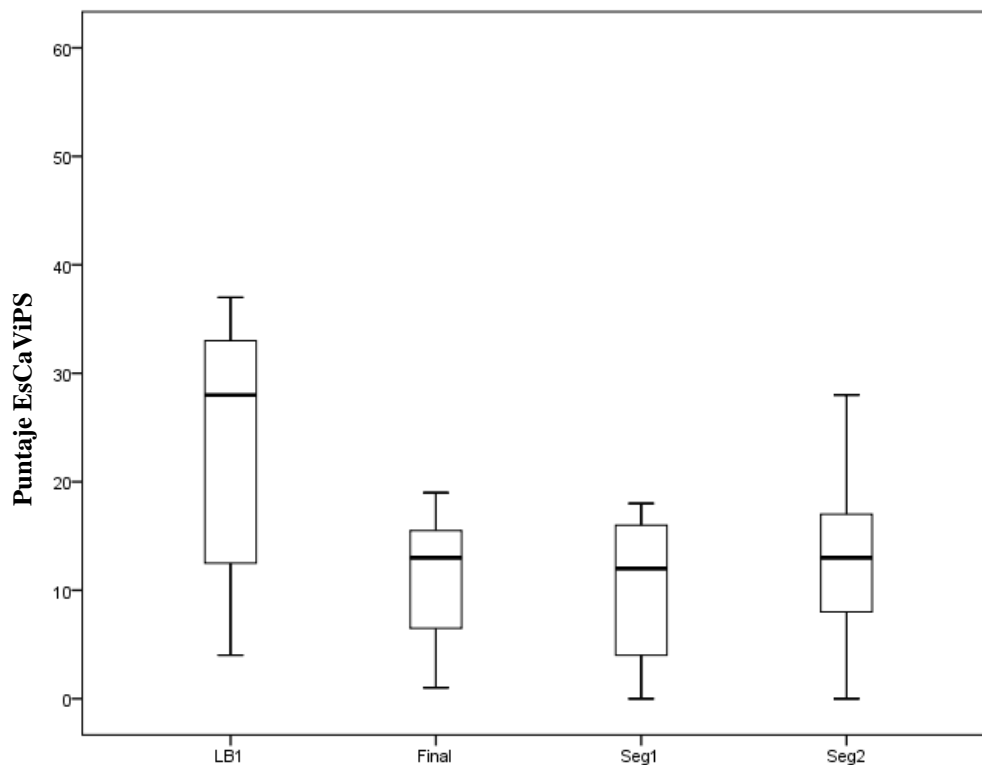


Figura 6.18. Cambios grupales en las mediciones de la calidad de vida en el área sexual medida con la EsCaViPS.

LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento.

La Figura 6.19 muestra el tamaño del cambio para cada participante, nueve de los once pacientes mejoraron su calidad de vida en el área sexual al final de la intervención, la mejoría se mantuvo durante los seguimientos. Los participantes con mayor ganancia (disminución de puntaje) fueron: 7, 6, 1 y 11; los pacientes 2 y 5 incrementaron ligeramente su puntaje en esta escala, lo que indica que su calidad de vida empeoró después de la intervención. La Tabla 6.22 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos para cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices sólo un participante se recuperó (7), cuatro tuvieron mejoría (1, 6, 10 y 11) y seis permanecieron igual (2, 3, 4, 5, 8 y 9).

La Figura 6.20 muestra los cambios en la conducta disfunciones sexuales (impotencia, desinterés sexual, eyaculación precoz, dolor genital) que los participantes reportaron en el registro conductual, seis de los participantes reportaron presentar esta conducta, y sólo se observa una tendencia de disminución en los participantes 3 y 6.

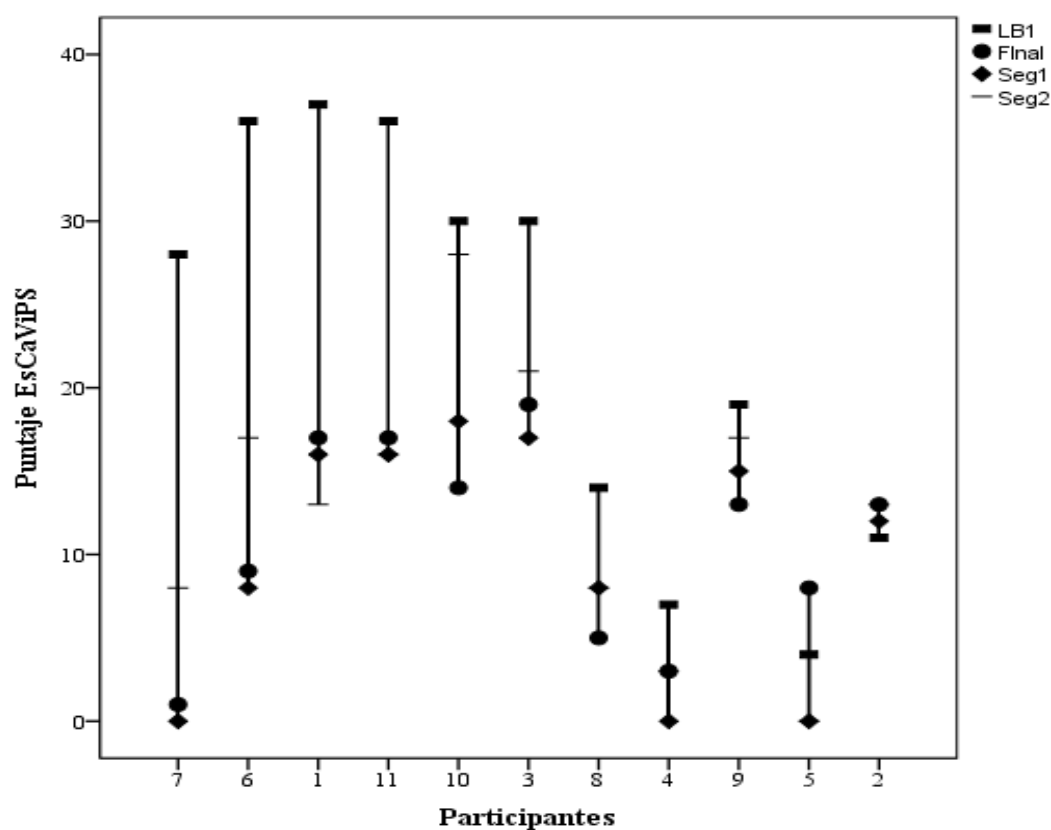


Figura 6.19. Tamaño de los cambios en los puntajes del área sexual de la EsCaViPS para cada participante.

LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento.

Tabla 6.22.

Cambios clínicos en la calidad de vida en el área sexual medidos con la EsCAViPS.

Participante	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
1	37	17	2	No cumple	-3.2	Cambio confiable	Mejoría
2	11	13	2	No cumple	0.32	No cambio	No mejoría
3	30	19	2	No cumple	-1.76	No cambio	No mejoría
4	7	3	2	No cumple	-0.64	No cambio	No mejoría
5	4	8	2	No cumple	0.64	No cambio	No mejoría
6	36	9	2	No cumple	-4.32	Cambio confiable	Mejoría
7	28	1	2	Cumple	-4.32	Cambio confiable	Recuperado
8	14	5	2	No cumple	-1.44	No cambio	No mejoría
9	19	13	2	No cumple	-0.96	No cambio	No mejoría
10	30	14	2	No cumple	-2.56	Cambio confiable	Mejoría
11	36	17	2	No cumple	-3.04	Cambio confiable	Mejoría

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xpost=puntuación al final del tratamiento, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable.

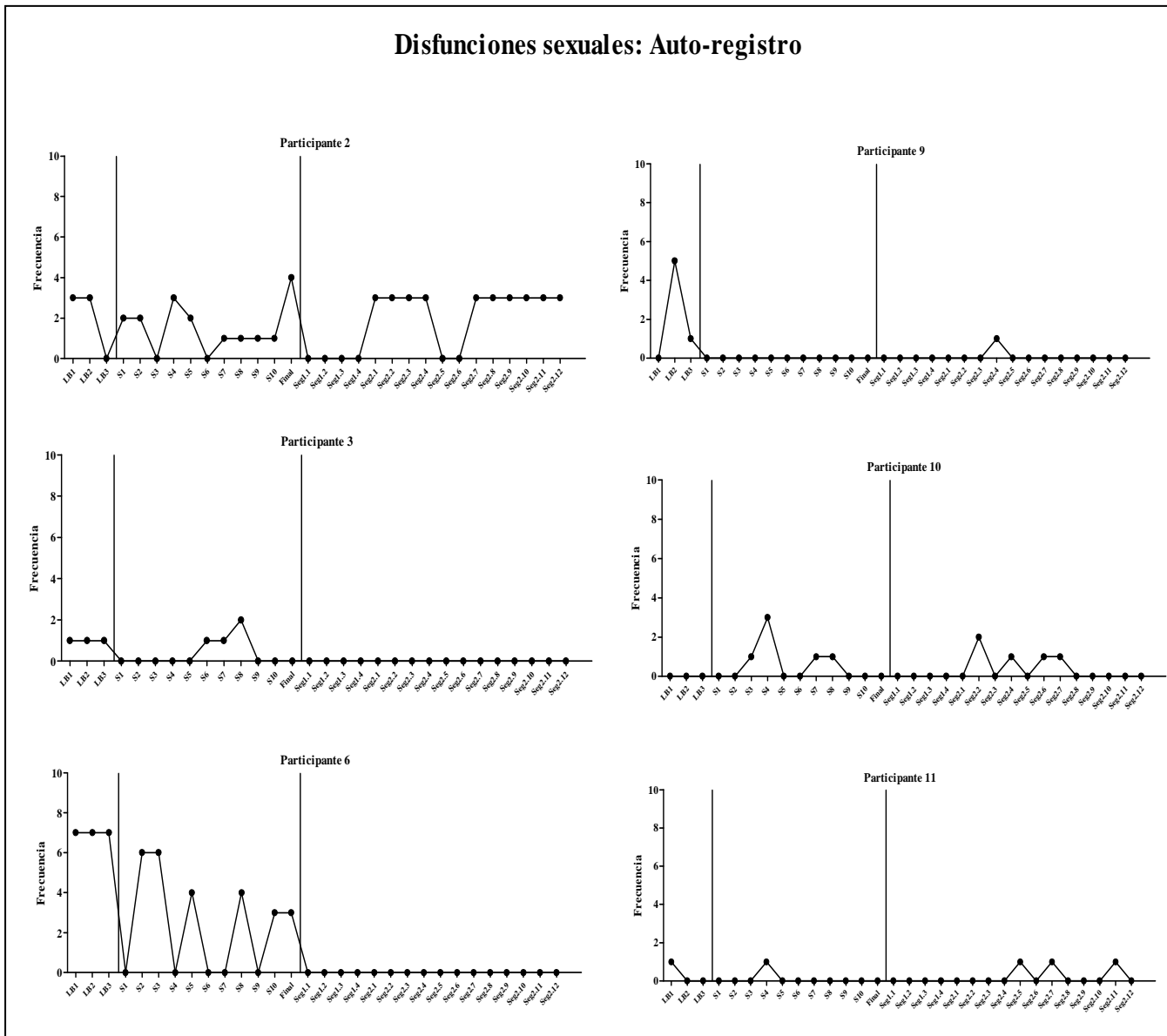


Figura 6.20. Cambios en la conducta disfunciones sexuales en cada participante medida con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento.

Número de parejas sexuales.

Esta variable fue medida antes, al final de la intervención y en los seguimientos a través de las respuestas de los participantes al Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales. Además medida semanalmente a través del auto-registro del participante en los registros conductuales.

Se comparó el promedio de parejas sexual en la línea base 1 (número de parejas tres meses antes de la recolección de datos), al final del tratamiento (número de parejas durante el tratamiento, dos meses y tres semanas) y el promedio del segundo seguimiento (número de parejas tres meses antes de la recolección de datos), el promedio de parejas del primer seguimiento no se incluyó en el análisis porque solo había transcurrido un mes y este dato no es comparable por el lapso de tiempo. Al comparar el promedio de parejas sexuales reportadas por los participantes en el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales a través de la prueba de Friedman (ver Tabla 6.23), se encontró un aumento del número de parejas al terminar la intervención, para el segundo seguimiento disminuyó, pero los cambios no resultaron significativos ($\chi^2=2.364$, $gl=2$, $p=.307$). No se calculó el tamaño del efecto porque el cambio ocurrió en sentido opuesto al esperado (aumento en el número de parejas).

Tabla 6.23.

Comparación del número de parejas sexuales antes y después de la intervención y en los seguimientos a través de la Prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
LB1	5.00	8.390	n=11
Final	11.82	12.197	$\chi^2=2.364$
Seg 2	7.82	15.059	gl=2
			p=.307

Nota: LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento.

La Tabla 6.24 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos para cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices sólo un participante se recuperó (4), uno empeoró (3) y el resto permaneció sin cambio.

Tabla 6.24.

Cambios clínicos en el número de parejas sexuales medido con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.

Participante	Xpre	Xseg2	PC*	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
1	5	7	1	No cumple	0.414	No cambio	No mejoría
2	1	1	1	Cumple	0	No cambio	No mejoría
3	4	52	1	No cumple	9.937	Deterioro confiable	Empeoró
4	30	10	1	No cumple	-4.140	Cambio confiable	Recuperado
5	3	2	1	No cumple	-0.207	No cambio	No mejoría
6	1	0	1	Cumple	-0.207	No cambio	No mejoría
7	3	8	1	No cumple	1.035	No cambio	No mejoría
8	3	0	1	Cumple	-0.621	No cambio	No mejoría
9	1	1	1	Cumple	0	No cambio	No mejoría
10	2	4	1	No cumple	0.414	No cambio	No mejoría
11	1	1	1	Cumple	0	No cambio	No mejoría

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xseg2=puntuación al concluir los seguimientos, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable. *Para calcular este punto de corte se eliminó el caso 4 que es un valor extremo.

La Figura 6.21 presenta los cambios en el número de parejas a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos, registrado por los participantes en los registros conductuales semanales. Se observa una tendencia a disminuir su número de parejas sexuales en los participantes el 4, 5 y 8. Los pacientes 2, 6, 9 y 11 mantuvieron una sólo pareja desde el inicio de la intervención y hasta los seguimientos (no se graficaron). En los participantes 3 y 10 no se observa una tendencia, más bien fueron irregulares en su número de parejas.

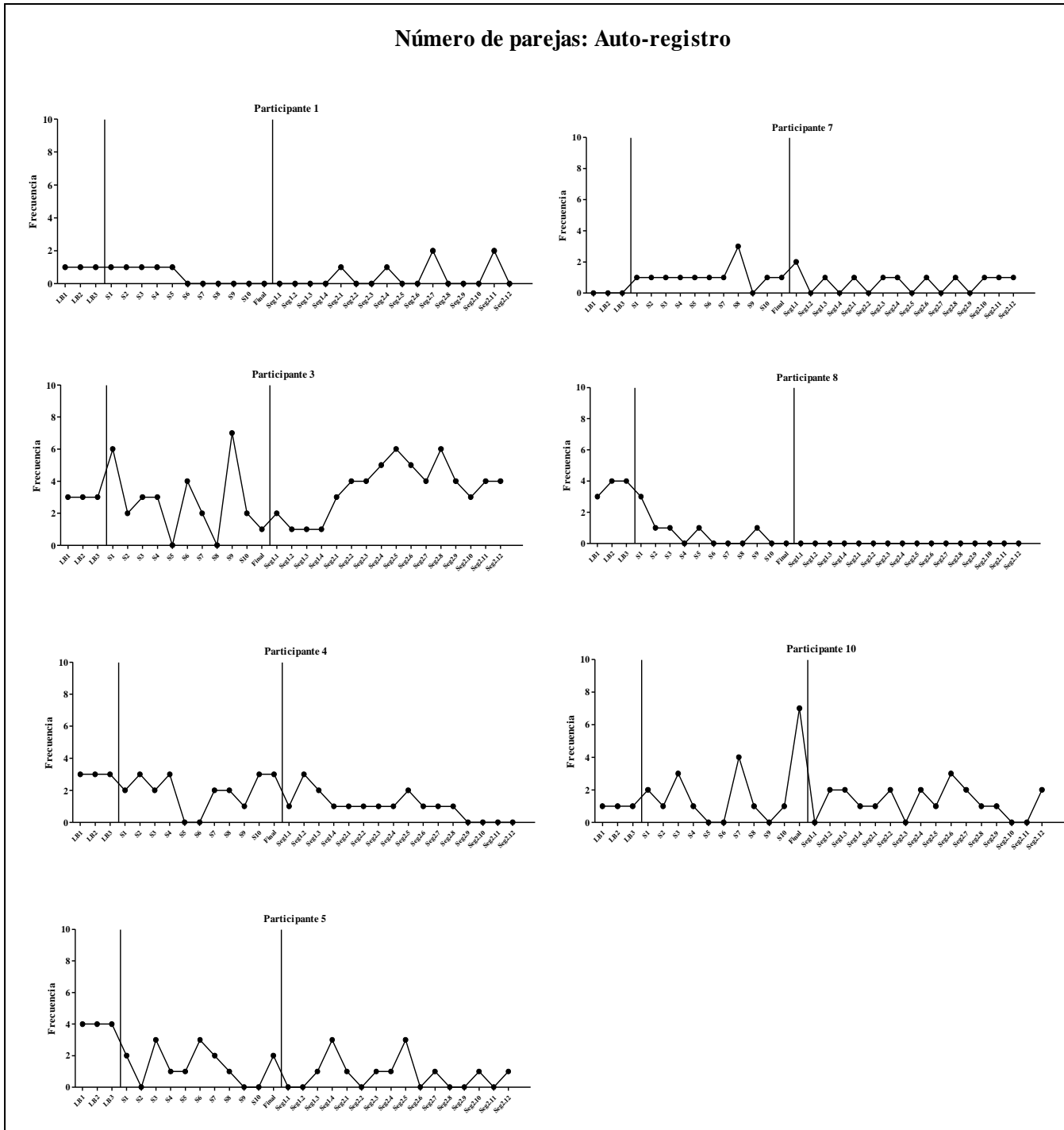


Figura 6.21. Cambios en el número de parejas sexuales en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento.

Uso correcto del condón.

Esta variable se midió antes y después del entrenamiento de la colocación correcta del condón, además en la evaluación final y en las sesiones de seguimiento.

Al comparar el porcentaje promedio de pasos correctos para el uso del condón masculino antes y después del entrenamiento, a través de la prueba de Wilcoxon, se observó un incremento significativo ($z=-2.937$, $p=.003$, ver Tabla 6.25), el tamaño del efecto es grande ($d=2.750$). Al comparar el porcentaje promedio después del entrenamiento, en la evaluación final y en los seguimientos, a través de la prueba de Friedman, se encontró una disminución en el porcentaje correcto promedio de los pasos del uso de condón (leve empeoramiento pero lejos de los valores iniciales), este cambio resultó significativo ($\chi^2=19.866$, $gl=3$, $p<.001$, ver Tabla 6.26). La Figura 6.22 muestra los cambios en la distribución de los datos sobre uso correcto del condón.

Tabla 6.25.

Comparación del porcentaje de uso correcto del condón antes y después del entrenamiento a través de la prueba de Wilcoxon.

	Media	D. E.	Prueba rangos con signo de Wilcoxon
Antes	54.54	16.057	$n=11$, $z=-2.937^a$, $p=.003$
Después	98.70	2.892	$d=2.750$

Nota: a. Basado en rangos positivos. Antes= medición antes del entrenamiento, Después= medición después del entrenamiento.

Tabla 6.26.

Comparación del porcentaje de uso correcto del condón después del entrenamiento y en los seguimientos a través de la prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
Después	98.70	2.892	n=11
Final	94.80	6.463	$\chi^2=19.866$
Seg 1	89.60	7.397	gl=3
Seg 2	89.60	4.908	$p<.001$

Nota: Después= medición después del entrenamiento, Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento.

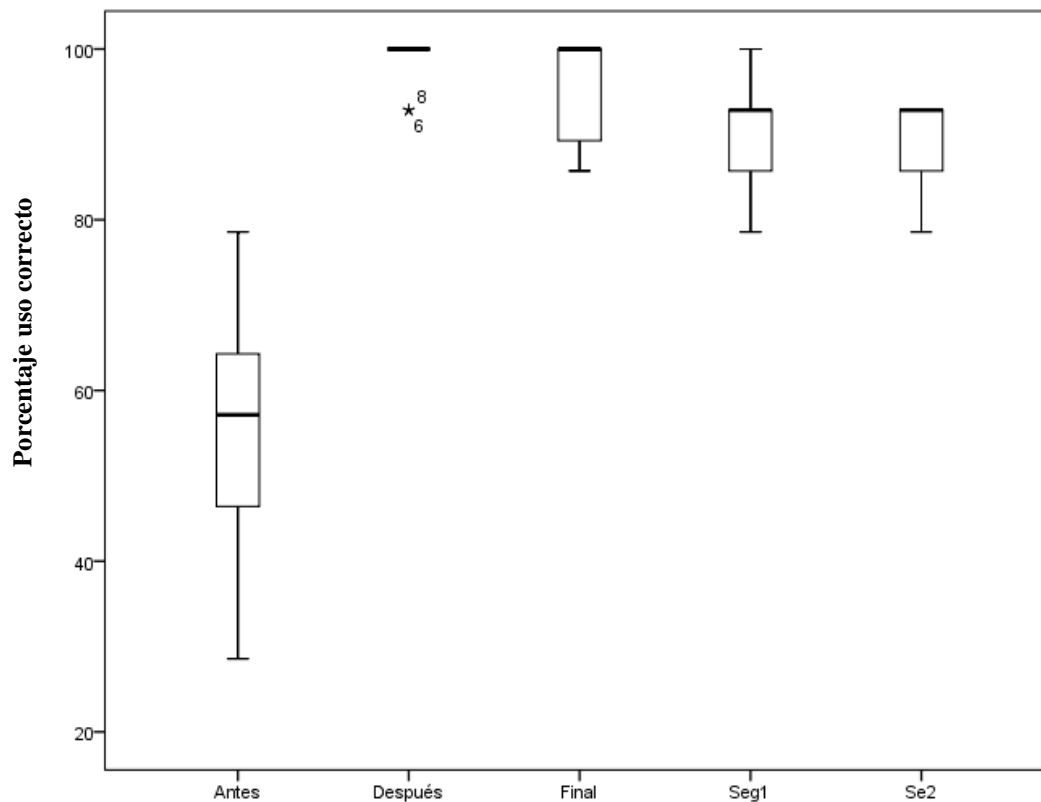


Figura 6.22. Cambios grupales en el porcentaje de uso correcto del condón.

Antes= medición antes del entrenamiento, Después= medición después del entrenamiento. Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento. Los participantes 6 y 8 tuvieron valores extremos en relación a la distribución de los datos en la medición realizada después del entrenamiento.

La Figura 6.23 presenta los cambios por participante en el porcentaje de uso correcto del condón antes y después del entrenamiento, en la evaluación final y en los seguimientos. En todos los casos se observa incremento en el uso correcto que se mantuvo en los seguimientos.

Porcentaje de uso correcto del condón

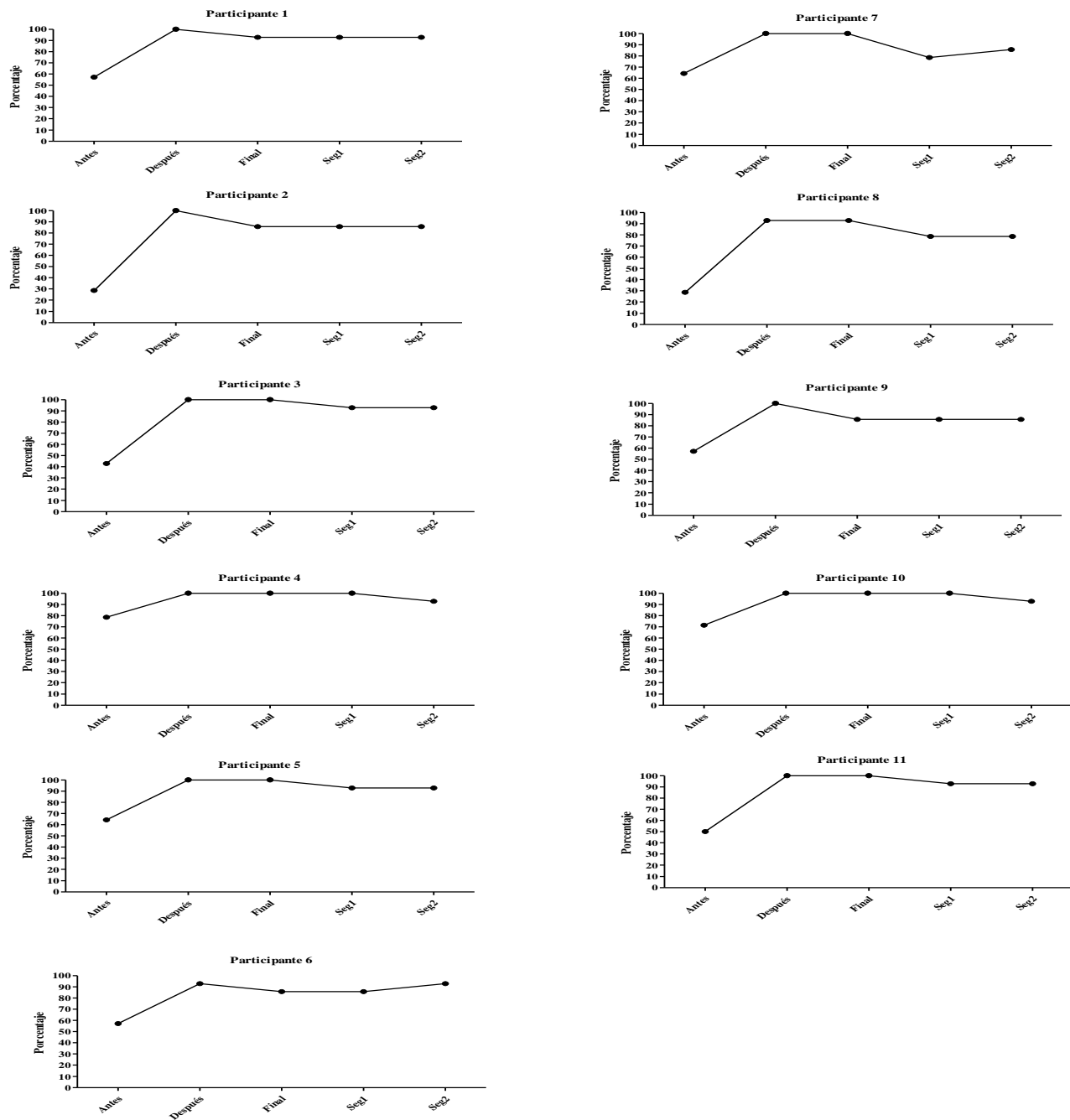


Figura 6.23. Cambios en el porcentaje de uso correcto del condón en cada paciente antes y después del entrenamiento, en la evaluación final y los seguimientos.

Antes= medición antes del entrenamiento, Después= medición después del entrenamiento. Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento.

Uso consistente del condón.

Esta variable se midió antes, al final de la intervención y en los seguimientos a través de las respuestas de los participantes al Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales. Además fue medida semanalmente a través del auto-registro del paciente en los registros conductuales para obtener el porcentaje de uso consistente, para los diferentes tipos de práctica sexual (oral, anal, vaginal).

En la Tabla 6.27 se presenta el reporte de cada participante en el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales sobre el número de contactos sexuales con hombres y mujeres que tuvieron en los tres meses antes de cada medición: línea base, evaluación al final de la intervención y el segundo seguimiento, la medición del primer seguimiento fue considerando el lapso de tiempo de un mes. Además del número de veces que utilizaron condón en esos contacto sexuales. Con estos datos se calculó el porcentaje de uso consistente del condón.

Tabla 6.27.

Numero de contactos sexuales con parejas hombres y mujeres reportados por cada participante en cada medición con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales y número de veces que usaron condón.

Participante	Línea base 1		Final		Seguimiento 1		Seguimiento 2		
	Contactos sexuales		Contactos sexuales		Contactos sexuales		Contactos sexuales		
	Número de veces que uso condón		Número de veces que uso condón		Número de veces que uso condón		Número de veces que uso condón		
	Con mujeres	Con hombres	Con mujeres	Con hombres	Con mujeres	Con hombres	Con mujeres	Con hombres	
1	0	5	5	0	0	0	0	7	7
2	0	60	0	0	36	0	0	30	0
3	4	10	7	12	30	30	5	2	2
4	0	30	30	0	30	30	0	7	7
5	0	10	10	0	24	22	0	4	4
6	0	12	12	0	24	24	0	1	1
7	0	3	3	0	18	18	0	3	3
8	18	0	16	15	0	15	0	0	0
9	0	1	1	0	12	12	0	1	1
10	0	7	7	0	27	23	0	3	3
11	0	5	5	0	6	5	0	1	1

El porcentaje de uso consistente del condón reportado en el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales (porcentaje obtenido con número de veces que se usó el condón/número de contactos sexuales x 100, en los últimos tres meses), se comparó la medición de la línea base 1, la del final de la intervención y la del segundo seguimiento, para que en todos los casos el lapso de tiempo fuera el mismo (contactos sexuales y uso de condón en los últimos tres meses). Al evaluar los cambios a través de la prueba de Friedman (ver Tabla 6.28), se encontró una ligera disminución en el porcentaje de uso consistente del condón al final de la intervención y un ligero aumento en el segundo seguimiento por arriba de la medición inicial, sin embargo los cambios no resultaron significativos ($\chi^2=2.000$, $gl=2$, $p=.368$). El tamaño del efecto se calculó con la medición de línea base y de segundo seguimiento, ya

que la medición final fue en sentido contrario al esperado; el tamaño del efecto es pequeño ($d=0.111$).

Tabla 6.28.

Comparación de los porcentajes de uso consistente de condón antes y después de la intervención y en los seguimientos a través de la Prueba de Friedman.

	Media	D.E.	Prueba de Friedman
LB 1	81.25	37.201	n=8*
Final	78.94	23.463	$\chi^2=2.923$
Seg 2	85.41	35.002	gl=2 p=.232 d=0.111

LB: Línea base, Final: Evaluación final, Seg: Seguimiento

* El análisis eliminó a los participantes que reportaron no tener contactos sexuales y que por lo tanto no fue necesario que utilizaran condón, en la evaluación final un participante reportó que no tuvo contactos sexuales y en el seguimiento dos participantes lo reportaron.

La Figura 6.24 muestra los cambios en la distribución de los datos sobre uso consistente del condón medido a través del Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales; es importante mencionar que el lapso de tiempo en la medición del primer seguimiento es de un mes (contactos sexuales y uso de condón en el último mes) y no de tres meses como en el caso de las demás mediciones (contactos sexuales y uso de condón en los últimos tres meses). La Tabla 6.29 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos de cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices sólo un participante se recuperó (7) y los demás no mostraron un cambio; dentro de los que no mostraron cambio, un participante (2) no uso condón a lo largo de todas las mediciones.

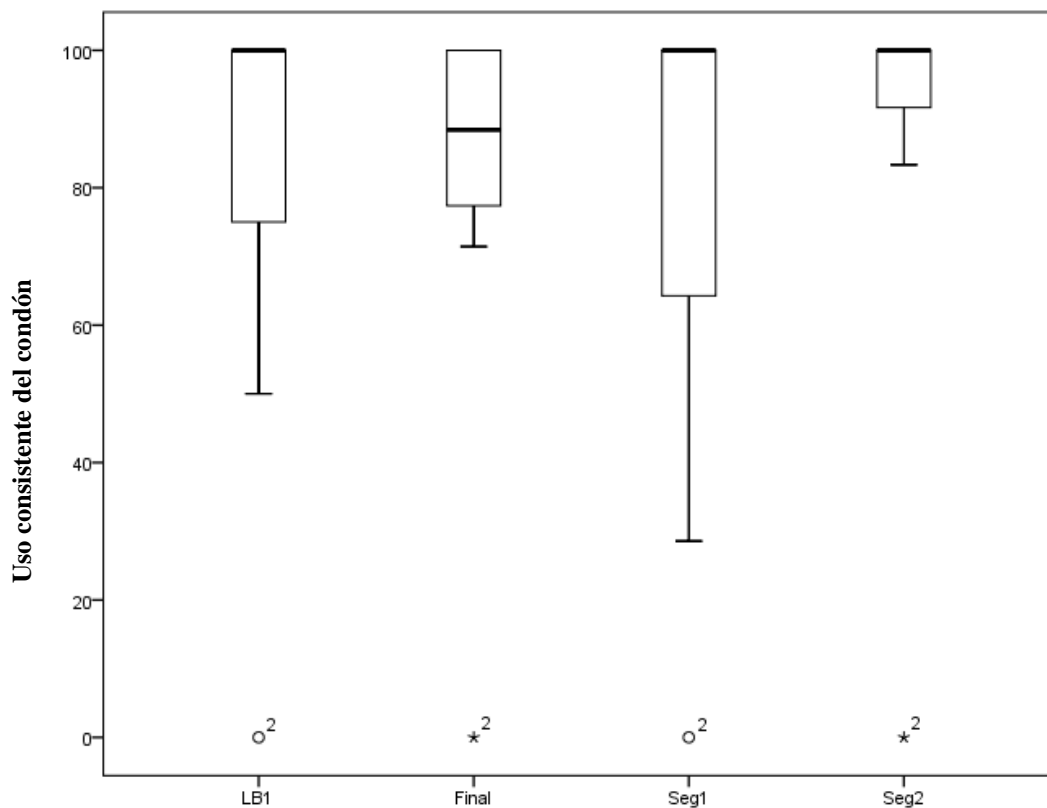


Figura 6.24. Cambios grupales en el uso consistente del condón medido con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.

LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. El participante 2 no utilizó condón desde la línea base y hasta el segundo seguimiento.

Tabla 6.29.

Cambios clínicos en el uso consistente del condón medido con el Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales.

Participante	Xpre	Xseg2	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
1	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
2	0	0	100	No cumple	0	No cambio	No mejoría
3	50	100	100	Cumple	3.491	Cambio confiable	Recuperado
4	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
5	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
6	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
7	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
8	88.88	100	100	Cumple	0.776	No cambio	No mejoría
9	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
10	100	100	100	Cumple	0	No cambio	No mejoría
11	100	83.33	100	No cumple	-1.164	No cambio	No mejoría

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xseg2=puntuación al concluir los seguimientos, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable.

La Figura 6.25 muestra los cambios en la conducta de uso consistente de condón en sexo anal (porcentaje) que cada participante registró semanalmente en el registro conductual, hay 16 mediciones de seguimiento porque el registro fue semanal. Sólo uno de los participantes no reportó tener esta práctica sexual (6), sólo en los pacientes 1 y 3 se observa una tendencia a incrementar el uso del condón, entre las sesiones 4 y 8, que se mantuvo hasta el final de la intervención y durante los seguimientos. Los pacientes 4, 8 y 9 utilizaron consistentemente el condón desde el inicio y se mantuvieron así a lo largo de la intervención y los seguimientos. El paciente 2 no utilizó condón en ninguno de sus contactos desde la línea base y así se mantuvo durante toda la intervención y los seguimientos, para este participante el uso de condón no es una opción, y aunque sólo tiene una pareja (estable) y en sus contactos generalmente juega un rol pasivo (dos condiciones que disminuyen la probabilidad de transmisión del VIH), se enfatizaron otras estrategias de reducción de riesgo como el uso abundante de lubricante, más sexo oral que

anal y pruebas periódicas de diagnóstico de VIH y otras ITS para su pareja, y para el participante pruebas de detección de ITS.

En cuanto al sexo vaginal, sólo tres participantes reportaron realizar esta práctica. La Figura 6.26 muestra los cambios en el uso consistente del condón en contactos vaginales registrados semanalmente. El paciente 3 realizaba esta práctica sólo con su pareja estable y no utilizó condón desde el inicio de la intervención y hasta los seguimientos, en dónde dejó de realizarla. Los pacientes 6 y 8 presentaron una disminución durante una semana del uso consistente del condón que después incrementó y se mantuvo así hasta el final y los seguimientos.

Todos los participantes reportaron tener prácticas sexuales orales, aunque el participante 6 sólo registró esta práctica en una semana. La Figura 6.27 muestra los cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en esta práctica. Los participantes 1, 4 y 7 fueron los que mostraron un incremento en el porcentaje de uso consistente del condón. Los pacientes 2 y 3 no utilizaron el condón en sus contactos orales desde el inicio de la intervención y hasta el final. El paciente 8 utilizó condón desde el inicio y hasta el final. El participante 5 usaba el condón en sexo oral de forma inconsistente, y a lo largo de las semanas de seguimiento dejó de utilizarlo, aunque también disminuyó la frecuencia con que realizó esta práctica.

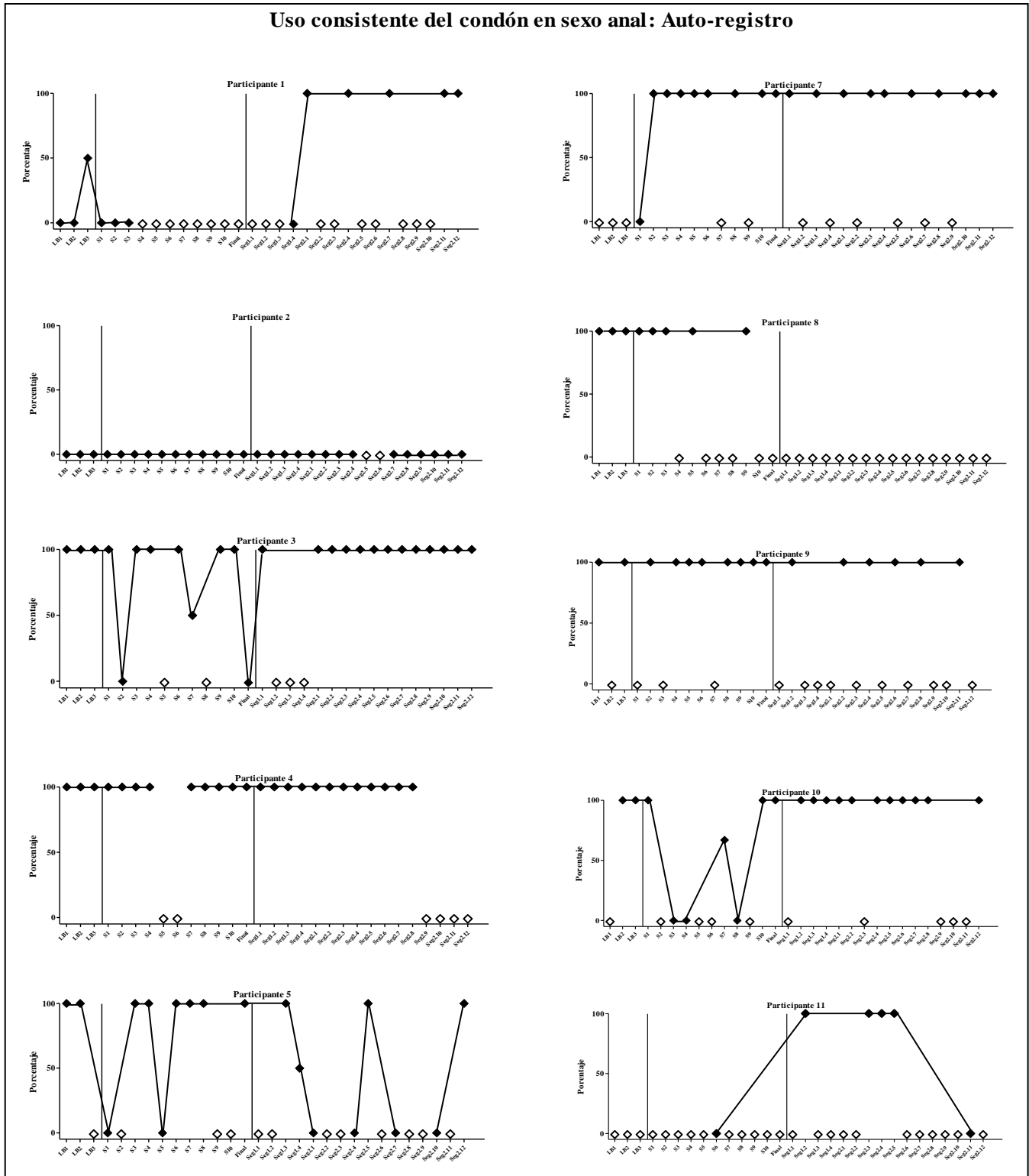


Figura 6.25. Cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en sexo anal en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.

LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento. Los puntos con fondo blanco que no están unidos por la línea son las semanas que los participantes reportaron no tener relaciones sexuales.

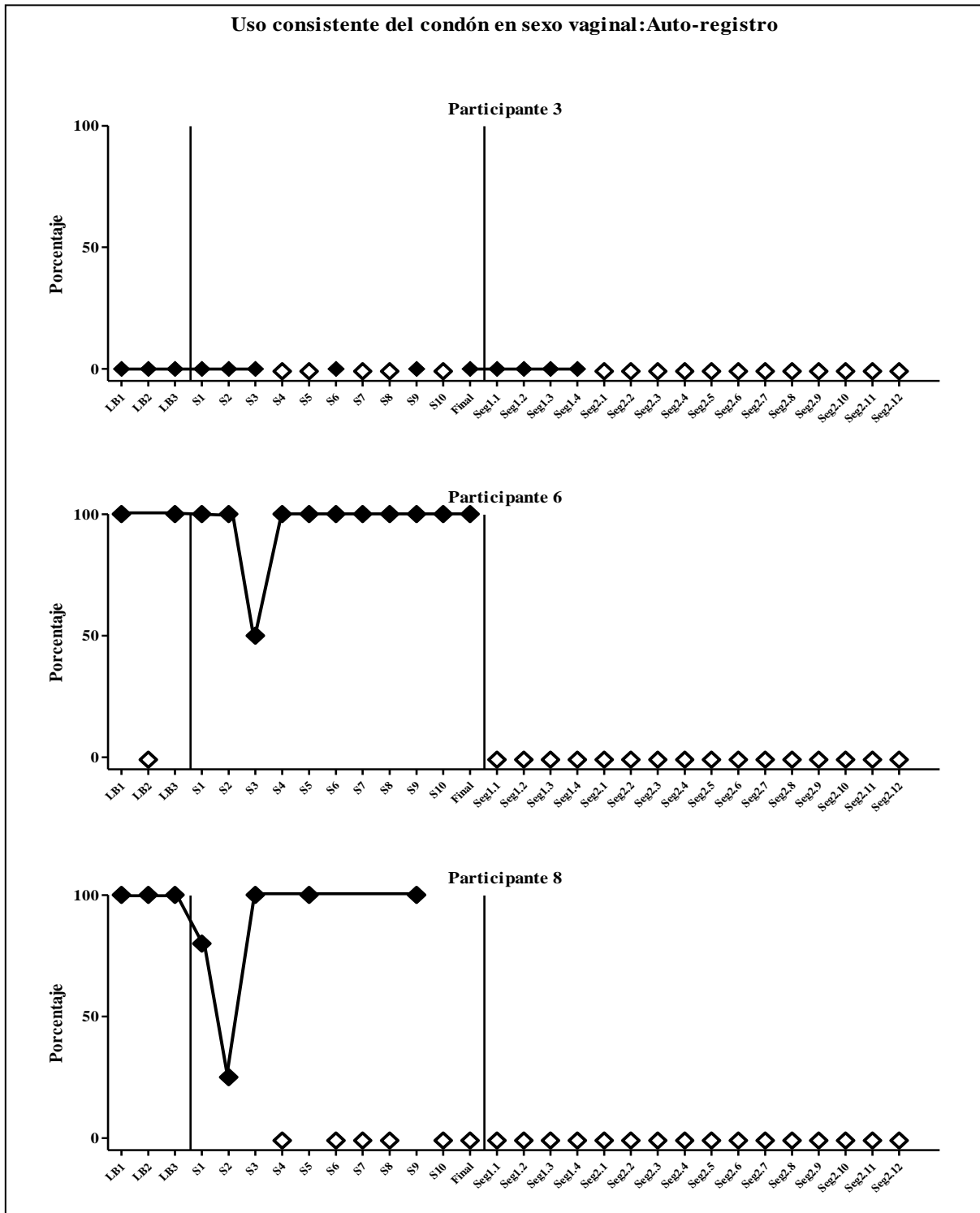


Figura 6.26. Cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en sexo vaginal en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos. LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento. Los puntos con fondo blanco que no están unidos por la línea son las semanas que los participantes reportaron no tener relaciones sexuales.

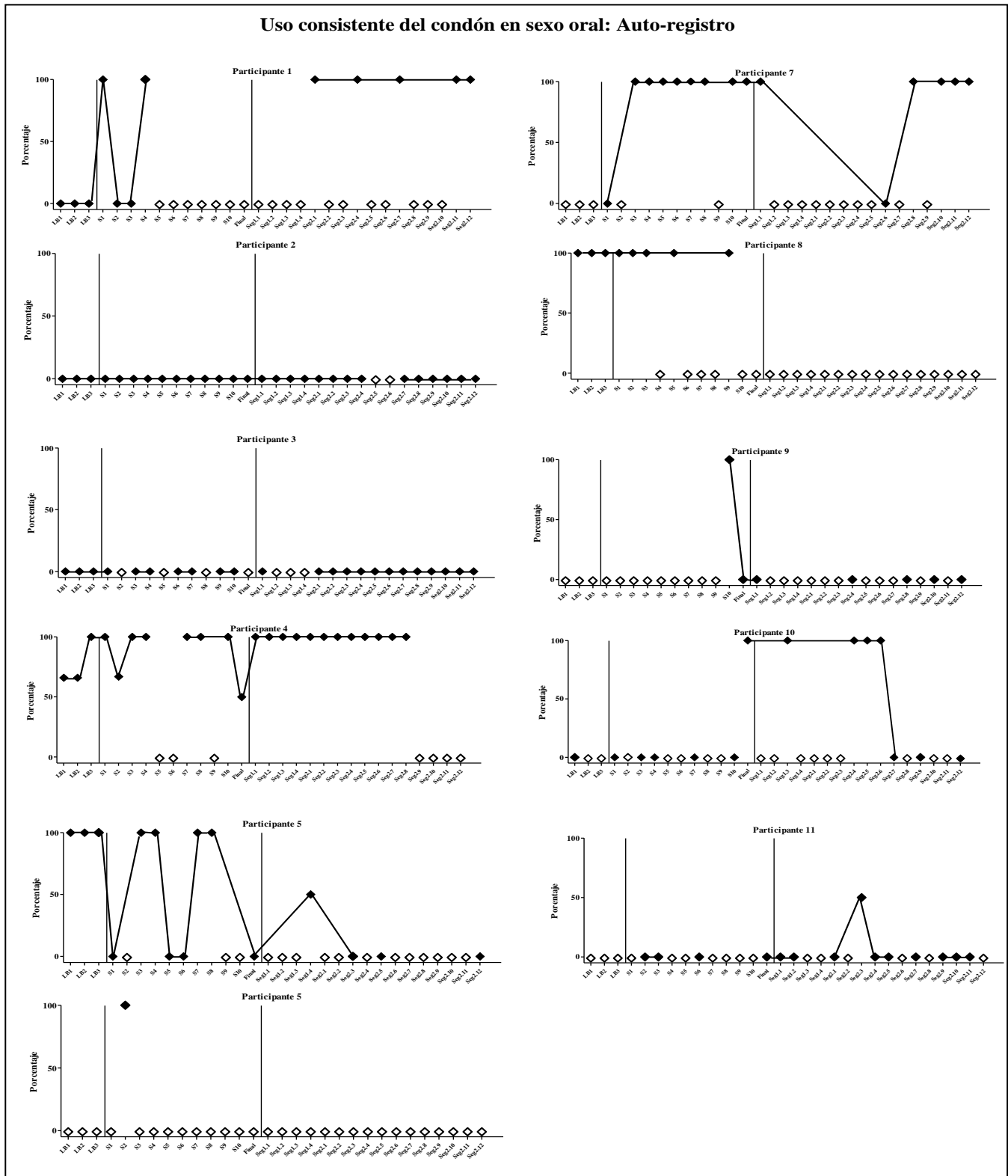


Figura 6.27. Cambios en el porcentaje de uso consistente del condón en sexo oral en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos. LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento. Los puntos con fondo blanco que no están unidos por la línea son las semanas que los participantes reportaron no tener relaciones sexuales.

Adherencia al tratamiento.

Esta variable se midió antes, al final de la intervención y en los seguimientos a través de las respuestas de los participantes al CEAT-VIH y semanalmente a través del registro de los participantes de la toma correcta de su medicamento en los registros conductuales.

Al comparar los puntajes de los participantes obtenidos en el CEAT-VIH antes y después de la intervención, a través de la prueba de Wilcoxon, se observó un ligero incremento que no resultó significativo ($z=-0.52$, $p=.959$, ver Tabla 6.30), el tamaño del efecto fue pequeño ($d=0.143$). Al comparar los puntajes del CEAT-VIH obtenido en la evaluación final y en los seguimientos, a través de la prueba de Friedman, se encontró que los cambios no resultaron significativos ($\chi^2=1.421$, $gl=2$, $p=.491$, ver Tabla 6.31). La Figura 6.28 muestra los cambios en adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH.

Tabla 6.30.

Comparación de los puntajes en adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH antes y después de la intervención a través de la prueba de Wilcoxon.

	Media	D. E.	Prueba rangos con signo de Wilcoxon
LB1	77.81	5.095	$n=11$, $z=-0.52^a$, $p=.959$
Final	78.54	5.164	$d=0.143$

Nota: a. Basado en rangos positivos. LB=Línea base, Final=Evaluación final.

Tabla 6.31.

Comparación de los puntajes en adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH en la medición final y los seguimientos a través de la prueba de Friedman.

	Media	D. E.	Prueba de Friedman
Final	78.54	5.164	n=11
Seg 1	79.09	5.855	$\chi^2=1.421$
Seg 2	77.27	7.28	gl=2 p=.491

Nota: Final=Evaluación final, Seg= Seguimiento.

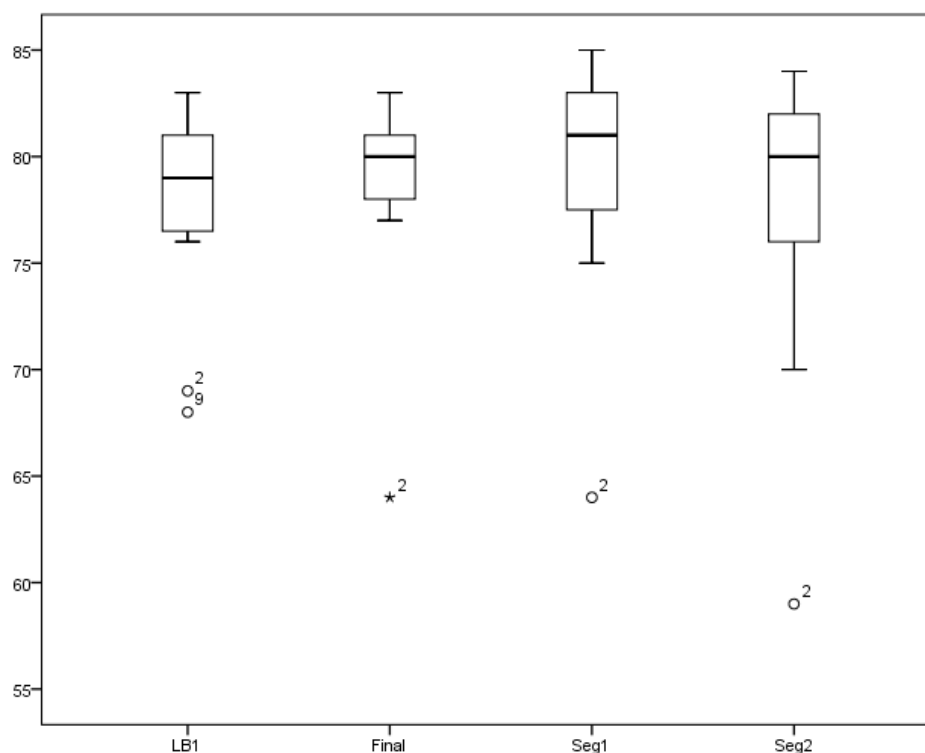


Figura 6.28. Cambios grupales en los puntajes de adherencia al tratamiento medidos con el CEAT-VIH.

LB=Línea base, Final=Evaluación final, Seg=Seguimiento. Los participantes 2 y 9 obtuvieron valores extremos en relación a la distribución de los datos.

La Tabla 6.32 muestra los índices relacionados con los cambios clínicos de cada uno de los participantes. De acuerdo a estos índices sólo un participante mejoró (9), los demás no mostraron cambio, sin mejoría.

Tabla 6.32.*Cambios clínicos en la adherencia al tratamiento medida con el CEAT-VIH.*

Participante	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio clínico
1	76	77	88	No cumple	0.279	No cambio	No mejoría
2	69	64	88	No cumple	-1.396	No cambio	No mejoría
3	79	81	88	No cumple	0.558	No cambio	No mejoría
4	81	82	88	No cumple	0.279	No cambio	No mejoría
5	80	78	88	No cumple	-0.558	No cambio	No mejoría
6	81	80	88	No cumple	-0.279	No cambio	No mejoría
7	83	83	88	No cumple	0	No cambio	No mejoría
8	83	81	88	No cumple	-0.558	No cambio	No mejoría
9	68	81	88	No cumple	3.631	Cambio confiable	Mejoría
10	77	79	88	No cumple	0.558	No cambio	No mejoría
11	79	78	88	No cumple	-0.279	No cambio	No mejoría

Nota: Xpre=puntuación previa al tratamiento, Xpost=puntuación al final del tratamiento, PC=punto de corte, ICC=índice de cambio confiable.

En la Figura 6.29 se presentan los datos del registro conductual para cada participante en relación a la toma adecuada de medicamento, se tienen 16 mediciones de seguimiento porque el registro fue semanal. Se observa que la mayoría de los pacientes mantuvieron estable el porcentaje de toma adecuada de su TARV; el paciente 2 es el que presenta problemas importantes en esta conducta (este paciente mantiene la creencia de que no es importante la toma adecuada del TARV, ya que lleva mucho tiempo fallando en sus tomas y su carga viral se encuentra indetectable y sus conteos de CD4 entre 880-1000 mm³), mientras que el paciente 3 muestra una mejoría en esta conducta alrededor de la sesión 3 de la intervención la cual se mantuvo estable hasta el final de la intervención y en los seguimientos. El paciente 1 presenta una disminución a 0 en las últimas semanas de seguimiento que se explica porque no fue a recoger su medicamento en tiempo y se terminaron sus pastillas.

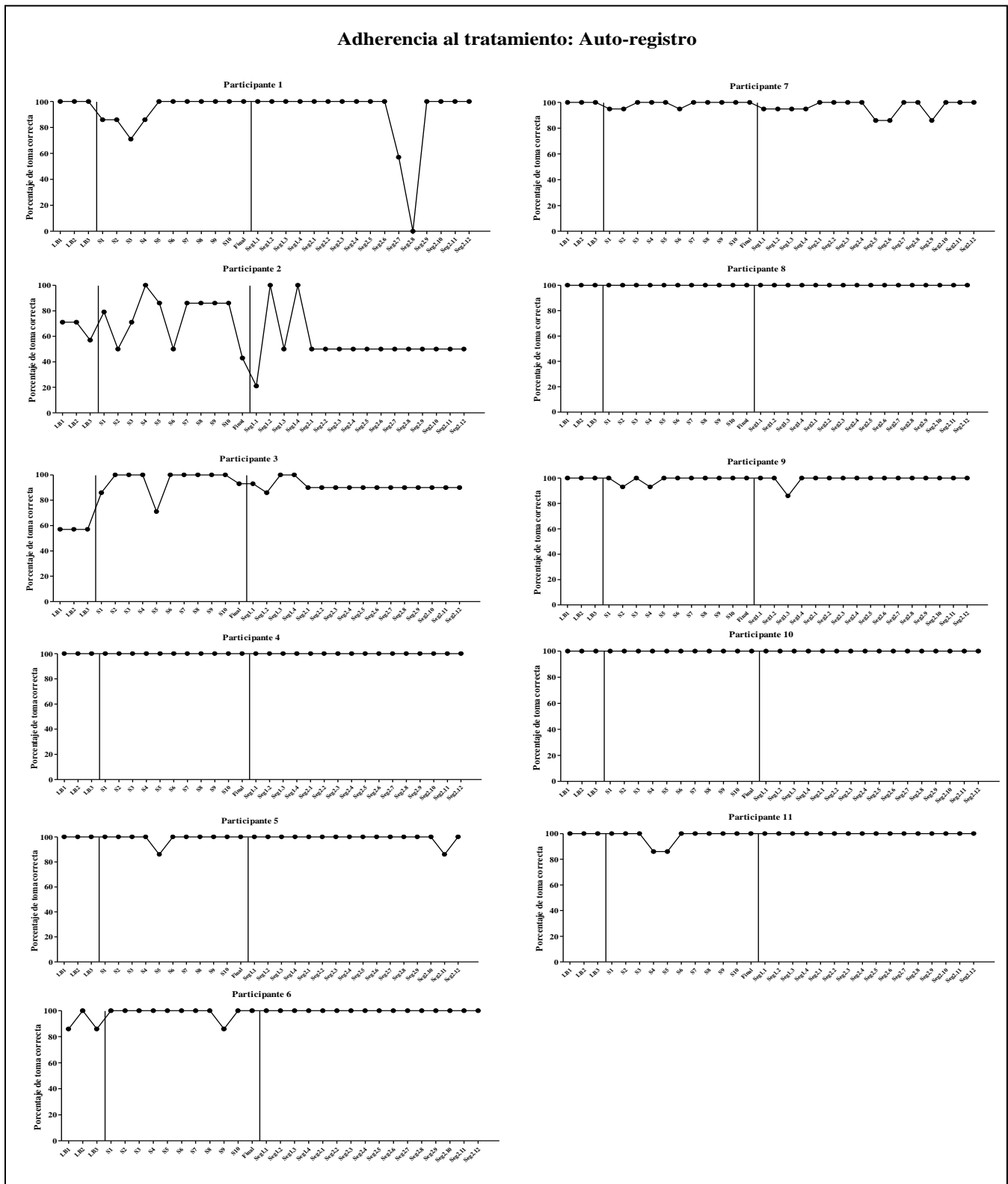


Figura 6.29. Cambios en el porcentaje de toma adecuada de medicamentos en cada participante medido con el registro conductual, a lo largo de la línea base, la intervención y los seguimientos.
 LB=Línea base, S=Sesión, Final= Evaluación final, Seg=Seguimiento

La Tabla 6.33 muestra un resumen de los cambios en cada una de las variables dependientes a partir de la intervención psicológica, se muestran los cambios en relación a la significancia estadística, la práctica y la clínica.

Tabla 6.33.

Resumen de los cambios estadísticos, prácticos y clínicos a partir de la intervención.

Variable	Significancia estadística	Seguimiento	Significancia práctica	Significancia clínica
Síntomas depresivos <i>BDI</i>	Disminución significativa: de nivel moderado a mínimo	Aumento significativo: pero no cambio de nivel permaneció en mínimo.	Cambio grande	Recuperados: 2 Mejoraron: 7 No mejoraron: 2 Empeoraron: 0
Síntomas ansioso <i>BAI</i>	Disminución significativa: de nivel grave a leve	Aumento significativo: pero no cambio de nivel permaneció en leve	Cambio grande	Recuperados: 9 Mejoraron: 2 No mejoraron: 0 Empeoraron: 0
Revelación del diagnóstico	Todos los participantes lograron establecer su regla de revelación. Dos de los pacientes con parejas ocasionales reportaron revelar su diagnóstico a su pareja sexual antes de tener el contacto sexual.			
Calidad de vida en la relación de pareja <i>EsCaViPS</i>	Disminución no significativa: 26 puntos a 21.16 puntos.	Aumento no significativo: 23.40 a 27 puntos	Cambio moderado	Recuperados: 0 Mejoraron: 1 No mejoraron: 4 Empeoraron: 1
Calidad de vida en el área sexual <i>EsCaViPS</i>	Disminución significativa: 22.90 a 10.81 puntos	Ligero aumento no significativo: 10.81 a 13.09	Cambio grande	Recuperados: 1 Mejoraron: 4 No mejoraron: 6 Empeoraron: 0
Número de parejas sexuales <i>Cuestionario patrón de conducta sexual</i>	Aumento no significativo: 5 parejas en promedio a 11.82	Disminución no significativa: de 11.82 parejas en promedio a 7.82		Recuperados: 1 Mejoraron: 0 No mejoraron: 10 Empeoraron: 0

Continuación Tabla 6.33.

Variable	Significancia estadística	Seguimiento	Significancia práctica	Significancia clínica
Uso correcto del condón	Aumento significativo: 54.54% de pasos correctos a 98.70%	Disminución significativa: 98.70% a 89.60%	Cambio grande	
Uso consistente del condón <i>Cuestionario patrón de conducta sexual</i>	Disminución no significativa: 81.25% a 78.94%	Aumento no significativo: 78.94% a 85.41%	Cambio pequeño	Recuperados: 1 Mejoraron: 0 No mejoraron: 10 Empeoraron: 0
Adherencia al tratamiento CEAT-VIH	Ligero aumento no significativo: 77.81 puntos a 78.54 puntos (adherencia insuficiente)	Ligera disminución no significativa: 77.81 puntos a 77.27 (adherencia insuficiente)	Cambio pequeño	Recuperados: 0 Mejoraron: 1 No mejoraron: 10 Empeoraron: 0

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la intervención psicológica cognitivo conductual diseñada a partir de la revisión de la literatura científica acerca de las intervenciones exitosas para fomentar conductas sexuales seguras y a partir de los resultados del Estudio 1 de esta investigación. Se evaluó el efecto de la intervención en la revelación del diagnóstico y el uso del condón en PVVIH y sobre otras variables predictoras de éstas: síntomas depresivos, síntomas ansiosos, calidad de vida en el área sexual, calidad de vida en la relación de pareja y adherencia al tratamiento ARV.

Los resultados muestran que la intervención tuvo un efecto en los síntomas emocionales (depresión y ansiedad), la revelación del diagnóstico, la calidad de vida en el área sexual y en el uso correcto del condón.

Al finalizar la intervención hubo una disminución estadísticamente significativa en las variables emocionales (síntomas ansiosos y depresivos), el tamaño del efecto fue grande y todos los participantes tuvieron cambios clínicos significativos. Hubo una mayor disminución en los síntomas de ansiedad, probablemente debido a que en la evaluación inicial el nivel de ansiedad fue más alto que el nivel de depresión; todos los participantes tenían al inicio niveles moderados y graves de ansiedad, no así en depresión ya que algunos participantes tenían niveles mínimos y leves en donde la mejoría es poca o nula. Estos resultados corroboran la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la regulación emocional en PVVIH y en otras enfermedades crónicas (Dobson, 1989; Crepaz et al., 2008; Gonzalez, Batchelder, Psaros & Safren, 2011; Gould, Coulson & Howard, 2012a, 2012b; Pérez-Álvarez &

García-Montes, 2001; Orgilés, Méndez, Rosa & Inglés, 2003; Stewart & Chambless, 2009).

Las medidas fisiológicas relacionadas con la ansiedad mostraron una disminución después del entrenamiento en relajación, aunque sólo en la frecuencia cardiaca la disminución fue significativa. Estos resultados coinciden con lo que se ha encontrado en estudios con pacientes médicamente enfermos, en los cuales se ha demostrado que el entrenamiento adecuado en técnicas de relajación logra reducir la sensación subjetiva de ansiedad, disminuye la activación fisiológica que genera, aumenta la capacidad de enfrentamiento activo y la sensación de bienestar (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carbajal & Baranda-Sepúlveda, 2006).

En relación a los seguimientos, en las dos variables emocionales hubo un incremento estadísticamente significativo en el puntaje obtenido con los inventarios de Beck, del final de la intervención al segundo seguimiento, sin embargo las puntuaciones promedio permanecieron en el mismo nivel de síntomas (mínimo para depresión y leve para ansiedad), lo que sugiere que los participantes mantuvieron los beneficios obtenidos en relación a la reducción de síntomas depresivos y ansiosos. El incremento en el puntaje de los inventarios de Beck que tuvieron algunos participantes se puede explicar por situaciones significativas de vida como la pérdida o el cambio de empleo o problemas en su relación de pareja; sólo en un participante el puntaje de síntomas depresivos fue mayor en el segundo seguimiento que en la evaluación inicial, clínicamente puede deberse a que durante ese periodo refirió problemas familiares (un distanciamiento con sus hermana y madre).

Es importante mencionar que en la mayoría de los casos la tendencia obtenida con los instrumentos psicométricos también se presentó en los registros conductuales para tristeza y ansiedad, sólo en uno de los

participantes no coincidió, lo que podría atribuirse a la falta de habilidad o inconsistencia del participante para llenar correctamente los registros conductuales y la subjetividad al evaluar la frecuencia e intensidad de sus emociones de tristeza y ansiedad.

De acuerdo a los modelos evaluados en el Estudio 1, la disminución de síntomas ansiosos y depresivos podría favorecer la modificación y el entrenamiento en otras variables, como fue el caso de la toma de decisiones acerca de revelar o no el diagnóstico a las parejas sexuales. A partir de la evaluación de ventajas y desventajas de revelar y no revelar, estrategia utilizada con éxito en otras intervenciones para fomentar la revelación del diagnóstico (Kairaniaa et al., 2009; Serovich, Reed, Grafsky & Andrist, 2009; Serovich, Reed, Grafsky, Hartwell, & Andrist, 2011) y de la evaluación de la relevancia que tiene la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales en comparación con la revelación a familiares o amigos, todos los participantes establecieron sus reglas de revelación, es decir a quién decirle, a quién no decirle, en qué momento, lo cual reafirmó a los participantes que la decisión es sólo de ellos y que puede cambiar a lo largo del tiempo, que no es una obligación compartir su diagnóstico siempre y cuando tomen las medidas necesarias para disminuir la transmisión del virus, las reinfecciones y la adquisición de otras ITS (uso correcto y consistente de condón), responsabilizándose de su propia salud independientemente del tipo de pareja o del contacto sexual; a partir de esto puede ser más fácil regular las emociones negativas asociadas a la revelación (culpa, ansiedad, tristeza).

La intervención tuvo un efecto grande en la calidad de vida sexual, ya que al final de la intervención hubo una mejoría estadísticamente significativa y la mitad de los participantes tuvieron un cambio clínicamente significativo. El módulo de calidad de vida sexual de la intervención se basó en el módulo

“teniendo sexo” de la intervención derivada del Project Enhance (Safren et al., 2013), los resultados muestran que los ejercicios y técnicas de este módulo ayudaron a los participantes a identificar las conductas sexuales que les gustaría realizar, dejar de realizar y las que no aceptarían realizar, además de establecer opciones para llevarlo a cabo.

La calidad de vida en el área sexual en las PVVIH se ve afectada por todos los cambios que deben de realizar en sus comportamientos sexuales después del diagnóstico, por las emociones negativas (p.e. culpa, vergüenza, enojo) que surgen por ser la vía por la que adquirieron la infección y por la posible discriminación y rechazo por parejas sexuales (Campero et al., 2010; Camoni et al. 2009; Marqués, Rodríguez & Matías, 2007). El que las PVVIH mejoren su calidad de vida en esta área contribuye a su bienestar general, pero esto debe de ir acompañado de la información adecuada y el entrenamiento de habilidades que favorezcan la realización de conductas sexuales seguras y protegidas.

En relación a las mediciones realizadas en los seguimientos, los puntajes de la calidad de vida en el área sexual fueron similares, sin cambios significativos, lo que indica que la mejoría obtenida al final de la intervención se mantuvo a lo largo del tiempo.

Otra medida de la calidad de vida en el área sexual fue la frecuencia con que los participantes registraron presentar disfunciones sexuales (reporte de los participantes de que presentaron impotencia, desinterés sexual, eyaculación precoz o dolor genital) en el registro conductual, sólo seis de los participantes reportaron esta conducta, cuatro con poca frecuencia y de forma esporádico a lo largo de las mediciones, así que no se puede mostrar una tendencia. Los participantes 2 y 6 tuvieron una mayor frecuencia en esta conducta, el primero no mostró una tendencia de cambio, esta conducta se

presentó de forma irregular, mientras que el segundo mostró una tendencia de disminución al final de la intervención.

La intervención tuvo un efecto grande y significativo en el uso correcto del condón masculino, estos resultados coinciden con los de otras intervenciones llevadas a cabo en México en las que se ha entrenado esta habilidad a través de modelado y retroalimentación correctiva (Robles, 2005; Robles et al., 2006; Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno & Robles, 2009). Muchas de las intervenciones (Coleman, Jemmott, Jemmott, Strumpf & Ratcliffe, 2009; Cornman et al. 2008; Yang, Wu & Xu, 2001) sólo evalúan el uso consistente del condón y no evalúan el uso correcto; la importancia de evaluar el uso correcto radica en la existencia de evidencia que señala que las personas que reportan usar el condón no siempre lo usan correctamente (Robles, et al., 2006), lo que incrementa la probabilidad de que se rompa o se derrame el semen. De esta manera, las intervenciones encaminadas a favorecer el uso del condón deben también incluir la evaluación y entrenamiento en el uso correcto, por ejemplo, en este estudio se encontró que antes del entrenamiento en la habilidad de colocar y retirar correctamente un condón existía un 45.5% promedio de errores al seguir los pasos para el uso correcto. La habilidad de usar correctamente el condón tendría que ser un antecedente para el uso consistente, que asegure que la práctica sexual sea realmente protegida y por tanto sea considerada de prevención.

Los cambios logrados después del entrenamiento para el uso correcto disminuyeron a lo largo de los seguimientos, sin embargo los errores en promedio no fueron mayores a 10%, lo que indica que las ganancias de los participantes a partir del entrenamiento se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Es importante mencionar que la variable de uso correcto del condón masculino fue la que tuvo un mayor tamaño del efecto a partir de la

intervención, probablemente debido a que se trata de una conducta que se entrenó y observó directamente, en donde la posibilidad de subjetividad o interpretación es mínima tanto en el entrenamiento como la medición, a diferencia de otras variables difíciles de medir directamente y porque dependen de la apreciación subjetiva de la personas, como es el caso de la calidad de vida o los síntomas emocionales.

Los resultados muestran que la intervención no tuvo un efecto significativo en la calidad de vida en la relación de pareja, el número de parejas sexuales, el uso consistente del condón y la adherencia al tratamiento.

La calidad de vida en la relación de pareja no mostró cambios significativos ni al final de la intervención ni en los seguimientos, clínicamente un participante empeoró y en el segundo seguimiento un participante incrementó su puntaje por arriba del obtenido en la evaluación inicial, lo que indica que su calidad de vida en la relación de pareja empeoró, debido probablemente a que inició su proceso de separación.

La complejidad que implica la variable de calidad de vida en la relación de pareja debido a que involucra la interacción con otra persona que no recibe una intervención psicológica, pudo dificultar los cambios llevados a cabo por el participante que recibió la intervención, además de que seguramente el tiempo dedicado en la intervención a este variable debe ser mayor y las técnicas para el cambio cognitivo o la modificación conductual deben ser más específicas para observar una mejoría significativa.

El promedio de número de parejas sexuales incrementó al final de la intervención y, aunque disminuyó en el segundo seguimiento, el promedio fue mayor que al inicio de la intervención además de que clínicamente un participante empeoró ya que incrementó en gran medida su número de parejas sexuales, este fue el participante 3 quien tenía una pareja regular mujer con la

que no usaba condón y parejas ocasionales hombres con quienes utilizaba condón de forma inconsistente al inicio de la intervención, este mismo participante fue el que inició proceso de separación de su pareja regular por lo que dejó de tener contactos sexuales vaginales, pero incrementó a 100% el uso de condón con sus parejas ocasionales hombres en los contactos sexuales anales.

Los resultados en relación al uso consistente del condón coinciden con los de otros estudios (Robles et al., 2006; Saleh-Onoya et al., 2009) en donde las intervenciones no tuvieron un efecto sobre el uso consistente del condón en general, sin considerar el tipo de práctica (anal, vaginal, oral). El que se haya observado un incremento de uso del condón en el segundo seguimiento podría indicar que los cambios en esta conducta son a mediano o largo plazo, por lo que sería necesario continuar con el seguimiento de este comportamiento. Una de las limitaciones en la evaluación de esta conducta son las medidas de auto-reporte. En este estudio se emplearon dos mediciones una a través de un cuestionario preguntando el número de contactos sexuales en los últimos tres meses y el número de veces que usó condón en esos contactos, y otra a través de un registro conductual semanal de cada una de las prácticas sexuales y el uso o no del condón en cada una, sin embargo se obtuvieron resultados distintos cuando se evaluó la consistencia del uso del condón general y por tipo de práctica, lo que indica posibles problemas en la validez y confiabilidad en las formas de medir esta conducta (De Visser & Smith, 2000). Además es importante considerar no sólo el tipo de práctica sino el tipo de papel que juega el participante en prácticas de sexo anal y oral (activo, pasivo o ambos), ya que de esto depende el riesgo que tiene la persona y su pareja (Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, 2009). Otra limitante en este caso, fue el criterio de inclusión utilizado, ya que

fue que los participantes tuvieran vida sexual activa en los últimos tres meses, sin embargo en ese periodo de tiempo la mayoría de los participantes presentaron consistencia en el uso del condón, la recomendación sería que el criterio de inclusión fuera no solo que tengan vida sexual activa sino que presenten un porcentaje mejor a 80 o 90 de uso consistente de condón.

La adherencia al tratamiento fue medida a través de un instrumento que hace una evaluación general sobre la adherencia al tratamiento ARV, por ejemplo incluye aspectos como la valoración de la PVVIH de la relación que tiene con su médico o la capacidad percibida para seguir con el tratamiento (Remor, 2002), esta es una de las posibles razones por las que no hubo un cambio en los puntajes en este instrumento a partir de la intervención. En cada una de las sesiones de la intervención se reforzaba la toma adecuada de medicamentos y si se detectaba algún problema en relación a la toma de medicamentos se buscaban opciones de solución, pero la intervención no tuvo un módulo específico dedicado a la adherencia terapéutica en el que se entrenaran habilidades específicas como la comunicación médico-paciente o dónde se modificara la percepción que los participantes tienen acerca de su capacidad para tomar el medicamento.

Es relevante discutir el caso del participante 2 ya que fue el que mostró menor beneficio de la intervención e incluso tuvo resultados contrarios a los esperados; no usó condón desde el inicio de la intervención, incrementaron sus síntomas depresivos en el segundo seguimiento y su conducta de toma adecuada de medicamentos fue irregular a lo largo de las mediciones. Este participante tiene una pareja estable serodiscordante quien sabe su diagnóstico de VIH, juega un papel pasivo en sus contactos sexuales anales, lleva dos años con su relación y su pareja ha estado en seguimiento en pruebas de diagnóstico de VIH con resultados negativos en todos los casos, aunado a esto

el participante tiene carga viral indetectable y sus conteos de CD4 están entre 880-1000 mm³; todos estos factores han reforzado sus creencias de que no es importante la toma adecuada de medicamentos y el uso de condón, a pesar de que toma el TARV de forma inconsistente se encuentra en control virológico y a pesar de que no usa condón su pareja es VIH negativo y no presenta ninguna ITS. Su pareja está de acuerdo en no usar el condón aun conociendo la condición de VIH positivo de su pareja y del alto riesgo de adquirir la infección por VIH al tener una pareja con la infección. El refuerzo de las creencias de este participante a través de estos factores hizo muy difícil la modificación de las mismas a pesar de brindarle información y evidencia de que sus creencias están equivocadas.

Finalmente, es importante mencionar que el tipo de diseño utilizado tiene algunas limitaciones, aunque se cuenta con las mediciones repetidas y por tanto la tendencia de los cambios en cada etapa establecida por el diseño. En primer lugar, están disponibles muchas explicaciones alternativas para justificar el estado actual del participante, objeto de la investigación de caso único, diferentes a las proporcionadas por el investigador (Kazdin, 2001), es decir, se cree que muchas de las amenazas a la validez interna se pueden aplicar al estudio de caso único. En segundo lugar, este tipo de diseño limita la generalización de los datos. Esto nos lleva a sugerir utilizar un tipo de diseño más estricto metodológicamente como es el caso de un ensayo clínico aleatorizado.

En conclusión la intervención resultó parcialmente efectiva y tendría que ajustarse para lograr intervenciones más potentes y efectivas en la prevención secundaria del VIH, sobre todo en el impacto del uso consistente del condón.

Capítulo 7

Conclusión general

Actualmente los avances científicos y los resultados exitosos obtenidos en materia de prevención y tratamiento como respuesta al VIH-SIDA han convertido a la infección en crónica y han mejorado la cantidad y calidad de vida de las PVVIH, sin embargo aún se considera un importante problema de salud a nivel mundial por las problemáticas y barreras que existen en la respuesta frente a la infección.

Entre las problemáticas en la atención a la infección por VIH-SIDA, adquiere relevancia la aportación que se puede hacer desde la psicología a través de la investigación científica para generar evidencia empírica que dé explicaciones de comportamientos de salud que contribuyan a la prevención (como el uso del condón y la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales) y a partir de la cual se puedan diseñar estrategias de intervención que contribuyan a la solución de las problemáticas que aún existen.

Considerando lo anterior, el objetivo general de esta investigación fue diseñar y evaluar una intervención psicológica cognitivo conductual que promoviera el uso del condón y favoreciera la revelación diagnóstico en PVVIH. El diseño de la intervención estuvo basada en los resultados de un primer estudio donde se puso a prueba un modelo hipotético, a través de ecuaciones estructurales, que evaluó la influencia de variables psicológicas (síntomatología depresiva, ansiedad, calidad de vida en pareja, calidad de vida sexual y adherencia al tratamiento) sobre la relación entre revelación y uso de condón en PVVIH con pareja estable y con pareja(s) ocasional(es).

Resultó relevante probar el modelo para los datos de PVVIH con parejas estables y con parejas ocasionales, ya que se encontró que la revelación del diagnóstico de VIH es significativamente más frecuente a las parejas estables que a las ocasionales, pocas personas con pareja ocasional revelan su diagnóstico y cuándo lo hacen es de forma inmediata (al momento de conocerla), por lo tanto el tiempo de revelación es relevante sólo en las personas que tienen una pareja estable, en las que es más frecuente la revelación y se puede hacer en diferentes momentos de la relación de pareja.

Los datos del estudio no ajustaron al modelo propuesto por lo que se realizaron modificaciones a los modelos originales. Los modelos derivados de los datos muestran que la ansiedad y la depresión predicen de forma directa e indirecta (a través de la calidad de la vida sexual) la adherencia al tratamiento antirretroviral, que a su vez predice inversamente el uso del condón. La ansiedad predice directamente el no usar condón y el tiempo de revelación no tiene relación con el uso del condón. Estos resultados fueron la base para el diseño de la intervención cognitivo conductual.

Los resultados del primer estudio mostraron que:

Las PVVIH con pareja estable tienen menos síntomas depresivos y ansiosos, mayor calidad de vida en el área sexual y adherencia al tratamiento ARV.

Las PVVIH que han revelado tienen menos síntomas depresivos y ansiosos, mayor calidad de vida sexual y adherencia al tratamiento ARV.

El modelo para PVVIH con pareja estable mostró que:

El tiempo que una PVVIH tarda en revelar su diagnóstico a su pareja sexual no se relaciona con el uso del condón.

Las variables que predicen la revelación más rápida son mayor tiempo en la relación de pareja y un nivel de ansiedad elevado.

Las variables que predicen el uso consistente del condón son niveles bajos de ansiedad y de adherencia al tratamiento ARV.

Las variables que predicen la adherencia al tratamiento ARV son bajos niveles de ansiedad y mejor calidad de vida en la relación de pareja y en el área sexual que a su vez están predichas por bajos niveles de depresión.

Los síntomas de ansiedad y depresión tienen una relación positiva y alta.

El modelo para PVVIH con pareja(s) ocasional(es) mostró que:

La variable que predice el uso consistente del condón es la menor adherencia al tratamiento ARV.

Las variables que predicen la adherencia al tratamiento ARV es la mejor calidad de vida en el área sexual que a su vez están predichas por bajos niveles de ansiedad y depresión.

Los síntomas de ansiedad y depresión tienen una relación positiva y alta.

A partir de estos resultados se concluyó el diseño de la intervención psicológica cognitivo conductual (regulación emocional, revelación del diagnóstico, calidad de vida en el área sexual y en la relación pareja, factores desencadenantes de comportamientos sexuales de riesgo, uso correcto y consistente del condón y negociación de sexo protegido) la cual se evaluó en el Estudio 2. Los resultados del segundo estudio mostraron que:

La intervención tuvo un efecto grande y significativo en los síntomas ansiosos. El nivel promedio de ansiedad paso de grave a leve al final de la

intervención y aunque se incrementó en el periodo de seguimiento, permaneció, en promedio, en un nivel leve; clínicamente nueve de los participantes se recuperaron y dos mejoraron.

La intervención tuvo un efecto grande y significativo en los síntomas depresivos. El nivel promedio de depresión paso de moderado a mínimo al final de la intervención y aunque incrementó en el periodo de seguimiento, el nivel promedio permaneció en mínimo; clínicamente dos participantes se recuperaron y siete mejoraron.

A partir de la intervención, todos los participantes establecieron su(s) regla(s) de revelación de su diagnóstico de VIH a su(s) pareja(s) sexual(es), lo que les permitió generar un plan de acción en el caso de haber decidido revelar y generar un plan en relación a sus conductas sexuales en caso de decidir no revelar.

La intervención tuvo un efecto grande y significativo en la calidad de vida en el área sexual reflejado en una disminución en el puntaje de la escala que se utilizó para medir esta variable al final de la intervención, en el periodo de seguimiento incrementó el puntaje (disminución de la calidad de vida) pero el incremento no resultó significativo. Clínicamente un participante se recuperó y cuatro mejoraron.

La intervención tuvo un efecto grande y significativo en el porcentaje promedio de pasos correctos en el uso del condón masculino, se incrementó de 54.4% a 98.7% al final del entrenamiento; hubo una disminución en el porcentaje promedio en el periodo de seguimiento pero no disminuyó menos de 90% de pasos correctos en promedio.

La intervención no tuvo el efecto esperado en la calidad de vida en la relación de pareja, el número de parejas sexuales, el uso consistente del condón y la adherencia al tratamiento ARV. Clínicamente un participante

mejoró y uno empeoró en relación a la calidad de vida en la relación de pareja, un participante se recuperó en relación al número de parejas sexuales pero en promedio incrementó el número de parejas sexuales al final de la intervención; un participante se recuperó en relación al uso consistente del condón y fue hasta la segunda medición del seguimiento que se incrementó el promedio del uso consistente del condón; un participante mejoró en relación a la adherencia al tratamiento, el promedio de los puntajes en el instrumento para medir esta variable se mantuvieron similares en todas las mediciones realizadas.

En conclusión, la intervención psicológica cognitivo conductual mejoró la regulación emocional, favoreció la revelación del diagnóstico a las parejas sexuales, mejoró la calidad de vida sexual e incrementó las habilidades del uso correcto del condón, además de que los cambios se mantuvieron a lo largo del periodo de seguimiento (cinco meses).

Es importante señalar algunas sugerencias para futuras investigaciones en esta línea.

La primera es probar los modelos en muestras similares para corroborar los resultados, ya que estos modelos se generaron a partir de los datos y presentan modificaciones en relación a los modelos hipotéticos propuestos originalmente, el probarlos en otras muestras y utilizar otro tipo de diseño (p.e. longitudinal que permitiría obtener mediciones en diferentes momentos de la infección) favorecerá la generalización de los datos.

Uno de los resultados relevantes en esta investigación fue que la adherencia al tratamiento predice el uso inconsistente del condón, lo cual fue explicado por el hecho de que una carga viral indetectable disminuye la probabilidad de transmisión del VIH, sin embargo, será importante determinar en futuros estudios si verdaderamente ésta es la razón por la que

el uso del condón es menor en los PVVIH bajo TARV con adecuada adherencia.

La intervención no tuvo el efecto esperado en algunas de las variables incluidas en el estudio, por lo que sería importante hacerle las modificaciones pertinentes, como el agregar un módulo específico para favorecer la adherencia al tratamiento en lugar de sólo reforzarla en cada sesión y posteriormente valorar sus efectos. El tener módulos generales que puedan individualizarse de acuerdo a las necesidades de cada participante en número de sesiones o especificidad en el contenido, podría ayudar a mejorar los resultados. También podría evaluarse una intervención en formato grupal, que podría facilitar y reforzar la adquisición de algunas habilidades como la negociación del uso del condón; o una intervención con formato mixto, en la cual algunas sesiones sean individuales y otras, en donde la adquisición de habilidades se enriquezca con la prácticas con pares, sean grupales.

Aunque la replicación en el diseño del segundo estudio favorece la generalización de los datos, se sugiere emplear diseños metodológicos más estrictos (p.e. ensayos clínicos aleatorizados) que incrementen la validez interna y externa de la investigación.

Adenda

Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el Estudio 1 de la investigación

A continuación se presentan los resultados de los análisis sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en el estudio 1 de la investigación; los análisis realizados fueron: coeficiente α de Cronbach para probar la confiabilidad por consistencia interna y Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para obtener la validez de constructo. En el AFE se utilizó un análisis de componentes principales con rotación ortogonal (varimax) y se tomó el criterio de cargas factoriales iguales o mayores a 0.40 para considerar que un reactivo pertenece a un factor. Los análisis se realizaron en el programa SPSS versión 21.

Para la mayoría de los instrumentos, se presenta la comparación de los resultados obtenidos en este estudio con una muestra de 207 PVVIH atendidos en la consulta externa del CIENI con los resultados de otros estudios realizados, ya sea en población general o en PVVIH mexicanas.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés, Beck Depression Inventory) fue publicado por Beck y colegas en 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), con la finalidad de contar con una herramienta para medir las manifestaciones conductuales de la depresión. Este instrumento se basa en la observación clínica y en la Terapia Cognitiva de la

Depresión propuesta por Beck (1979), uno de los principales representantes de la teoría cognitiva de la depresión.

El BDI mide la gravedad de la sintomatología depresiva sin proporcionar un diagnóstico; los síntomas que evalúa son: estado de ánimo (tristeza, soledad, apatía), autoconcepto negativo y deseos de autocastigo; además de los síntomas somáticos como la falta de apetito, insomnio, pérdida de la libido y cambios en el nivel de actividad.

El BDI es una de las escalas de autoevaluación de depresión más utilizada, más de 2000 estudios empíricos han empleado el BDI (Richter et al., 1998), incluso estudios transculturales, todos los cuales avalan sus propiedades psicométricas. Originalmente se desarrolló como una medida para poblaciones clínicas, pero es ampliamente utilizada también en muestras no clínicas.

Desde la aparición del BDI en 1961 ha sido una de las principales herramientas empleadas internacionalmente para evaluar la sintomatología depresiva. En 1979 se publicó una segunda versión conocida como BDI-IA, la cual fue revisada y corregida para la publicación del BDI-II en 1996 (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996). En México, esta versión fue estandarizada por Jurado et al. (1998) y constituye la versión de uso más frecuente.

Estudios sobre la validez de constructo del BDI-IA y el BDI-II han arrojado una estructura factorial de dos dimensiones, en concordancia con el modelo original propuesto por Beck, Steer y Garbin (1988). El factor 1 se denomina cognitivo-afectivo y el factor 2, somático-vegetativo, aunque el número de factores puede variar de tres hasta siete dependiendo de la muestra utilizada; en general el DBI representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro

del rendimiento y alteración somática, como es el caso del estudio de Jurado et al. (1998).

En relación con los resultados de las propiedades psicométricas del BDI en el presente estudio, la Tabla 1 muestra la consistencia del BDI, el α de Cronbach para el estudio actual ($\alpha=.935$) es ligeramente mayor al obtenido por Jurado et al. (1998), que fue de $\alpha=.87$. En cuanto a la validez de constructo, el AFE arrojó tres factores, al igual que en la validación con población mexicana, que explican el 56.567%. Sin embargo, en esta estructura factorial de tres dimensiones se encontró que reactivos de la dimensión somática están mezclados con la dimensión afectiva y cognitiva (ver Tabla 2), por lo que se decidió forzar el AFE para obtener dos dimensiones como lo proponen originalmente Beck, Steer y Garbin (1988) (ver Tabla 3), de esta forma los reactivos se agruparon en un primer factor con reactivos relacionados con las dimensiones cognitivo-afectivo y un segundo factor con reactivos relacionados con la dimensión somática-vegetativa; estos dos factores explican el 51.365% de la varianza.

Tabla 1.

Comparación de la consistencia interna del BDI entre la obtenida en población mexicana y la del estudio actual.

Confiabilidad: consistencia interna	
Jurado et al. (1998)	Estudio actual
$\alpha=.87$ (21 reactivos, n=1508 personas adultas sin enfermedad médica)	$\alpha= .935$ (21 reactivos, n= 207 PVVIH)

Tabla 2.*Validez de constructo del BDI para el estudio actual.*

	Validez de Constructo		
	Factor		
	1	2	3
Varianza explicada	30.594%	16.293%	9.679%
Consistencia interna	$\alpha=.927$	$\alpha=.768$	$\alpha=.498$
	Peso factorial*		
3. Sensación de fracaso	0.796		
8. Autoacusación	0.751		
2. Desesperanza	0.721		
13. Indecisión	0.708		
7. Autodesprecio	0.706		
5. Culpa	0.655		
1. Tristeza	0.623	0.425	
18. Pérdida de apetito	0.604		0.578
17. Fatiga	0.596		
6. Expectativas de castigo	0.593		
4. Insatisfacción	0.582	0.449	
16. Insomnio	0.523		
12. Retirada social	0.476		
15. Puedo trabajar tan bien como antes	0.472	0.420	
20. Preocupaciones somáticas		0.709	
10. Llanto		0.668	
14. Cambios en la imagen corporal	0.432	0.638	
11. Irritabilidad		0.518	
9. Ideas suicidas	0.463	0.464	
19. Pérdida de peso			0.821
21. Desinterés por el sexo			0.457

*Se presentan sólo los pesos factoriales mayores a 0.40

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 16 iteraciones.

Varianza explicada: 56.567%

Tabla 3.

Validez de constructo del BDI para el estudio actual, forzando el AFE a dos factores.

	Validez de Constructo	
	Factor	
	1	2
Varianza explicada	34.176%	17.188%
Consistencia interna	$\alpha=.934$	$\alpha=.714$
	Peso factorial*	
1. Tristeza	0.674	0.411
2. Desesperanza	0.695	
3. Sensación de fracaso	0.798	
4. Insatisfacción	0.677	
5. Culpa	0.634	0.419
6. Expectativas de castigo	0.621	
7. Autodesprecio	0.754	
8. Autoacusación	0.776	
9. Ideas suicidas	0.592	
10. Llanto	0.703	
11. Irritabilidad	0.544	
12. Retirada social	0.528	0.422
13. Indecisión	0.624	0.430
14. Cambios en la imagen corporal	0.630	
15. Enlentecimiento	0.562	
16. Insomnio		0.421
17. Fatiga	0.518	0.522
18. Pérdida de apetito		0.670
19. Pérdida de peso		0.835
20. Preocupaciones somáticas		0.407
21. Desinterés por el sexo		0.552

*Se presentan sólo los pesos factoriales mayores a 0.40

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Varianza explicada: 51.365%

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este inventario fue desarrollado por Beck, Brown, Epstein y Steer (1988) para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad y actualmente es una de las escalas de auto-aplicación más utilizadas.

Las propiedades psicométricas del BAI se han estudiado tanto en población general como clínica, y ha demostrado tener alta consistencia interna ($\alpha=.90-.94$), la correlación de los reactivos con la puntuación total oscila entre 0.30 y 0.71 y la consistencia temporal obtenida por el método test-retest a una semana va de 0.67 a 0.93 y a siete semanas es de 0.62 (De Beurs, Wilson, Chambless, Goldstein & Feske, 1997). En cuanto a la validez concurrente, tiene adecuada correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general), los coeficientes de correlación con la Escala de Ansiedad de Hamilton son de 0.51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado van de 0.47 a 0.58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90 es de 0.81 (De Beurs et al., 1997). Beck et al. (1988) en el trabajo original reportaron para la validez de constructo, dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad; posteriormente Beck y Steer (1991) propusieron cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. La versión utilizada en México es la validada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), la cual cuenta con validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0.50) y validez divergente moderada (correlaciones menores a 0.60).

En relación a las propiedades psicométricas del BAI en el presente estudio se encontró que la consistencia interna obtenida a través del α de Cronbach ($\alpha=.940$) es muy similar a la obtenida por la obtenida por Robles et al. (2001)

para población mexicana ($\alpha=.90$, ver Tabla 4). Para la validez de constructo el AFE arrojó cuatro factores, al igual que lo propuesto de Beck y Steer (1991), estos factores explican el 64.555% (ver Tabla 5).

Tabla 4.

Comparación de la consistencia interna del BAI entre la obtenida en población mexicana y la del estudio actual.

Confiabledad: consistencia interna	
Robles, Varela, Jurado y Páez (2001)	Estudio actual
$\alpha= .90$ (20 reactivos, población general)	$\alpha= .940$ (20 reactivos, n= 207 PVVIH)

Tabla 5.*Validez de constructo del BAI para el estudio actual.*

Validez de Constructo				
	Factor			
	1	2	3	4
Varianza explicada	18.485%	18.238%	15.085%	12.747%
Consistencia interna	$\alpha=.892$	$\alpha=.887$	$\alpha=.786$	$\alpha=.795$
Peso factorial				
17. Asustado	0.753			
16. Miedo a morir	0.752			
5. Miedo a que pase lo peor	0.749			
9. Terror	0.739			
8. Inseguridad	0.641	0.506		
10. Nerviosismo	0.572	0.539		
12. Manos temblorosas		0.781		
13. Cuerpo tembloroso		0.739		
4. Dificultad para relajarse		0.601		
14. Miedo a perder el control	0.477	0.562		
6. Sensación de mareo		0.518		
1. Entumecimiento, hormigueo		0.515	0.466	
3. Debilitamiento de las piernas		0.473	0.432	
19. Debilidad		0.419		0.416
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)			0.806	
21. Sudoración (no debida a calor)			0.740	
20. Ruborizarse, sonrojamiento			0.637	
18. Indigestión, o malestar estomacal			0.564	
15. Dificultad para respirar				0.847
11. Sensación de ahogo				0.685
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados			0.417	0.619

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Varianza explicada: 64.555%

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Esta escala (HADS, por sus siglas en inglés Hospital Anxiety and Depression Scale) fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos médicos, específicamente síntomas cognitivos y conductuales, excluyendo los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión, para evitar la confusión entre los síntomas de enfermedades físicas y los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión, por ejemplo, fatiga, insomnio o hipersomnias; de esta manera, esta escala representa una herramienta útil para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva en personas con problemas de salud física y ha sido ampliamente utilizada con pacientes en ambientes hospitalarios. Consta de catorce reactivos, siete se refieren a ansiedad y siete se relacionan con depresión.

Por la sencillez de aplicación y por la ventaja que tiene el HADS al no atribuir síntomas físicos asociados a la enfermedad a sintomatología afectiva, se ha utilizado internacionalmente, se ha traducido a varios idiomas y se ha aplicado a diferentes poblaciones medicamente enfermas, aunque la mayor cantidad de estudios se presentan en pacientes con cáncer (Annunziata, Muzzatti & Altoe, 2011; Hermann, 1977; Rico, Restrepo & Molina, 2005; Saboonchi, Wennman-Larsen, Alexanderson & Petersson, 2013).

La traducción al castellano y validación fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986). Una revisión realizada por Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann (2002) reportó que el HADS posee adecuados niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas. Específicamente en México, se ha validado en pacientes con cáncer de mama (Ornelas-Mejorada & Sánchez Sosa, 2011) y obesidad (López-Alveranga,

Vázquez, Arcila, Sierra, González, & Salín, 2002) demostrando adecuadas propiedades psicométricas; la escala de ansiedad posee una consistencia interna de $\alpha=.849$ y la escala de depresión $\alpha=.708$ (López-Alvarenga, et al., 2002).

En cuanto a la validez de constructo existe bastante controversia, ya que algunos estudios confirma la estructura bifactorial propuesta originalmente para el HADS (Annunziata, et al., 2011; Bjelland, Dahl, Haugc & Neckelmann, 2002; Ornelas-Mejorada & Sánchez Sosa, 2011), pero otros reportan que el instrumento es unifactorial ya que los reactivos no son suficientes para identificar síntomas depresivos y ansiosos (Andersson, 1993), e incluso otros estudios proponen tres factores, ansiedad, depresión y afecto negativo o distrés (Saboonchi, et al., 2013). Por esta razón, se debe utilizar el HADS con precaución como un instrumento diagnóstico y utilizarlo sólo como un indicador clínico.

Las propiedades psicométricas en este estudio muestran que la consistencia interna para cada una de las subescalas es ligeramente superior a la del estudio con pacientes obsesos mexicanos (ver Tabla 6). El análisis factorial para probar la validez de constructo arrojó dos factores que explican el 59.477% de la varianza, sin embargo los reactivos 8 y 10 que de acuerdo al HADS evalúan síntomas depresivos se agruparon con los que evalúan ansiedad; por otro lado, el reactivo 7 que evalúan ansiedad se agrupó con los reactivos que miden síntomas depresivos (ver Tabla 7).

Tabla 6.

Comparación de la consistencia interna del HADS entre la obtenida en población mexicana y la del estudio actual.

Confiabilidad: consistencia interna	
López-Alvarenga et al. (2002)	Estudio actual
14 reactivos n=75 personas con obesidad	$\alpha = .901$ (14 reactivos, n= 207 PVVIH)
Ansiedad $\alpha = .849$	Ansiedad $\alpha = .909$
Depresión $\alpha = .708$	Depresión $\alpha = .831$

Tabla 7.

Validez de constructo del HADS para el estudio actual.

Validez de Constructo		
	Factor	
	1	2
Varianza explicada	35.105%	24.372%
Consistencia interna	$\alpha = .909$	$\alpha = .831$
	Peso factorial*	
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	0.864	
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estomago	0.850	
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder	0.764	
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme	0.752	
8. Me siento lento(a) torpe	0.741	
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	0.728	
10. He perdido el interés por mi aspecto personal	0.685	
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	0.674	
6. Me siento alegre		0.805
12. Espero las cosas con ilusión		0.747
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre		0.746
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas		0.734
14. Soy capaz de disfrutar como un buen libro, programa de radio o televisión		0.638
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente		0.603

*Se presentan sólo los pesos factoriales mayores a 0.40

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Varianza explicada: 59.477%

Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS)

Versión en español de “HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES) que fue adaptada y validada para PVVIH mexicanas por González-Puente y Sánchez-Sosa (2002).

El puntaje para cada área se obtiene sumando las respuestas, para el área de relación de pareja la puntuación va de 0 a 90 y para el área sexual la puntuación va de 0 a 60; en las dos áreas los puntajes elevados indican deterioro en la calidad de vida de los pacientes. La consistencia interna para el área sexual es de $\alpha=.9324$ y para el área de relación de pareja es de $\alpha=.8303$.

Área de relación de pareja

La consistencia interna para esta escala en el presente estudio ($\alpha=.858$) resultó ligeramente más alta que la reportada por González-Puente y Sánchez-Sosa en 2001 (ver Tabla 8).

El AFE muestra que los reactivos se agrupan en cuatro factores que explican el 65.155% de la varianza (ver Tabla 9), a diferencia de lo reportado por González-Puente y Sánchez-Sosa (2001), quienes describieron cinco dimensiones para el área de relación de pareja: Comunicación con la pareja, Expresiones afectivas, Interacción con la pareja, Sobreprotección de la pareja y Negligencia de la pareja en el cuidado (ver Tabla 10). Los factores comunicación con la pareja y negligencia de la pareja en el cuidado quedaron integrados por los mismos reactivos que el estudio de González-Puente y Sánchez-Sosa (2001); los factores expresiones afectivas, interacción con la pareja y sobreprotección de la pareja, en este estudio se agruparon en dos, uno

relacionado con la interacción negativa (reactivos 12, 13, 14, 16, 18, 19) y otro con la interacción positiva (reactivos 15, 17, 20).

Tabla 8.

Comparación de la consistencia interna del área de relación de pareja del EsCaViPS entre la obtenida en PVVIH mexicanas y la del estudio actual.

Confiabilidad: consistencia interna	
González-Puente y Sánchez-Sosa (2001)	Estudio actual
$\alpha = .830$ (18 reactivos, n= 200 PVVIH)	$\alpha = .858$ (18 reactivos, n= 141 PVVIH)

Tabla 9.

Validez de constructo del área de pareja del EsCaViPS para el estudio actual.

	Validez de Constructo			
	Factor			
	1	2	3	4
Varianza explicada	26.248%	21.697%	9.595%	7.615%
Consistencia interna	$\alpha=.931$	$\alpha=.865$	$\alpha=.596$	$\alpha=.360$
	Peso factorial*			
7. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros temores	0.840			
8. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de lo que pasará después de mi muerte	0.835			
11. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de testamento o de dinero	0.828			
10. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar sobre mi enfermedad y de lo que podría suceder	0.808			
9. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestro futuro	0.794			
6. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros sentimientos	0.738			

Continuación Tabla 9.

	1	2	3	4
19. Mi pareja no me deja hacer cosas que aún puedo hacer		0.767		
16. Mi pareja y yo nos enojamos más seguido que antes		0.760		
14. A mi pareja no le dan ganas de tocarme		0.726		
13. No me dan ganas de tocar a mi pareja		0.666		
12. Mi pareja no se siente con ganas de abrazarme, besarme o cuidarme		0.662		
18. Mi pareja y yo estamos más distanciados que antes		0.624		
21. Mi pareja no se ocupa lo suficiente de mi			0.809	
22. Me cuesta trabajo decirle a mi pareja que me cuide			0.596	
23. Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por estar infectado por el VIH			0.558	
15. Mi pareja y yo nos llevamos tan bien como antes				0.695
20. Mi pareja ocupa mucho de su tiempo cuidándome				0.687
17. Mi pareja y yo pasamos tanto tiempo juntos que cambia nuestro estado de ánimo		-0.472		0.473

*Se presentan sólo los pesos factoriales mayores a 0.40

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Varianza explicada: 65.155%

Tabla 10.

Factores del área de relación de pareja del EsCaViPS obtenidos en el estudio de González-Puente y Sánchez-Sosa (2001).

Factor	Reactivos
Comunicación con la pareja	6. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros sentimientos
	7. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros temores
	8. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de lo que pasará después de mi muerte
	9. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestro futuro
	10. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar sobre mi enfermedad y de lo que podría suceder
	11. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de testamento o de dinero

Continuación Tabla 10.

Factor	Reactivos
Expresiones afectivas	12. Mi pareja no se siente con ganas de abrazarme, besarme o cuidarme 13. No me dan ganas de tocar a mi pareja 14. A mi pareja no le dan ganas de tocarme
Interacción con la pareja	15. Mi pareja y yo nos llevamos tan bien como antes 16. Mi pareja y yo nos enojamos más seguido que antes 17. Mi pareja y yo pasamos tanto tiempo juntos que cambia nuestro estado de ánimo 18. Mi pareja y yo estamos más distanciados que antes
Sobreprotección de la pareja	19. Mi pareja no me deja hacer cosas que aún puedo hacer 20. Mi pareja ocupa mucho de su tiempo cuidándome
Negligencia de la pareja en el cuidado	21. Mi pareja no se ocupa lo suficiente de mi 22. Me cuesta trabajo decirle a mi pareja que me cuide 23. Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por estar infectado por el VIH

Área Sexual

La consistencia interna para esta escala en el presente estudio ($\alpha=.871$) resultó menor que la del estudio de González-Puente y Sánchez-Sosa en 2001 ($\alpha=.932$ ver Tabla 11). El AFE muestra que los reactivos se agrupan en tres factores que explican el 60.970% de la varianza (ver Tabla 12), la cantidad de factores fue la misma que la reportada por González-Puente y Sánchez-Sosa en 2001, sin embargo la distribución de los reactivos en los factores es distinta (ver Tabla 13).

Tabla 11.

Comparación de la consistencia interna del área sexual del EsCaViPS entre la obtenida en PVVIH mexicanas y la del estudio actual.

Confiabilidad: consistencia interna	
González-Puente y Sánchez-Sosa (2001)	Estudio actual
$\alpha=.932$ (13 reactivos, n= 200 PVVIH)	$\alpha=.871$ (13 reactivos, n= 207 PVVIH)

Tabla 12.*Validez de constructo del área de pareja del EsCaViPS para el estudio actual.*

	Validez de Constructo		
	Factor		
	1	2	3
Varianza explicada	22.652%	19.628%	18.689%
Consistencia interna	$\alpha=.846$	$\alpha=.752$	$\alpha=.804$
	Peso factorial*		
25. He perdido interés en el sexo porque me siento poco atractivo	0.743		
24. He perdido interés en tener sexo porque temo infectar a otros	0.737		
28. He perdido interés en el sexo porque me da miedo reinfectarme con el VIH	0.717		
2. Me cuesta trabajo tener una vida sexual activa	0.699	0.533	
1. Me parece que mi vida sexual ha disminuido	0.694	0.484	
3. Me cuesta trabajo lograr o mantener una erección (hombres)		0.810	
3. Me cuesta trabajo lubricar (mujeres)			
5. Me cuesta trabajo alcanzar el orgasmo		0.769	
4. Tener dolor o molestia al tener actividad sexual		0.706	
31. Tengo miedo de tener relaciones sexuales porque podría afectar la salud de mi pareja			0.731
26. He perdido interés en el sexo porque mi pareja tiene miedo a que la infecte			0.710
27. He perdido interés en el sexo porque no tengo suficiente energía			0.620
29. Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos			0.568
30. Me cuesta trabajo decirles a mis nuevos amigos que recibo tratamiento para el VIH			0.513

*Se presentan sólo los pesos factoriales mayores a 0.40

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Varianza explicada: 60.970%

Tabla 13.

Factores del área sexual del EsCaViPS obtenidos en el estudio de González-Puente y Sánchez-Sosa (2001).

Factor	Reactivos
Interés sexual	24. He perdido interés en tener sexo porque temo infectar a otros 25. He perdido interés en el sexo porque me siento poco atractivo 26. He perdido interés en el sexo porque mi pareja tiene miedo a que la infecte 27. He perdido interés en el sexo porque no tengo suficiente energía 28. He perdido interés en el sexo porque me da miedo reinfectarme con el VIH
Disfunciones sexuales	1. Me parece que mi vida sexual ha disminuido 2. Me cuesta trabajo tener una vida sexual activa 3. Me cuesta trabajo lograr o mantener una erección (hombres) 3. Me cuesta trabajo lubricar (mujeres) 4. Tener dolor o molestia al tener actividad sexual 5. Me cuesta trabajo alcanzar el orgasmo
Nuevas relaciones	29. Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos 30. Me cuesta trabajo decirles a mis nuevos amigos que recibo tratamiento para el VIH 31. Tengo miedo de tener relaciones sexuales porque podría afectar la salud de mi pareja

Cuestionario para la evaluación de la Adhesión al Tratamiento (CEAT-VIH)

Esta prueba fue realizada por Remor en 1999 y la primera publicación sobre sus propiedades psicométricas en población española fue en 2002 (Remor, 2002), después el instrumento se extendió a otros países Brasil, Colombia, México, Perú y Portugal. Es un instrumento de autoinforme, de carácter multidimensional, que evalúa el grado de adherencia al tratamiento que tienen las personas que viven con VIH y SIDA, bajo tratamiento farmacológico antirretroviral, siendo la puntuación mínima posible 17 y la máxima 89.

El cuestionario evalúa los factores moduladores de la adherencia al tratamiento: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción con el médico, creencias del paciente y las estrategias para toma de antirretrovirales.

En población mexicana su confiabilidad por consistencia interna (α de Cronbach) es de .840; así como validez de criterio y constructo adecuadas (Remor, 2008).

La consistencia interna para esta escala en el presente estudio ($\alpha=.752$) fue menor que la de la validación realizada por Remor en 2008 ($\alpha=.840$, ver Tabla 14). El AFE muestra que los reactivos se agrupan en cuatro factores explican el 51.189% de la varianza, pero que no coinciden con los propuestos en la escala original (cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción con el médico, creencias del paciente y las estrategias para toma de antirretrovirales), pero que mantienen congruencia teórica y lógica (ver Tabla 15).

Tabla 14.

Comparación de la consistencia interna del CEAT entre la obtenida en PVVIH mexicanos y la del estudio actual.

Confiabilidad: consistencia interna	
Remor (2008)	Estudio actual
$\alpha=.840$ (n= 159 PVVIH)	$\alpha=.752$ (n= 207 PVVIH)

Tabla 15.

Validez de constructo del CEAT para el estudio actual.

Validez de Constructo				
	Factor			
	1	2	3	4
Varianza explicada	17.955%	11.638%	11.409%	10.187%
Consistencia interna	$\alpha=.805$	$\alpha=.548$	$\alpha=.556$	$\alpha=.368$
	Peso factorial*			
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?	0.845			
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido. ¿ha dejado de tomar la medicación?	0.836			
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor. ¿ha dejado de tomarla?	0.814			
1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	0.657			
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	0.469			0.412
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?		0.724		
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?		0.665		
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?		0.569		
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?		0.566		

Continuación Tabla 15.

	1	2	3	4
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?			0.700	
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?			0.589	
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de			0.547	
18. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?			0.514	0.408
16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?			0.338	
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?				0.766
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?				0.572
6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?				0.447

*Se presentan sólo los pesos factoriales mayores a 0.40

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Varianza explicada: 51.189%

Referencias

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID. (2005). *Measuring HIV Stigma: Results of a Field Test in Tanzania*. Synergy: Washington, DC. Recuperado el día 23 de enero de 2012 de <http://www.popcouncil.org/Horizons/ORToolkit/AIDSQuest/instruments/stigindicators.pdf>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50(2), 179-211.
- Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A. & McAuliffe, T. L. (2003). Psychosocial needs, mental health, and HIV transmission risk behavior among people living with HIV/AIDS in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 17(16), 2367-2374.
- Anani, C.I. & Erhabor, O. (2006). Rate, pattern and barriers of HIV serostatus disclosure in a resource-limited setting in the Niger delta of Nigeria. *Tropical Doctor - RSM Journals*, 36(2), 87-89.
- Andersson, B. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Homogeneity of the subscales. *Journal of Social Behavior and Personality*, 21(2), 197-204.
- Annunziata, M. A., Muzzatti, B. & Altoe, G. (2011). Defining Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings. *Annals of Oncology*, 22, 2330-2333.
- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D. C.: OPS.
- Antelman, G., Smith Fawzi, M. C., Kaaya, S., Mbwambo, J., Msamanga, G.I., Hunter, D.J. & Fawzi, W.W. (2001). Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 15(14), 1865-1874.
- Armistead, L., Morse, E., Forehand, R., Morse, P. & Clark, L. (1999). African-American women and self-disclosure of HIV infection: rates, predictors, and relationship to depressive symptomatology. *AIDS and Behavior*, 3(3), 195-204.
- Åsander, A. S., Belfrage, E., Pehrson, P. O., Lindstein, T. & Björkman, A. (2004). HIV-infected African families living in Stockholm/Sweden: their social network, level of disclosure and knowledge about HIV. *International Journal of Social Welfare*, 13(1), 77-88.
- Ateka, G. K. (2006). HIV status disclosure and partner discordance: a public health dilemma. *Public Health*, 120 (6), 493-496.

- Avants, K., Warburton, L., Hawkins, K. & Margolin, A. (2000). Continuation of high-risk behavior by HIV-positive drug users. Treatment implications. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 15–22.
- Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Cortes, M. A., Sosa-Rubí, S. G., Romero, M. (2014). *Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida*. Reporte a FUNSALUD. México.
- Bandura, A. (1977). *Social foundations of thought and action: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud, serie Universidad. Barcelona, España: Martínez Roca, S. A.
- Barton, M., Bradshaw, Y. S., Safren, S. A., Beach, M. C., Lee, Y., Rogers, W. & Wilson, I. B. (2010). Discussion of Sexual Risk Behavior in HIV Care is Infrequent and Appears Ineffectual: A Mixed Methods Study. *AIDS and Behavior*, 14.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamentalia*, 0, 33-50.
- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. *Harper & Row*, New York, 3–9.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-23.
- Beck, A., Steer, R. A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Beck, A., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives for General Psychiatry*, 4, 561–571.

- Bekker, L. G., Beyrer, C. & Quinn, T. C. (2012). Behavioral and biomedical combination strategies for HIV prevention. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(8), a007435. doi: 10.1101/cshperspect.a007435
- Benito, A., Aparicio, M., Briones, A. & Espinel, E. (1999). Factores cognitivos y estrategias de prevención de las conductas sexuales de riesgo (enfermedades de transmisión sexual. SIDA y embarazos no deseados) en los adolescentes. *Psicología Educativa*, 5(1), 41- 53.
- Benotsch, E. G., Rodríguez V. M., Hood, K., Lance, S. P., Green, M., Martin, A. M., Thrun, M. (2012). Misleading sexual partners about HIV status among persons living with HIV/AIDS. *Journal of Community Health*, 37(5), 1049-57.
- Berg, R. (2009). The effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe: A systematic review. *Euro Surveill*, 14, 19430.
- Bilder, P. (2008). VIH-SIDA y parejas serodiscordantes: aproximaciones a los miembros negativos desde la perspectiva biomédica. *Actualizaciones en sida*, 16(61), 1-7.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated cancer review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3
- Bobrow, E. A., Chasela, C., Kamanga, E., Adair, M. E., Bentley, S. S. Bloom, G. (2008). *Factors associated with HIV disclosure patterns by pregnant HIV-positive women in Lilongwe, Malawi*. Poster presented at: 17th International AIDS. Conference; Mexico City, Mexico. Abstract THPE0703.
- Bouillon, K., Lert, F., Sitta, R., Schmaus, A., Spire, B. & Dray-Spira, R. (2007). Factors correlated with disclosure of HIV infection in the French Antilles and French Guiana: results from the ANRS-EN13-VESPADFA study. *AIDS*, 21(suppl 1), S89-S94.
- Bradley, M., Remien, R. H., & Dolezal, C. (2008). Depression Symptoms and Sexual HIV Risk Behavior Among Serodiscordant Couples, *Psychosomatic Medicine*, 70, 186–191.
- Bromer, S. & Goldschmidt, R. (2006). *Infección por el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia humana*. En R. Taylor (Ed). *Medicina de familia. Principios y práctica* (pp. 392-401) .6ta. Ed. Barcelona: Masson.
- Brou, H., Djohan, G., Becquet, R., Ekouevi, D. K., Viho, I., Leroy, V. & Desgrées-du-Loûl. A. (2007). When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Medicine*, 4(12), e342.
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (403-443). Madrid: Siglo XXI.

- Camoni, L., Regine, V., Colucci, A., Dal Conte, I., Chiriotto, M., Vullo, V., . . . Suligo, B. (2009). Changes in At-Risk Behavior for HIV Infection among HIV-Positive Persons in Italy. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(10), 853-857.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and cuasi-experimental desings for research*. Chicago: Rand McNally.
- Campero, L., Kendall, T., Caballero, M., Mena, A. L. & Herrera, C. (2010). El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Pública de México*, 52, 61-69.
- Cañas, E.; García-León, F. J. & Andérica, G. (2003). *Epidemiología de la infección VIH y SIDA*. En J. Pechón, E. Pujol, A. Rivero (Eds.). La infección por VIH: Guía práctica (pp. 37-54.). 2da. Edición. Sevilla, España: Gráficas Monterreina.
- Carballo-Diequez, A., Miner, M., Dolezal, C., Rosser, B. R. & Jacoby, S. (2006). Sexual negotiation, HIV-status disclosure, and sexual risk behavior among Latino men who use the Internet to seek sex with other men. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 473-481.
- Carrillo, E. & Villegas, A. (2004). El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Revista de Investigación Clínica*, 56 (2), 130-133.
- Carrobes, J. A.; Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460. doi: 10.1176/appi.ajp.162.8.1452
- Centers for Disease Control and Prevention. (1992). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome, MMR 41:RR-17.
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades [CENAVESE]. (2007). *Anuarios de morbilidad*. México: Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA]. (2009). *El VIH/SIDA en México*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA]. (2012). *El VIH/SIDA en México*. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA]. (2010). *Estadísticas*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/estadist30Jun2010.pdf>

- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA]. (2014a). *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA*. México: Secretaría de Salud. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/garp2014.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA]. (2006). *SIDA: Aspectos de Salud Pública Manual*. México: Secretaría de Salud.
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA]. (2014b). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 30 de junio de 2014*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf
- Chandra, P. S., Deepthivarma, S. & Manjula, V. (2003). Disclosure of HIV infection in south India: patterns, reasons and reactions. *AIDS Care*, 15(2): 207-215.
- Charles, V. E., & Blum, R. W. (2008). Core competencies and the prevention of high-risk sexual behavior. In N. G. Guerra & C. P. Bradshaw (Eds.). Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, 61–74.
- Chiassona, M. A., Shawb, F. S., Humberstonea, M., Hirshfielda, S. & Hartel, D. (2009). Increased HIV disclosure three months after an online video intervention for men who have sex with men (MSM). *AIDS Care*, 21(9), 1081-1089.
- Coates, T. (2001, June). *Prevention among MSM when AIDS is no longer so deadly*. Presented at the 101 Annual Canadian Conference on HIV and AIDS, Toronto, Canada.
- Coates, T. J., Richter, L. & Caceres, C. (2008). Behavioural strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better. *Lancet*, 372, 669-684.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: LEA.
- Cohen, M., Chen, Y., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M., Kumarasamy, N., . . . Fleming, T. (2011). Prevention of HIV-1 Infection with early Antiretroviral Therapy. *The New England Journal of Medicine Journal of Medicine*, 365 (6), 493-505.
- Coleman, C. L., Jemmott, L., Jemmott, J. B., Strumpf, N. & Ratcliffe, S. (2009). Development of an HIV Risk Reduction Intervention for Older Seropositive African American Men. *AIDS Patient Care and STDs*, 23 (8), 647-655. doi: 10.1089=apc.2008.0276.
- Comer, L. K., Henker, B., Kemeny, M. & Wyatt, G. (2000). Illness disclosure and mental health among women with HIV/AIDS. *Journal Community Applied Social Psychology*, 10 (6), 449-464.

- Cornman, D. H., Kiene, S. M., Christie, S., Fisher, W. A., Shuper, P. A., Pillay, S., . . . Fisher, J. D. (2008). Clinic-based intervention reduces unprotected sexual behavior among HIV-infected patients in Kwazulu-Natal, South Africa: Results of a pilot study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 48(5), 553-560.
- Coromina, M. (2009). *Vivencia de la sexualidad de las personas portadoras del VIH, estudio de caso*. Máster Universitario en Psicología Clínica y de la Salud. Fundación Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
- Cortes, S., Reyes, D., Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S., & Monjaraz, J. (1994). Elaboración y análisis psicométrico del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM). *La Psicología Social en México*, 5, 123-130.
- Crepaz, N. & Marks, G. (2003). Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care*, 15(3), 379-387.
- Crepaz, N., Marks, G., Liau, A., Mullins, M. M., Aupont, L. W., Marshall, K. J., . . . Wolitski, R. J. (2009). Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS*, 23, 1617-29.
- Crepaz, N., Hart, T. A. & Marks, G. (2004). Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *Journal of the American Medical Association*, 292 (2), 224-36.
- Crepaz, N., Passin, W. F., Herbst, J. H., Rama, S. M., Malow, R. M., Purcell, D. W., . . . HIV/AIDS Prevention Research Synthesis (PRS) Team. (2008). Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychology*, 27(1), 4-14. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.4
- D'Angelo, L. J., Abdalian, S. E., Sarr, M., Hoffman, N. & Belzer, M. (2001). Disclosure of serostatus by HIV infected youth: the experience of the REACH study. *Journal Adolescent Health*, 29(3, suppl. 1), 72-79.
- D'Zurilla, T. J. & Godfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. En K. S. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3er Ed.). New York: Guilford Press.
- Das-Munshi, J., Stewart, R., Ismail, K., Bebbington, P. E., Jenkins, R. & Prince, M. J. (2007) Diabetes common Mental disorders and disability: Findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosomatic Medicine*, 69 (6), 543-550.

- Davidson, A. S., Zaller, N., Dukhovlina, E., Toussova, O., Feller, E., Heimer, R., Kozlov, A. (2012) Speaking the truth: An analysis of gender differences in serostatus disclosure practices among HIV-infected patients in St Petersburg, Russia. *International Journal of STD and AIDS*, 23 (10), 685-688.
- De Bedout, A. (2008). El VIH-SIDA: factores psicosociales y comportamentales. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 5, 129-140.
- De Beurs, E., Wilson, K. A., Chambless, D. L., Goldstein, A. J. & Feske, U. (1997). Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. *Depress Anxiety*, 6(4), 140-6.
- De Visser, R. & Smith, M. (2000). When always isn't enough: Implications of the late application of condoms for the validity and reliability of self-reported condom use. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 12(2), 221-224.
- De Vita, V., Hellman, S. & Rosenberg, S. (1990). *SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. España Salvat Editores.
- Del Río-Zolezzi, A., Liguori, A. L., Magis-Rodríguez, C., Valdespino-Gómez, J. L., García-García, M. L. & Sepúlveda-Amor, J. (1995). La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37, 581-591.
- Del Romero, J.; Castilla, J.; Hernando, V.; Rojas, D. & Rodríguez, C. (2006). Transmisión heterosexual del VIH. *FIT: Agenda de Acción*. I, 7-9.
- Deichert, N., Fekete, E., Boarts, J., Druley, J. & Delahanty, J. (2008). Emotional Support and Affect: Associations with Health Behaviors and Active Coping Efforts in Men Living with HIV. *AIDS & Behavior*, 12, 139-145.
- Dempsey, A. G., MacDonell, K. E., Naar-King, S. & Lau, C. Y. (2012). Patterns of disclosure among youth who are HIV-positive: A multisite study. *Journal of Adolescent Health*, 50(3), 315-317.
- Denison, J. A., McCauley, A. P., Dunnett-Dagg, W. A., Lungu, N. & Sweat, M. D. (2008). The HIV testing experiences of adolescents in Ndola, Zambia: do families and friends matter? *AIDS Care*, 20(1), 101-105.
- Deribe, K., Woldemichael, K., Wondafrash, M., Haile, A. & Amberbir, A. (2008). Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 8 (81). doi: 10.1186/1471-2458-8-81.
- Derlega, V. J., Winstead, B. A., Greene, K., Serovich, J. M., & Elwood, W. N. (2002). Perceived HIV-related stigma and HIV disclosure to relationship partners after finding out about the seropositive diagnosis. *Journal of Health Psychology*, 7, 415-432.

- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 414-419.
- Dodds, J., Bolding, G., Sherr, L., Mercey, D., & Elford, J. (2001, July). *High risk sexual behaviour among London gay men 1999-2000: Implications for primary HIV prevention*. Presented at AIDS Impact, Brighton Beach, England.
- Driskell, J. R., Salomon, E., Mayer, K., Capistrant, B. & Safren, S. A. (2008). Barriers and facilitators of HIV disclosure: Perspectives from HIV-infected men who have sex with men. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 7*(2), 135-156.
- Eaton, L. & Kalichman, S. (2009). Changes in transmission risk behaviors across stages of HIV disease among people living with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20*(1), 39-49.
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de la Conducta, 25*(102), 585-614.
- Edwards-Jackson, N., Phanuphak, N., Van Tieu, H., Chomchey, N., Teeratakulpisarn, N., . . . Ananworanich, J. (2012). HIV serostatus disclosure is not associated with safer sexual behavior among HIV-positive men who have sex with men (MSM) and their partners at risk for infection in Bangkok. *Thailand. AIDS Research and Therapy, 9*(138).
- Eisenberg, D. M., Delbanco, T. L., Berkey, C. S., Kaptchuk, T. J., Kupelnick, B., Kuhl, J. & Chalmers, T. C. (1993). Cognitive Behavioral Techniques for Hypertension: Are They Effective?. *Annals Internal Medicine, 118*(12), 964-972. doi:10.7326/0003-4819-118-12-199306150-00009
- Elford, J., Ibrahim, F., Bukutu, C. & Anderson J. (2008). Disclosure of HIV status: the role of ethnicity among people living with HIV in London. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 47*(4), 514-521.
- Emler, C. (2006). A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs, 20*(5), 350-358.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Erwin, J., Morgan, M., Britten, N., Gray, K. & Peters B. (2002). Pathways to HIV testing and care by Black African and White patients in London. *Sexually Transmitted Infections, 78*(1), 37-39.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.

- Farquhar, C., Mbori-Ngacha, D.A., Bosire, R. K., Nduati, R.W., Kreiss, J.K. & John, G. C. (2001). Partner notification by HIV-1 seropositive pregnant women: association with infant feeding decisions. *AIDS*, 15(6), 815-817.
- Ferreira, F. C. & Izumi, L. (2008). Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde de Família. Revelando o diagnóstico. *Revista de la Escuela de Enfermería USP*, 42(3), 483-489.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, M.A: Addison-Wesley.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D. & Misovich, S. J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills model-based HIV risk behaviour change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21, 177-86.
- Forbes, K. M., Lomax, N., Cunningham, L., Hardie, J., Noble, H., Sarner, L. & Anderson, J. (2008). Partner notification in pregnant women with HIV: findings from three inner-city clinics. *HIV Medicine*, 9(6), 433-435.
- Fox, J., White, P., Macdonald, N., Weber, J., McClure, M., Fidler, S., Ward, H. (2009). Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: a cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Medicine*, 10, 432-438.
- Fuente, L.; Martin, E, & Pérez, A. (2008). Prácticas Sexuales de Riesgo en Adolescentes. *Informed*, 10(2), 95-101.
- Gaillard, P., Melis, R., Mwanyumba, F., Claeys, P., Muigai, E., Mandaliya, K., . . . Temmerman, M. (2002). Vulnerability of women in an African setting: lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS*, 16(6), 937-939.
- Gala, A., Berdasqueta, D., Pérez, J., Pinto, J., Suárez, J., Joanes, J., . . . Díaz, M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana Medicina Tropical*, 59(2).
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica de México*, 50: 59-66.
- García de León, M. C. & Ramos, M. (2011). Retos de la prevención en México. En 30 años del VIH SIDA, perspectivas desde México. México: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas y Fundación México Vivo.
- Gayón, E., Hernández, H., Sam, S. & Lombardo, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de trasmisión sexual. *Ginecología y obstetricia de México*, 76 (2), 88-96.

- Geary, C. W., Tchupo, J. P., Johnson, L., Cheta, C. & Nyana, T. (2003). Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS Education and Prevention*, 15(6), 499-515.
- Gielen, A. C., Fogarty, L., O'Campo P, Anderson, J., Keller, J. & Faden, R. (2000). Women living with HIV: disclosure, violence, and social support. *Journal of Urban Health*, 77(3), 480-491.
- Gielen, A. C., O'Campo, P., Faden, R. R. & Eke, A. (1997). Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women Health*, 25(3), 19-31.
- Gómez, C. & Marín, B. (1996). Gender, Culture and Power: Barriers to HIV-Prevention Strategies for Women. *Journal of Sex Research*, 25(4), 355-362.
- Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2). doi: 10.1097/QAI.0b013e31822d490a.
- González-Puente, J. A. (2001). *Evaluación y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Puente, J. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. (pp. 119-134). México: UNAM-CONACYT.
- Gould, R. L., Coulson, M. C. & Howard, R. J. (2012a). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1817-30. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x.
- Gould, R. L., Coulson, M. C. & Howard, R. J. (2012b). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-29. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Madrid:Paidós.
- Grinstead, O. A., Gregorich, S. E., Choi, K.H. & Coates, T. (2001). Positive and negative life events after counselling and testing: the Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS*, 15(8), 1045-1052.
- Gutiérrez, J. (2004). La reinfección del VIH. *LIVING*

- Gutiérrez, J. P., Franco, A., Sansores, D., Shiba, A. R. (2012). *Informe técnico analítico sobre la prevalencia del VIH, así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual y en personas transexuales y personas transgénero*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez, J. P., López Zaragoza, J. L., Valencia Mendoza, A., Pesqueira, E., Ponce de León, S. & Bertozzi, S. M. (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada?. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 242-252. Recuperado en 16 de septiembre de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200015&lng=es&tlng=es.
- Halty, L. (2011). Influence of emotion in decision making: Implications for the production of intelligence. *Inteligencia y seguridad*, 10, 123-122.
- Hart, T. A., & Heimberg, R. G. (2005). Social anxiety as a risk factor for unprotected intercourse among gay and bisexual male youth. *AIDS & Behavior*, 9(4), 505-512.
- Hart, T. A., Wolitski, R. J., Purcell, D. W., Parsons, J. T. & Gomez, C. A. (2005). Partner awareness of the serostatus of HIV-seropositive men who have sex with men: impact on unprotected sexual behavior. *AIDS and Behavior*, 9(2), 155-166.
- Harvey, J. H. & Wenzel, A. (2002). HIV, AIDS, and close relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(1), 135-142.
- Hays, R. B., McKusick, L., Pollack, L., Hilliard, R., Hoff, C., & Coates, T. J. (1993). Disclosing HIV seropositivity to significant others. *AIDS*, 7(3), 425-431.
- Herbst, J., Kay, L., Passin, W., Lyles, C., Crepaz, N. & Marin, B. (2007). A Systematic Review and Meta-Analysis of Behav Interventions to Reduce HIV Risk Behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *AIDS & Behavior*, 11, 25-47.
- Herbst, J., Sherba, R. T., Crepaz, N., DeLuca, J. B., Zohrabyan, L., Stall, R. D., . . . HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. (2005). A Meta-Analytic Review of HIV Behavioral Interventions for Reducing Sexual Risk Behavior of Men who have Sex with Men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(2), 228-241.
- Hermann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00216-4
- Hernández-Núñez, J., Ledesma Martín-Pintado, F. & Navarro-Gómez, H. (2003). Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH. Aproximación a la situación actual. *Medifam*, 13(2).

- Herrera, C. & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564.
- Hoffman, B. M.; Papas, R. K., Chatkoff, D. K. & Kerns, R. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26(1), 1-9. doi: 10.1037/0278-6133.26.1.1
- Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). *Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know*. In E. Sabate (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Iglesias, C. (2011). Introducción a los beneficios del TAR en la prevención. En *30 años del VIH SIDA, perspectivas desde México*. México: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas y Fundación México Vivo.
- Illa, L., Brickman, A., Saint-Jean, G., Echenique M., Metsch, L., Eisdorfer, C., . . . Sanchez-Martinez, M. (2008). Sexual Risk Behaviors in Late Middle Age and Older HIV Seropositive Adults. *AIDS & Behavior*, 12, 935-942.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática/Secretaría de Salud, [INEGI/SS], (2007). *Registro de mortalidad*. Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/09_Estadisticas.pdf
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *The Lancet*, 363(9421), 1589-1597. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16202-8
- Issiaka, S., Cartoux, M., Ky-Zerbo, O., Tiendrebéogo, S., Meda, N., Dabis, F. & Van de Perre, P. (2001). Living with HIV: women's experience in Burkina Faso, West Africa. *AIDS Care*, 13(1), 123-128.
- Jaccard, J. & Wan, C. K. (1995). A paradigm for studying the accuracy of self-reports of risk behavior relevant to AIDS: empirical perspectives on stability, recall bias, and transitory influences. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1831-1858.

- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jacobs, R. J., Kane, M. N. & Ownby, R. L. (2013). Condom Use, Disclosure, and Risk for Unprotected Sex in HIV-Negative Midlife and Older Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Men's Health*, 7(3), 186-197.
- Johnson, W. D., Diaz, R. M., Flanders, W. D., Goodman, M., Hill, A. N., Holtgrave, D., et al. (2008). Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane database of systematic reviews*, 16(3), CD001230.
- Johnson, W. D., Hedges, L. V. & Diaz, R. M. (2003). Interventions to modify sexual risk behaviors for preventing HIV infection in men who have sex with men. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD001230.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2000). *Opening up the HIV/AIDS epidemic. Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2001). *Poner al descubierto la epidemia de VIH/SIDA. Orientaciones para fomentar la revelación beneficiosa, el asesoramiento ético de la pareja, y el uso apropiado de la notificación de casos de VIH*. Recuperado el día 23 de enero de 2012 de la http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc-execsumm_es.pdf.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2007). *Situación de la epidemia de SIDA: informe especial sobre la prevención*. Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras_mundo.html
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2008a). *Situación de la epidemia de SIDA*. Disponible en la http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/cifras_mundo/situacion_epidemia2009.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2008b). *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del SIDA*. Ginebra. Recuperado el día 23 de enero de 2012 de la http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2010). *Global Report*. Disponible en http://www.unaids.org/GlobalReport/Global_report_es.htm.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2011). *Political Declaration on HIV/AIDS*. In: Assembly G, editor UNAIDS.

-
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2013). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*.
- Juárez-Vílchez, J. & Pozo, E. (2010). Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(1), 31-37.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kadden, R. M. (2001). Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities. *Addictive Behaviors*, 26(4), 489-507.
- Kairaniaa, M., Grayb, R., Kiwanukaa, N., Makumbia, F., Sewankambod, N., Serwaddac, D., . . . Wawerb, M. (2009). Disclosure of HIV results among discordant couples in Rakai, Uganda: a facilitated couple counselling approach. *AIDS Care*, 22(9), 1041-1051
- Kalichman, S. C. & Nachimson, D. (1999). Selfefficacy and disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners. *Health Psychological*, 18(3), 281-287.
- Kalichman, S. C., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W. & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal Behavioral Medicine*, 26(4), 315-332.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Kyomugisha, F., Austin, J. & Luke, W. (2001). Initial Development of Scales to Assess Self-Efficacy for Disclosing HIV Status and Negotiating Safer Sex in HIV-Positive Persons. *AIDS & Behavior*, 5, 291-296.
- Kamenga, M., Ryder, R., Jingu, M., Mbuji, N., Mbu, L., Behets, F., . . . Heyward, W. L. (1991). Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married copules with discordant HIV-1 serostatus: experiencia at an HIV counselling center in Zaire. *AIDS*, 5, 61-67.
- Kang, S. Y.; Deren, S.; Andia, J.; Colón, H. & Robles, R. (2004). Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addictive Behaviors*. 29, 567-574.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. 3ª Ed. México: Pearson Educación.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones practices*. 2da. Ed. México: Manual Moderno.
- Kerlinger, F & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. 4ta. Ed. México: McGraw Hill.

- Kerrigan, D., Bastos, F., Malta, M., Carnero, C., Pilotto, J. H. & Strathdee, S. (2006). The research for social validation and the sexual behavior of people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: understanding the role of treatment optimism in context. *Social Science & Medicine*, 62, 2386-2396.
- Kilewo, C., Massawe, A., Lyamuya, E., Semali, I., Kalokola, F., Urassa, E., . . . Biberfeld, G. (2001). HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(5), 458-462.
- King, R., Katuntu, D., Lifshay, J., Packel, L., Batamwita, R., Nakayiwa, S., . . . Bunnell, R. (2008). Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda. *AIDS and Behavior*, 12(2), 232-243.
- Klitzman, R., Exner, T., Correale, J., Kirshenbaum, S. B., Remiena R., Ehrhardta, A. A., . . . Charlebois, E. (2007). It's not just what you say: relationships of HIV disclosure and risk reduction among MSM in the post-HAART era. *AIDS Care*. 9(6), 749-756. doi: 10.1080/09540120600983971
- Knauz, R. O. Safren, S. A., O'Clairigh, C., Capistrant, B. D., Driskell, J. R., Aguilar, D., . . . Mayer, K. H. (2007). Developing an HIV-Prevention Intervention for HIV-Infected Men Who Have Sex with Men in HIV Care: Project Enhance. *AIDS & Behavior*, 11, S117-S126. doi: 10.1007/s10461-007-9257-0
- Ko, N. Y., Lee, H. C., Hsu, S. T., Wang, W. L., Huang, M. C. & Ko, W. C. (2007). Differences in HIV disclosure by modes of transmission in Taiwanese families. *AIDS Care*, 19(6), 791-798.
- Koblin, B. (2004). Effects of behavioral intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomized controlled study. *The Lancet Publishing Group*, 364, 43-48.
- Kraemer, H. C., Morgan, G. A., Leech, N. L., Gliner, J. A., Vaske, J. J. & Harmon, R. J. (2003). Measures of Clinical Significance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1524-1529.
- Kuhn, L., Mathews, C., Fransman, D., Dikweni, L. & Hussey, G. (1998). Child feeding practices of HIV-positive mothers in Cape Town, South Africa. *AIDS*, 13(1), 144-146.
- Kumar, A., Kilaru, K. R., Forde, S. & Kumar, G. (2007). La revelación de ser VIH positivo. Datos de pacientes adultos infectados, usuarios de los servicios de seguimiento y tratamiento en una clínica de Barbados. *Medicine Social*, 2 (2), 100-108.

- Latka, M. H., Metsch, L. R., Mizuno, Y., Tobin, K., Mackenzie, S., Arnsten J. H., Gourevitch M. N. (2006). Unprotected sex among HIV-positive injection drug-using women and their serodiscordant male partners: role of personal and partnership influences. *Journal Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 42(2), 222-8.
- Lee, M., Rotheram-Borus, M. J. & O'Hara, P. (1999). Disclosure of serostatus among youth living with HIV. *AIDS and Behavior*, 3(1), 33-40.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Levy, A., Laska, F., Abelhauser, A., Delfraissy, J. F., Goujard, C., Boué, F. & Dormont, J. (1999). Disclosure of HIV seropositivity. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1041-1049.
- Li, L., Sun, S., Wu, Z., Wu, S., Lin, C. & Yan, Z. (2007). Disclosure of HIV status is a family matter: field notes from China. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 307-314.
- Linsk, L. & Mitchell, G. (2004). *Adherence to HIV Therapies: Can Applied Behavior Analysis Help?*. En E. Harold & Rzepnicki, L. (Ed). Using evidence in social work practice: Behavioral perspectives (pp. 160-170). Chicago, IL, US: Lyceum Books.
- López-Alveranga, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. & Salín, R. (2002). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Lugalla, J. L. P., Madihi, C. M., Sigalla, H. L., Mrutu, N. E. & Yoder, P. S. (2008). Social Context of Disclosing HIV Test Results: HIV Testing in Tanzania. *DHS Qualitative Research Studies*, 15.
- MacCallum, R., & Austin, J. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- Magee, R. (1997). Gay relationships and HIV: Comparing relationship quality, predicting satisfaction and psychological distress in gay male couples of HIV-positive, -negative, mixed and unknown status. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(7-B), 4716.
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Bahvioral Treatmentwith adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527

-
- Makhlouf, C., Baijal, P. & Pegurri, E. (2011). Facilitating HIV disclosure across diverse settings: A Review. *American Journal Public Health*, 101, 1011–1023. doi:10.2105/AJPH.2010.300102.
- Maman, S., Mbwambo, J. K., Hogan, N. M., Kilonzo, G. P. & Sweat M. (2001). Women's barriers to HIV-1 testing and disclosure: challenges for HIV-1 voluntary counseling and testing. *AIDS Care*, 13(5), 595-603.
- Maman, S., Mbwambo, J. K., Hogan, N. M., Weiss, E., Kilonzo, G. P. & Sweat, M. D. (2003). High rates and positive outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners: reasons for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS and Behavior*, 7(4), 373-382.
- Manopaiboon, C., Shaffer, N., Clark, L., Bhadrakom, C., Siriwasin, W., Chearskul, S., . . . Mastro, T. D. (1998). Impact of HIV on families of HIV infected women who have recently given birth, Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18(1), 54-63.
- Marín, B. V. (2003). HIV prevention in the Hispanic community: sex, culture and empowerment. *Journal of Transcultural Nursing*, 14, 186-192.
- Marín, B. V. & Gómez, C. A. (1997). Latino culture and sex: Implications for HIV prevention. In J. García & M. Zea (Eds.). *Psychological interventions and research with Latino populations* (pp. 73-93). Boston: Allyn & Bacon.
- Markhama, C. M., Shegoga, R., Leonardb, A. D., Buia, T. C. & Paulb, M. E. (2009). +CLICK: harnessing web-based training to reduce secondary transmission among HIV-positive youth. *AIDS Care*, 21 (5), 622-631.
- Marks, G., Bundek, N. I., Richardson, J. L., Ruiz, M. S., Maldonado, N. & Mason, H. R. (1992). Self-disclosure of HIV infection: preliminary results from a sample of Hispanic men. *Health Psychological*, 11(5), 300-306.
- Marks, G. & Crepaz, N. (2001). HIV-positive men's sexual practices in the context of self-disclosure of HIV status. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 27(1), 79-85.
- Marqués, D., Rodríguez, S. & Matías, L. (2007). Entre la razón y la pasión: la intimidad sexual en parejas heterosexuales ante la empresa preventiva del VIH/SIDA. *The Qualitative Report*, 12, 658-679.
- Martin, G. & Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. 5ta. Ed. Madrid: Prentice Hall.

- Mason, H. R., Marks, G., Simoni, J. M., Ruiz, M. S. & Richardson, J. L. (1995). Culturally sanctioned secrets? Latino men's nondisclosure of HIV infection to family, friends, and lovers. *Health Psychological*, 14(1), 6-12.
- Maticka-Tyndale, E., Adam, B., & Cohen, J. (2002). Sexual desire and practice among people living with HIV and using combination antiretroviral therapies. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 33-40.
- Medley, A., Garcia-Moreno, C., McGill, S. & Maman, S. (2004). Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ*, 82(4), 299-307.
- Mimiaga, M., Safren, S. A., Benet, F., Manseau, M. DeSousa, N. & Mayer, K. (2006). MSM in HIV-Prevention Trials are Sexual Partners with Each Other: An Ancillary Study to the EXPLORE Intervention. *AIDS & Behavior*, 10, 27-34.
- Miranda, O., Fariñas, A. T., Coutín, G., Nápoles, M., Lara, H. & Bueno, L. E. (2009). Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 47(2).
- Mohammed, H. & Kissinger, P. (2006). Disclosure of HIV serostatus to sex partners in rural Louisiana. *AIDS Care*, 18(suppl 1), S62-S69.
- Moral de la Rubia, J. (2007). Conducta sexual y uso del preservativo en estudiantes universitarios. *Medicina Universitaria*, 9(37), 173-180.
- Morleya, S., Ecclestonb, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00255-3
- Morris, S. B. & DeShon, R. P. (2002). Combining Effect Size Estimates in Meta-Analysis with Repeated Measures and Independent-Groups Designs. *Psychological Methods*, 7(1), 105-125. doi: 10.1037//1082-989X.7.1.105
- Mulye, R., Raja, T., Menon, M., Pereira, J. & Barnes, B. L. (2005). Confidentiality, stigma, discrimination and voluntary disclosures: experiences of people living with HIV/AIDS. *Indian Journal of Social Work*, 66(3), 310-322.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. & García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.

- Nebie, Y., Meda, N., Leroy, V., Mandelbrot, L., Yaro, S., Sombié, I., . . . Dabis, F. (2001). Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(4), 367-372.
- Nezu, A. & Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (527-553), Madrid: Siglo XXI.
- Niccolai, L. M., Dorst, D., Myers, L. & Kissinger, P. J. (1999). Disclosure of HIV status to sexual partners: predictors and temporal patterns. *Sexual Transmission Diseases*, 26(5), 281-285.
- Niccolai, L. M., King, E., D'Entremont, D. & Pritchett, E. N. (2006). Disclosure of HIV serostatus to sex partners: a new approach to measurement. *Sexual Transmission Diseases*, 33(2), 102-105.
- O'Brien, M. E., Richardson-Alston, G., Ayoub, M., Magnus, M., Peterman, T. A. & Kissinger, P. (2003). Prevalence and correlates of HIV serostatus disclosure. *Sexual Transmission Diseases*, 30(9), 731-735.
- O'Cleirigh, C., Traeger, L., Mayer, K. H., Magidson, J. F., & Safren, S. A. (2013). Anxiety Specific Pathways to HIV Sexual Transmission Risk Behavior among Young Gay and Bisexual Men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(3), 314-326. doi: 10.1080/19359705.2012.755142
- Olley, B. O., Seedat, S. & Stein, D. J. (2004). Selfdisclosure of HIV serostatus in recently diagnosed patients with HIV in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 8(2), 71-76.
- Önena, N. F., Shachamb, E., Stamma, K. E. & Overtonc, T. (2010). Comparisons of sexual behaviors and STD prevalence among older and younger individuals with HIV infection *AIDS Care*, 22 (6), 711-717.
- Ornelas-Mejorada, R., y Sánchez Sosa, J. (noviembre 2011). Validación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Memorias de la VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana: SCPS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe 2010 sobre los progresos realizados*. Ginebra, Departamento de Lucha contra el VIH/SIDA.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *VIH/SIDA. Informe de la Secretaría*. Documento electrónico disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se29.pdf

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Situación de la epidemia de SIDA*. WHO: New York.
- Orgilés, M.A., Méndez, X., Rosa, A. I. & Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19(2), 193-204.
- Osinde, M. O., Kakaire, O. & Kaye, D. K. (2012). Factors associated with disclosure of HIV serostatus to sexual partners of patients receiving HIV care in Kabale, Uganda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(1), 61-64.
- Ostrow, D. E., Fox, K. J., Chmiel, J. S., Silvestre, A., Visscher, B. R., Venable, P. A., et al. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16, 775-80.
- Ouedraogo, T., Ouedraogo, A., Ouedraogo, V., Kyelem, N. & Soubeiga, A. (2005). HIV infection and modification of social relationships: study of 188 HIV-infected persons in Ouagadougou (Burkina Faso) [in French]. *Cahiers d'Études et de Recherches Francophones*, 15(4), 256-257.
- Overstreet, N. M., Earnshaw, V. A., Kalichman, S. C. & Quinn, D. M. (2013). Internalized stigma and HIV status disclosure among HIV-positive black men who have sex with men. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(4), 466-471.
- Parsons, J. T., Schrimshaw, E. W., Bimbi, D. S., Wolitski, R. J., Gomez, C. A. & Halkitis, P. N. (2005). Consistent, inconsistent, and non-disclosure to casual sexual partners among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS*, 19 (suppl 1), S87-S97.
- Patel, P., Taylor, M. M., Montoya, J. A., Hamburger, M. E., Kerndt, P. R. & Holmberg, S. D. (2003). Circuit parties: sexual behaviors and HIV disclosure practices among men who have sex with men at the White Party, Palm Springs, California, 2003. *AIDS Care*, 18(8), 1046-1049.
- Pemoff, R. & Zalazar, V. (2007). Parejas serodiscordantes. En búsqueda de un abordaje terapéutico y preventivo integral. *Actualizaciones en SIDA*, 15, 74- 77.
- Pérez-Álvarez, M. & García-Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez-Cortés, S.; Cayón, M. & Esquitino, B. (2003). Historia natural y clasificación de la infección por el VIH-1 en el adulto. En J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero. *La infección por el VIH: Guía práctica*. (pp. 85-94). 2da. ed. Sevilla, España: Gráficas Monterreina.
- Pérez-Jiménez, D., Escabí, A. & Cabrera, M. C. (2010). Desarrollo de una intervención grupal para la prevención del VIH en parejas heterosexuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21(1), 7-34.

-
- Peterson, L. S. (2008, febrero). *Clinical significance: "clinical" significance and "practical" significance are not the same*. Trabajo presentado en The Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association, New Orleans, Estados Unidos de América.
- Petrak, J. A., Doyle, A. M., Smith, A., Skinner, C. & Hedge, B. (2001). Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others. *British Journal of Health Psychology*, 6 (pt 1), 69-79.
- Peyrot, M. & Rubin, R. R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes. A conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440.
- Peyrot, M. & Rubin, R. R. (1997). Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology Among Diabetic Adults. *Diabetes Care*, 20(4) 585-590.
- Pinkerton, S. D. & Galletly, C. L. (2007). Reducing HIV Transmission Risk by Increasing Serostatus Disclosure: A Mathematical Modeling Analysis. *AIDS & Behavior*, 11, 698-70. doi: 10.1007/s10461-006-9187-2.
- Piña, J. A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychological.*, 7(1), 19-32.
- Piña, J. A. & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: Su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 71-83.
- Piña, J. A., Robles, S. & Rivera, B. M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), 295-303.
- Planes, M. (1994). Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. *Infancia y Aprendizaje*, 67-68, 245-260.
- Plaud, J. J. (2003). Pavlov and the foundation of behavior therapy. *Spanish Journal of Psychology*, 6, 147-154.
- Protto, J. P., Schaaf, D., Suárez, M. F. & Darras, C. (2008). Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 288-94.
- Przybyla, S. M. (2009). *Examining Correlates of Serostatus Disclosure and Sexual Transmission Risk Behaviors among People Living with HIV in North Carolina*. Dissertation of Doctor of Philosophy. University of North Carolina at Chapel Hill.

- Przybyla, S. M., Golin, C. E., Widman, L., Grodensky, C. A., Ear, J. A. & Suchindran, C. (2013). Serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV: Examining the roles of partner characteristics and stigma. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(5), 566-572.
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 179–186. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00149-0.
- Remien, R. H., Carballo-Diequez, A. & Wagner, G. (1995). Intimacy and sexual risk behaviour in serodiscordant male couples. *AIDS Care*. 7(4), 429-438.
- Remien, R. H., Halkitis, P. N., O'Leary, A., Wolitski, R. J. & Gómez, C.A. (2005). Risk Perception and sexual risk behaviors among HIV-positive men on antiretroviral therapy. *AIDS & Behavior*, 9, 167-76.
- Remien, R., Wagner, G., Carballo-Diéquez, A, & Dolezal, C. (1998). Who may be engaging in high risk sex due to medical treatment advances? *AIDS*, 12, 1560-1561.
- Remor, E. (2008, September). *International Psychometric Study of the Adherence to Antiretroviral Treatment Questionnaire*. Paper presented at the 22nd Annual Conference of the European Health Psychology Society, & 11th Annual Conference of the BPS Division of Health Psychology. Bath, UK.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema* , 14, 262-67.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud*. Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Richardson, J. L., Milam, J., McCutchana, A., Stoyanoff, S., Bolanb, R., Weiss, J., . . . Marks, G. (2004). Effect of brief safer-sex counseling by medical providers to HIV-1 seropositive patients: a multi-clinic assessment. *AIDS*, 18, 1179–1186.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 31, 160–168.
- Rico, J., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con Cáncer del Instituto Nacional De Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Rivera, M. P., Barragán, M., & Parra, L. D. (2007). *Medición del gasto en SIDA (MEGAS) México 2006-2007*. México, D.F.; SS, CENSIDA, ONUSIDA.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.

- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, L. F. & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Robles, R., Reyes, J. C., Colón, H. M., Sahai, H., Marrero, C. A., Matos, T. D., . . . Shepard EW. (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 145–152.
- Robles, R; Varela, R.; Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Robles, S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., . . . Hernández-Pozo, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-17.
- Robles, S., Piña, J. A. & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de psicología*, 22(2), 200-204.
- Rodríguez, G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Porrúa.
- Rodríguez, M.; Barroso, R.; Frías, I. B.; Moreno, D. & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1), 103-109.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34(4), 351-365. Recuperado en 15 de septiembre de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400008&lng=es&tlng=es.
- Romero, J.; Castilla, J.; Marincovich, B.; Hernando, V.; García, S. & Rodríguez, C. (2004). Mujeres que son pareja de un varón infectado por el VIH: descripción de sus características y valoración del riesgo. *Atención Primaria*, 34(8), 420-6.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.

- Rosser, B. R., Bockting, W., Rugg, D. L., Robinson, B. B., Ross, M. W., Bauer, G. R. & Coleman, E. (2002). A randomized controlled intervention trial of a sexual health approach to long-term HIV risk reduction for men who have sex with men: Effects of the intervention on unsafe sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*, 14(Suppl3), 59-71.
- Rotheram-Borus, M. J., Swendeman, D., Flannery, D., Rice, E. & Adamson, D. M. (2009). Common factors in effective HIV prevention programs. *AIDS and Behavior*, 13, 399-408. doi: 10.1007/s10461-008-9464-3.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. 3ra. Ed. Urdúliz, España: Desclée De Brouwer.
- Saboonchi, F., Wennman-Larsen, A., Alexanderson, K. & Petersson, L. M. (2013). Examination of the construct validity of the Swedish version of Hospital Anxiety and Depression Scale in breast cancer patients. *Quality of life Research*, 22,10, 2849–2856.
- Safren, S. A., Thomas, B. E., Mimiaga, M. J., Chandrasekaran, V., Menon, S., Swaminathan, S. & Mayer, K. H. (2009). Depressive symptoms and human immunodeficiency virus risk behavior among men who have sex with men in Chennai, India. *Psychology, health & medicine*, 14, 705-15.
- Safren, S. A., O’Cleirigh, C., Skeer, M., Elsesser, S. & Mayer, K. (2013). Project Enhance: A Randomized Controlled Trial of an Individualized HIV Prevention Intervention for HIV-Infected Men who Have Sex with Men Conducted in a Primary Care Setting. *Health Psychology*, 32(2), 171–179. doi: 10.1037/a0028581.
- Safren, S. A., O’Cleirigh, C., Tan, J. Y., Raminani, S. R.; Reilly, L. C.; Otto, M. W. & Mayer, K. H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10. doi: 10.1037/a0012715
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Saleh-Onoyaa, D., Reddya, P., Ruiterb, R., Sifundaa, S., Wingoodc, S. & Bored, B. (2009). Condom use promotion among isiXhosa speaking women living with HIV in the Western Cape Province, South Africa: a pilot study. *AIDS Care*, 21 (7), 817-825.
- Sánchez-Román, S.; Velasco-Furlong, L.; Rodríguez-Carbajal, R. & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58 (6), 540-546.
- Sánchez-Sosa, J.J. & Alvarado, A.S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged patients. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313-331.

- Sánchez-Sosa, J. J.; Cázares, O.; Piña, J. A. & Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32, 389-397.
- Santos, E. & Fuentes, A. (2006). Side effects of antiretroviral therapy. Fisiopathology, Clinical manifestations and treatment. *Annals of Internal Medicine*, 23(7), 338-334.
- Sarnadharan, M.G., Popovic, M., Bruch, L., Schupbach, J. & Gallo, R. C. (1984). Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS. *Science*, 224, 506-508.
- Secades, R. & Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. (2009). *III Reunión Nacional sobre prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Secretaría de Salud (2012). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA*. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud. (2000). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html>.
- Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología [SS/DGE] (2010). *Registro Nacional de Casos de SIDA*. Disponible en <http://www.aids-sida.org/estadist01.html>.
- Segrin, C. (2009). Social skills training. In W. T. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavioral therapy* (pp. 600-607). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Serovich, J. (2001). A test of two HIV disclosure theories. *AIDS Education and Prevention*, 13(4), 355-364.
- Serovich, J., Craft, S. M. & Yoon, H. (2007). Women's HIV disclosure to immediate family. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(12), 970-980. doi: 10.1521/aeap.13.4.355.21424.
- Serovich, J., Esbensen, A. J. & Mason, T. L. (2005). HIV disclosure by men who have sex with men to immediate family over time. *AIDS Patient Care STDs*, 19(8), 506-517.
- Serovich, J., Reed, S., Grafsky, E. L. & Andrist, D. (2009). An intervention to assist men who have sex with men disclose their serostatus to casual sex partners: Results from a pilot study. *AIDS Education and Prevention*, 21(3), 207-219.

- Serovich, J., Reed, S., Gafsky, E., Hartwell, E. & Andrist, D. (2011). An intervention to assist men who have sex with men disclose their serostatus to family members: Results from a pilot study. *AIDS & Behavior*, 15(8), 1647–1653. doi: 10.1007/s10461-011-9905-2
- Sethosa, E. & Peltzer, K. (2005). Evaluation of HIV counselling and testing, self-disclosure, social support and sexual behavior change among a rural sample of HIV reactive patients in South Africa. *Curationis*, 28(1), 29-41.
- Sheldon, B. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Research and practice in health and social care*. Gran Bretaña: Routledge Taylor & Francis Group.
- Shoptawa, S., Rebacka, C. J., Peckb, J. A., Yanga, X., Rotheram-Fullera, E., Larkinsa, S., . . . Hucks-Ortiz, C. (2005). Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 125–134.
- Sigxashe, T. A., Baggaley, R. & Mathews, C. (2001). Attitudes to disclosure of HIV status to sexual partners. *South African Medical Journal*, 91(11), 908-909.
- Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy for substance abuse disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), S33-39.
- Simon, B. R., Horvatha, K. J., Hatfielda, L. A., Petersonb, J. L., Jacobya, S. & Statelyc A. (2008). Predictors of HIV disclosure to secondary partners and sexual risk behavior among a high-risk sample of HIV-positive MSM: results from six epicenters in the US. *AIDS Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 20(8), 925-930.
- Simon, B. R., Hatfield, L. A., Miner, M. H., Ghiselli, M. E., Lee, B. R. & Welles, S. L. (2010). Effects of a behavioral intervention to reduce serodiscordant unsafe sex among HIV positive men who have sex with men: The positive connections randomized controlled trial study. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(2), 147-158.
- Simon, B. R., Horvatha, K. J., Hatfielda, L. A., Petersonb J. L., Jacobya, S. & Statelyc, A. (2008). Predictors of HIV disclosure to secondary partners and sexual risk behavior among a high-risk sample of HIV-positive MSM: results from six epicenters in the US. *AIDS Care*, 20 (8), 925-930.
- Simoni, J. & Pantalone, D. (2004). Secrets and safety in the age of AIDS: Does HIV disclosure lead to safer sex? A review. *Topics in HIV medicine: a publication of the International AIDS Society*, 12(4):109-118.
- Simoni, J. M., Demas, P., Mason, H. R., Drossman, J. A. & Davis, M. L. (2000). HIV disclosure among women of African descent: associations with coping, social support, and psychological adaptation. *AIDS & Behavior*, 4(2), 147-158.

- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skogmar, S., Shakely, D., Lans, M., Danell, J., Andersson, R., Tshandu, N., . . . Francois Venter, W. D. (2006). Effect of antiretroviral treatment and counselling on disclosure of HIV-serostatus in Johannesburg, South Africa. *AIDS Care*, 18(7), 725-730.
- Smith, D. K., Grohskopf, L. A., Black, R. J., Auerbach, J. D., Veronese, F., Struble, K. A., . . . U.S. Department of Health and Human Services. (2005). Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recommendations and reports*, 54(RR-2), 1-20.
- Sowell, R. L., Lowenstein, A., Moneyham, L., Demi, A., Mizuno, Y. & Seals, B. F. (1997). Resources, stigma, and patterns of disclosure in rural women with HIV infection. *Public Health Nursing*, 14(5), 302-312.
- Sowell, R. L., Seals, B.F., Phillips, K.D. & Julious, C.H. (2003). Disclosure of HIV infection: how do women decide to tell? *Health Education Research*, 18(1), 32-44.
- Spire, B., Bouhnik, A. D., Obadia, Y. & Lert, F. (2005). Concealment of HIV and unsafe sex with steady partner is extremely infrequent. *AIDS*, 19(13), 1431-1433.
- Stein, M. D., Freedberg, K. A., Sullivan, L. M., Savetsky, J., Levenson, S. M., Hingson, R. & Samet, J. H. (1998). Sexual ethics. Disclosure of HIV positive status to partners. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 253-257.
- Stein, J., Nyamathi, A., Ullman, J. & Bentler, P. (2007). Impact of Marriage on HIV/AIDS Risk Behaviors Among Impoverished, At-Risk Couples: A Multilevel Latent Variable Approach. *AIDS and Behavior*, 11, 87-98.
- Steinbrook, R. (2008). The AIDS epidemic--a progress report from Mexico City. *The New England Journal of Medicine*, 359.
- Stephenson, J. M., Imrie, J., Davis, M. M., Mercer, C., Black, S., Copas, A.J., . . . Williams, I. (2003). Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection?. *Sexually transmitted infections*, 79, 7-10.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606. doi: 10.1037/a0016032
- Stirratt, M. J., Remien, R. H., Smith, A. Copeland, O. Q., Dolezal, C. & Krieger, D. (2006). The Role of HIV Serostatus Disclosure in Antiretroviral Medication Adherence. *AIDS & Behavior*, 10, 483-493. doi: 10.1007/s10461-006-9106-6

- Strachan, E. D., Murray-Bennett, W. R., Russo, J. & Roy-Byrne, P. P. (2007). Disclosure of HIV status and sexual orientation independently predicts increased absolute CD4 cell counts over time for psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine*, 69, 74-80.
- Sugadev, M., Swaminathan, S. & Devaraj, S. (2008). *Disclosure patterns of HIV-infected men in South India*. Paper presented at: 17th International AIDS Conference; August 3-8, Mexico City, Mexico. Abstract WEAD0303.
- Sullivan, K. (2009). HIV/AIDS in Hawai'i: State of the State. *Hawai'i Medical Journal*, 68, 128-132.
- Taraphdar, P., Dasgupta, A. & Saha, B. (2007). Disclosure among people living with HIV/AIDS. *Indian Journal of Community Medicine*, 32(4), 280-282.
- Teva, I.; Bermúdez, M. P.; Hernández-Queri, J. & Buena-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28, 40-49.
- Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Torres, P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P. & Bertozzi, S. M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48(4), 308-316. Recuperado en 13 de agosto de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005&lng=es&tlng=es.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J. & Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- Trujillo, P. & Gorbea, M. C. (2008). Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75, 181-184.
- Underhill, K., Operario, D. & Montgomery, P. (2007). Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. *Cochrane database of systematic reviews*, 17, CD00542.
- Van Kesteren, N. M., Hospers, H. J. & Kok, G. (2007). Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient education and counseling*, 65, 5-20.
- Varga, C. A., Sherman, G. G. & Jones, S. A. (2006). HIV-disclosure in the context of vertical transmission: HIV-positive mothers in Johannesburg, South Africa. *AIDS Care*, 18(8), 952-960.

- Vera-Gamboa, L., Cerón-Bracamonte, B., Góngora-Biachi, R. (2004). Hombres que tienen sexo con hombres: conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH/SIDA en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 15, 157-163.
- Villarruel, A. M., Zhou, Y., Gallegos, E. C. & Ronis, D. L. (2010). Examining long-term effects of Cuídate-a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(5), 345-351. Recuperado el 13 de agosto de 2014 de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000500004&lng=en&tlng=en. 10.1590/S1020-49892010000500004.
- Visser, M. J., Neufeld, S., de Villiers, A., Makin, J. D. & Forsyth, B. W. (2008). To tell or not to tell: South African women's disclosure of HIV status during pregnancy. *AIDS Care*, 20(9), 1138-1145.
- Wagner, G. J., Remien, R. H. & Carballo-Diequez, A. (2000). Prevalence of extradyadic sex in male couples of mixed HIV status and its relationship to psychological distress and relationship quality. *Journal of Homosexuality*, 39(2), 31-46.
- Wang, L., Shan, D., Chan, S., Chen, H., Ge, Z., Ding, G., . . . Wang, N. (2010). Disclosure of HIV-positive serostatus to sexual partners and associated factors in southern China. *International Journal of STD & AIDS*, 21, 685-690. doi: 10.1258/ijsa.2010.010040.
- Weinhardt, L. S., Kelly, J. A., Brondino, M. J., Rotheram-Borus, M. J., Kirshenbaum, S., Chesney, M. A., . . . National Institute of Mental Health Healthy Living Project Team. (2004). HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV in 4 cities in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 36(5), 1057-1066.
- Weller, S. & Davis, K. (2006). Efectividad del condón en la reducción de la transmisión de VIH en heterosexuales. *The Cochrane Library*, 1.
- Were, E., Wools-Kaloustian, K., Baliddawa, J., Ayuo, P., Sidle, J. & Fife, K (2008). Stakeholders perception of HIV sero-discordant couples in western Kenya. *East African Medical Journal*, 85, 326-333.
- Wiener, L. S. & Battles, H. B. (2006). Untangling the web: a close look at diagnosis disclosure among HIV-infected adolescents. *Journal Adolescent Health*, 38(3), 307-309.
- Wilson, T. & Minkoff, H. (2001). Brief report: Condom use consistency associated with beliefs regarding HIV disease transmission among women receiving HIV antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 27, 289-291.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Mikhail, I., Lang, D. L., McCree, D. H., Davies, S. L., . . . Saag, M. (2004). A Randomized Controlled Trial to Reduce HIV Transmission Risk Behaviors and Sexually Transmitted Diseases Among Women Living With HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37, S58-S6.

-
- Wolitski, R. J., Rietmeijer, C. A., Goldbaum, G. M. & Wilson, R. M. (1998). HIV serostatus disclosure among gay and bisexual men in four American cities: general patterns and relation to sexual practices. *AIDS Care*, 10(5), 599-610.
- Wulfert, E., Safren, S. A., Brown, I. & Wan, C. K. (1999). Cognitive, behavioral, and personality correlates of HIV-positive persons' unsafe sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(2), 223-244.
- Yábar, C., Salvatierra, J. & Quijano, E. (2007). Variabilidad del gen de la envoltura del VIH-1 en tres grupos humanos con diferentes conductas sexuales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 24(3), 202-210
- Yan, H. & Li, X. (2009). HV/AIDS Behavioral Interventions in China: A Literature Review and Recommendation for Future Research. *AIDS & Behavior*, 13, 603–613. doi: 10.1007/s10461-008-9483-0
- Yang, F., Wu, Z. & Xu, C. (2001). Acceptability and feasibility of promoting condom use among families with human immunodeficiency virus infection in rural area of China, Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. *Chinese Journal of Epidemiology*, 22,330–333.
- Zea, M. C., Echeverri, J., Poppen, P. & Bianchi, F. (2008). La revelación de seropositividad al VIH a las redes sociales de hombres gay latinos. In: J. A. Piña, J. J. Sánchez-Sosa (Eds.). *Aportaciones de la Psicología al problema de la infección por VIH Investigación e intervención México*. México: Plaza y Valdés, 261-80.
- Zea, M. C., Reisen, C. A., Poppen, P. J., Bianchi, F. T. & Echeverry, J. J. (2005). Disclosure of HIV status and psychological well-being among Latino gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 9, 15–26.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

APÉNDICE 1

Datos sociodemográficos

Edad: _____ (años cumplidos)

Sexo: Hombre () Mujer: ()

Estado civil: Soltera/o () Casada/o () Divorciada/o () Viuda/o ()

Escolaridad:

Sin estudios ()

Primaria () Completa () Incompleta ()

Secundaria () Completa () Incompleta ()

Bachillerato () Completa () Incompleta ()

Carrera técnica () Completa () Incompleta ()

Licenciatura () Completa () Incompleta ()

Posgrado () Completa () Incompleta ()

Ocupación:

Sin empleo () Estudiante () Ama de casa ()

Con empleo ()

a) Independiente () Dependiente ()

b) Estable () Eventual () Contratado ()

c) Formal () Informal ()

Preferencia sexual:

Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()

Pareja: No () Si () Tiempo de relación: _____ meses _____ años

¿Tienen más de una pareja actualmente? No () Si () ¿Cuántas? _____

No. de parejas sexuales en toda la vida: _____

No. de parejas sexuales desde su diagnóstico: _____

Personas con las que vive:

	Si	No
Familiares (padres, hermanos)		
Parientes (tíos, primos)		
Pareja		
Hijos		
Solo		
Amigos		
Otros		

Datos clínicos (expediente médico).

Tiempo de infección (desde el diagnóstico): _____ meses _____ años

Conteo de linfocitos T CD4+: _____ (cantidad de células)

Niveles de carga viral: _____ (cantidad de copias)

Presencia de alguna ITS: No () Si () ¿Cuál(es)? _____

APÉNDICE 2

Cuestionario sobre revelación

¿En qué fecha recibió su diagnóstico de seropositividad al VIH? día ____ mes _____ año _____

¿De quién recibió el diagnóstico? Médico () Enfermera () Otro: _____

¿Alguien lo acompañaba cuándo recibió el diagnóstico? No () Si () ¿Quién? _____

¿La persona que lo acompañaba escuchó el diagnóstico? No () Si ()

¿Usted le dijo a la persona que lo acompañaba su diagnóstico? No () Si () ¿Por qué razón?

En seguida encontrará un cuadro en dónde hay varias opciones a la pregunta ¿Qué personas saben que eres VIH positivo?, por favor marque con una X la respuesta que se ajuste a su situación y en la últimas dos columna anote lo que se le pide.

¿Qué personas saben que eres VIH positivo?

	Se lo dije yo mismo	Alguien más se lo dijo con mi permiso	Alguien más se lo dijo sin mi permiso	Alguien más se lo dijo de manera anónima	Lo supo de otra manera	¿Desde cuándo lo sabe? (fecha) día mes año	Razones por las que se lo dije (sólo en el caso de que haya seleccionado “Se lo dije yo mismo”)
Madre							
Padre							
Hermano(s)							
Pareja estable							
Pareja(s) ocasional(es)							
Amigo(s) cercano(s)							
Conocidos							
Compañeros de trabajo							
Otros							

APÉNDICE 3

Cuestionario sobre conductas sexuales

El propósito de este cuestionario es conocer algunas conductas sexuales que puedan poner en riesgo a ti o a tu pareja, en relación al contagio del VIH. La información recabada será usada con la finalidad de mejorar tu vida sexual y en general tu calidad de vida por lo que es muy importante que contestes honestamente.

No tienes que contestar preguntas que te hagan sentir incómodo(a). Tu participación es voluntaria. Tú decides si contestas este cuestionario.

Es importante que sepas que tus respuestas son privadas y anónimas, contesta con toda franqueza.

1. ¿Cuál es la vía de infección por la que más probablemente adquiriste el VIH?

- a) Teniendo sexo con un hombre que ya tenía el virus
- b) Teniendo sexo con una mujer que ya tenía el virus
- c) Transfusión de sangre o algún procedimiento médico
- d) Compartiendo jeringas contaminadas con una persona que ya tenía el virus
- e) No lo sé

2. Anota el número de personas con las que tuviste relaciones sexuales con penetración **antes** del diagnóstico de VIH (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):

Mujeres: _____

Hombres: _____

3. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración **después** del diagnóstico de VIH (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):

Mujeres: _____

Hombres: _____

4. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

- a) Poco (dos veces al año)
- b) Algo (cada dos o tres meses)
- c) Medianamente frecuente (cada mes)
- d) Frecuentemente (cada semana o cada quince días)
- e) Muy frecuentemente (cada dos o tres días o diario)

5. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 3 meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas” o “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):

Mujeres: _____

Hombres: _____

6. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas” o “pocas” y escribe el número que realmente has tenido):

Mujeres: _____

Hombres: _____

7. ¿Has usado preservativo en los últimos 3 meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas” o “pocas”, etc. y escribe el número que realmente lo has usado): _____

8. Por favor recuerda con qué frecuencia tuviste las siguientes prácticas sexuales en **los últimos 3 meses, con tu pareja estable o alguna pareja ocasional**. Las opciones de respuesta para cada tipo de pareja son las siguientes:

Nunca (0%) 0	Casi nunca (20%) 1	Pocas veces (40%) 2	Frecuentemente (60%) 3	Casi siempre (80%) 4	Siempre (100%) 5
----------------------------------	--	---	--	--	--------------------------------------

Tipo de pareja	Pareja Estable					Pareja Ocasional						
Prácticas sexuales												
Vaginales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Anales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Orales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Masturbación con tu pareja	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

9. De las prácticas anteriores que indicaste que sí has tenido señala con qué **frecuencia has usado condón** al tener estas prácticas sexuales en los últimos 3 meses, con tu pareja estable o alguna pareja ocasional. Las opciones de respuesta para cada tipo de pareja son las siguientes:

Nunca (0%) 0	Casi nunca (20%) 1	Pocas veces (40%) 2	Frecuentemente (60%) 3	Casi siempre (80%) 4	Siempre (100%) 5
----------------------------------	--	---	--	--	--------------------------------------

Tipo de pareja	Pareja Estable					Pareja Ocasional						
Prácticas sexuales												
Vaginales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Anales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Orales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Masturbación con tu pareja	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

10. Por favor recuerda con qué frecuencia tuviste las siguientes prácticas sexuales **durante los tres meses posteriores a que te detectaran VIH, con tu pareja estable o alguna pareja ocasional**. Sólo contesta en el caso de que sean distintos a los de la pregunta anterior. Las opciones de respuesta para cada tipo de pareja son las siguientes:

Nunca (0%) 0	Casi nunca (20%) 1	Pocas veces (40%) 2	Frecuentemente (60%) 3	Casi siempre (80%) 4	Siempre (100%) 5
----------------------------------	--	---	--	--	--------------------------------------

Tipo de pareja	Pareja Estable					Pareja Ocasional						
Prácticas sexuales												
Vaginales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Anales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Orales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Masturbación con tu pareja	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

11. De las prácticas anteriores que indicaste que sí has tenido señala con qué **frecuencia has usado condón** al tener estas prácticas sexuales durante los tres meses posteriores a que te detectaran VIH, con tu pareja regular o alguna pareja ocasional. Las opciones de respuesta para cada tipo de pareja son las siguientes:

Nunca (0%) 0	Casi nunca (20%) 1	Pocas veces (40%) 2	Frecuentemente (60%) 3	Casi siempre (80%) 4	Siempre (100%) 5
----------------------------------	--	---	--	--	--------------------------------------

Tipo de pareja	Pareja Estable					Pareja Ocasional						
Prácticas sexuales												
Vaginales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Anales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Orales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Masturbación con tu pareja	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

12. Por favor recuerda en qué año y mes estabas o qué sucedía en tu vida antes de enterarte que tenías VIH y trata de acordarte con qué frecuencia tuviste las siguientes prácticas sexuales durante **los tres meses anteriores a que te detectaran VIH, con tu pareja estable o alguna pareja ocasional**. Las opciones de respuesta para cada tipo de pareja son las siguientes:

Nunca (0%) 0 Casi nunca (20%) 1 Pocas veces (40%) 2 Frecuentemente (60%) 3 Casi siempre (80%) 4 Siempre (100%) 5

Tipo de pareja	Pareja Estable					Pareja Ocasional						
Prácticas sexuales												
Vaginales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Anales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Orales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Masturbación con tu pareja	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

13. De las prácticas anteriores que indicaste que sí has tenido señala con qué **frecuencia has usado condónal tener estas prácticas sexuales durante los tres meses anteriores a que te detectaran VIH, con tu pareja estable o alguna pareja ocasional**. Las opciones de respuesta para cada tipo de pareja son las siguientes:

Nunca (0%) 0 Casi nunca (20%) 1 Pocas veces (40%) 2 Frecuentemente (60%) 3 Casi siempre (80%) 4 Siempre (100%) 5

Tipo de pareja	Pareja Estable					Pareja Ocasional						
Prácticas sexuales												
Vaginales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Anales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Orales	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Masturbación con tu pareja	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

APÉNDICE 4

EsCaViPS

Instrucciones: A continuación se le presentará una lista de enunciados que describen situaciones y experiencias de personas que tienen VIH.

Lea cada enunciado y marque el número que mejor describa cuánto aplica en su caso cada enunciado durante el pasado mes y hasta el día de hoy.

Algunas secciones no aplicarán en su caso. Por favor pase esa(s) sección(es) y continúe con la siguiente sección.

Ejemplo:

Marque el número que corresponda a su propio caso de acuerdo a las siguientes categorías:

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

Nunca (0%)	Casi nunca (20%)	Pocas veces (40%)	Frecuentemente (60%)	Casi siempre (80%)	Siempre (100%)
0	1	2	3	4	5

1. He tenido dificultad para caminar	0	1	2	3	4	5
2. La comida me sabe mal	0	1	2	3	4	5

¿Ha intentado usted alguna actividad sexual desde el diagnóstico de la infección del VIH?	SI	NO
--	-----------	-----------

En caso negativo pase a la siguiente sección.

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

Nada (0%)	Poco (20%)	Algunas veces (40%)	Regularmente (60%)	Mucho (80%)	Muchísimo (100%)
0	1	2	3	4	5

1. Me parece que mi vida sexual ha disminuido	0	1	2	3	4	5
2. Me cuesta trabajo tener una vida sexual activa	0	1	2	3	4	5
3. Me cuesta trabajo lograr o mantener una erección (hombres)	0	1	2	3	4	5
3.1 Me cuesta trabajo lubricar (mujeres)	0	1	2	3	4	5
4. Tener dolor o molestia al tener actividad sexual	0	1	2	3	4	5
5. Me cuesta trabajo alcanzar el orgasmo	0	1	2	3	4	5
6. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros sentimientos	0	1	2	3	4	5

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

	Nada (0%) 0	Poco (20%) 1	Algunas veces (40%) 2	Regularmente (60%) 3	Mucho (80%) 4	Muchísimo (100%) 5
7. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros temores	0	1	2	3	4	5
8. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de lo que pasará después de mi muerte	0	1	2	3	4	5
9. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestro futuro	0	1	2	3	4	5
10. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar sobre mi enfermedad y de lo que podría suceder	0	1	2	3	4	5
11. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de testamento o de dinero	0	1	2	3	4	5
12. Mi pareja no se siente con ganas de abrazarme, besarme o cuidarme	0	1	2	3	4	5
13. No me dan ganas de tocar a mi pareja	0	1	2	3	4	5
14. A mi pareja no le dan ganas de tocarme	0	1	2	3	4	5
15. Mi pareja y yo nos llevamos tan bien como antes	0	1	2	3	4	5
16. Mi pareja y yo nos enojamos más seguido que antes	0	1	2	3	4	5
17. Mi pareja y yo pasamos tanto tiempo juntos que cambia nuestro estado de ánimo	0	1	2	3	4	5
18. Mi pareja y yo estamos más distanciados que antes	0	1	2	3	4	5
19. Mi pareja no me deja hacer cosas que aún puedo hacer	0	1	2	3	4	5
20. Mi pareja ocupa mucho de su tiempo cuidándome	0	1	2	3	4	5
21. Mi pareja no se ocupa lo suficiente de mí	0	1	2	3	4	5
22. Me cuesta trabajo decirle a mi pareja que me cuide	0	1	2	3	4	5
23. Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por estar infectado por el VIH	0	1	2	3	4	5

¿Ha disminuido su interés en la actividad sexual desde su diagnóstico de la infección del VIH?	SI	NO
---	-----------	-----------

En caso negativo pase a la siguiente sección.

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

	Nada (0%) 0	Poco (20%) 1	Algunas veces (40%) 2	Regularmente (60%) 3	Mucho (80%) 4	Muchísimo (100%) 5
24. He perdido interés en tener sexo porque temo infectar a otros	0	1	2	3	4	5
25. He perdido interés en el sexo porque me siento poco atractivo	0	1	2	3	4	5
26. He perdido interés en el sexo porque mi pareja tiene miedo a que la infecte	0	1	2	3	4	5
27. He perdido interés en el sexo porque no tengo suficiente energía	0	1	2	3	4	5
28. He perdido interés en el sexo porque me da miedo reinfectarme con el VIH	0	1	2	3	4	5

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

	Nada (0%) 0	Poco (20%) 1	Algunas veces (40%) 2	Regularmente (60%) 3	Mucho (80%) 4	Muchísimo (100%) 5
29. Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos	0	1	2	3	4	5
30. Me cuesta trabajo decirles a mis nuevos amigos que recibo tratamiento para el VIH	0	1	2	3	4	5
31. Tengo miedo de tener relaciones sexuales porque podría afectar la salud de mi pareja	0	1	2	3	4	5

APÉNDICE 5

BDI

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones, por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0 Yo no me siento triste.

1 Me siento triste.

2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.

3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

0 En general no me siento descorazonado por el futuro.

1 Me siento descorazonado por mi futuro.

2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.

3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

0 Yo no me siento como un fracasado

1 Siento que he fracasado más que las personas en general.

2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos

3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.

1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.

2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.

3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

0 En realidad yo no me siento culpable.

1 Me siento culpable una gran parte del tiempo.

2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

0 Yo no siento que este siendo castigado.

1 Siento que podría ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que he sido castigado.

0 No me siento desilusionado de mí mismo.

1 Estoy desilusionado de mí mismo.

2 Estoy disgustado con conmigo mismo.

3 Me odio.

0 Yo no me siento que sea peor que otra persona.

1 Me critico a mi mismo por mi debilidad o errores.

2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.

3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

0 Yo no tengo pensamientos suicidas.

1 Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo.

2 Me gustaría suicidarme.

3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

0 Yo no lloro más de lo usual.

1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.

2 Actualmente lloro todo el tiempo.

3 Antes podía llorar pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

0 Yo no soy más irritable de lo que solía estar.

1 Me enoja o irrito más fácilmente que antes.

2 Me siento irritado todo el tiempo.

3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

- 0 Yo no he perdido el interés por la gente.
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
2 He perdido en gran medida el interés por la gente.
3 He perdido todo mi interés en la gente.

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
1 Pospongo tomar decisiones más que antes.
2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
3 Ya no puedo tomar decisiones.

- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
1 Estoy preocupado de verme viejo o poco atractivo.
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo.
3 Creo que me veo feo.

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Requiero de más esfuerzo para empezar algo.
2 Tengo que obligarme para hacer algo.
3 Yo no puedo hacer ningún trabajo.

- 0 Puedo dormir tan bien como antes.
1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.

- 0 Yo no me canso más de lo habitual.
1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2 Con cualquier cosa que hago me canso.
3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual.
1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2 Mi apetito está muy mal ahora.
3 No tengo apetito de nada.

- 0 Yo no he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de 2 kg.
2 He perdido más de 5 kg.
3 He perdido más de 8 kg.
A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
SI_____ NO_____

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
1 Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3 He perdido completamente el interés por el sexo.

APÉNDICE 6

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

- Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

- Si y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

8. Me siento lento(a) torpe:

- Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar como un buen libro, programa de radio o televisión:

- Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

APÉNDICE 7

B A I

Abajo hay una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante **LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOY**, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo	0	1	2	3
Sentir oleadas de calor (bochorno)	0	1	2	3
Debilitamiento de las piernas	0	1	2	3
Dificultad para relajarse	0	1	2	3
Miedo a que pase lo peor	0	1	2	3
Sensación de mareo	0	1	2	3
Opresión en el pecho, o latidos acelerados	0	1	2	3
Inseguridad	0	1	2	3
Terror	0	1	2	3
Nerviosismo	0	1	2	3
Sensación de ahogo	0	1	2	3
Manos temblorosas	0	1	2	3
Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
Miedo a perder el control	0	1	2	3
Dificultad para respirar	0	1	2	3
Miedo a morir	0	1	2	3
Asustado	0	1	2	3
Indigestión, o malestar estomacal	0	1	2	3
Debilidad	0	1	2	3
Ruborizarse, sonrojamiento	0	1	2	3
Sudoración (no debida a calor)	0	1	2	3

APÉNDICE 8

CEAT-VIH

Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual, sobre su salud y el tratamiento que recibe para el VIH/SIDA. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas, marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”.

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?	1	2	3	4	5
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?	1	2	3	4	5
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?	1	2	3	4	5

5. ¿Recuerda qué fármacos está tomando en este momento? (Escribir los nombres)

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5

	No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
--------------	----------	-----------------------	---------------	---------------

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
----------------	----------------	---------	----------	---------------

18. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
------------------	---------------------	---------	-----------------	--------------------

19. Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo/más de uno?	SÍ	NO
---	----	----

Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente? _____

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?	SÍ	NO
---	----	----

¿Cuál? _____

APÉNDICE 9



Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención. Fase 1.

Patrocinador: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Sitio de Investigación: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI).

Investigadores:

Dr. Gustavo Reyes Terán (Responsable ante el INER)

Dra. Evelyn Rodríguez Estrada (CIENI, INER)

Mtra. Nancy Patricia Caballero Suárez (CIENI, INER)

Dirección:

Calzada de Tlalpan #4502, Col. Sección XVI

CP 14080, México DF.

Tel: 5171-4697 ó 5171-4718

Correo electrónico: reyesteran@cieni.org.mx; evelyn.rodriguez@cieni.org.mx; nancy.pcs@hotmail.com.

Estimado(a):

Ésta es una invitación para participar en una investigación que estudiará a un grupo de personas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es el virus que causa el SIDA. Su participación es completamente voluntaria. Este estudio se realizará con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), instituciones de renombrado prestigio científico en nuestro país.

Resumen del estudio: Objetivos e importancia.

El presente estudio, tiene como objetivos: 1. Explorar la frecuencia con la que los pacientes con VIH revelan su estado serológico y a quién se revela. 2. Explorar la frecuencia y tipos (patrón) de conductas sexuales de riesgo.

La importancia de los resultados de este estudio radica en la posibilidad de hacer tratamientos psicológicos que promuevan la revelación del diagnóstico y los comportamientos sexuales saludables, con la finalidad de mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH/SIDA.

Procedimientos, riesgos y molestias.

Si usted acepta participar en este estudio, es necesario que usted conteste nueve cuestionarios, los cuales incluyen preguntas sobre sus conductas, pensamientos y emociones relacionadas con el VIH/SIDA, el tiempo que le llevará contestarlos será de aproximadamente una hora y treinta minutos, y lo puede hacer en dos momentos, para evitar el cansancio la fatiga por contestar. Puede suceder que el contestar los cuestionarios le generar cierta incomodidad, angustia o tristeza, por lo que en caso de que usted lo necesite podrá recibir contención emocional.



Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención



Costos.

Todos los gastos que se requieran para la realización de esta investigación serán cubiertos por la UNAM y el INER. No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.

Beneficios.

Usted no obtendrá beneficio económico alguno al participar en el presente estudio; sin embargo se le proporcionará una sesión de información (psicoeducación) con el objetivo de favorecer el control de su enfermedad. Los datos derivados de este estudio pueden proporcionar información de utilidad para que en un futuro se desarrollen tratamientos psicológicos efectivos para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

Optatividad y Libertad de Retirarse.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, esto implica que usted puede decidir no participar. Si usted decide no participar en el estudio, su decisión será absolutamente respetada, si decide participar puede retirarse de este estudio (interrumpir su participación) en cualquier momento. Ninguna de las dos razones previas afectará la calidad de la atención médica que recibe en esta institución.

Confidencialidad.

La información de este estudio será confidencial y su nombre no aparecerá en dicha investigación, respetando su privacidad y su identidad. Para salvaguardar su anonimato, a sus datos se les asignará un código numérico común, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Los archivos del estudio que lo identifican se conservarán de manera confidencial como lo requiere la ley. Las Regulaciones Federales de Privacidad proporcionan protección en cuanto a privacidad, seguridad y acceso autorizado. Excepto cuando lo requiera la ley, usted no será identificado/a por nombre, domicilio, número de teléfono, o cualquier otro identificador personal directo en registros del estudio, se le asignará un número de clave para proteger la confidencialidad de los participantes del estudio.

La Información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a su familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin su autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue. Si usted cambia de domicilio o teléfono, por favor avise a los investigadores a los teléfonos de contacto proporcionados. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.

Dudas y Comentarios.

Si en cualquier momento usted tiene dudas o comentarios sobre su participación o sobre el estudio mismo; así como sobre sus derechos puede consultar en todo momento a los responsables de este proyecto: Dr. Gustavo Reyes Terán, jefe del CIENI, a la Dra. Evelyn Rodríguez Estrada (psiquiatra del CIENI), a la Mtra. Nancy Patricia Caballero Suárez (psicóloga del CIENI) en la dirección y teléfono indicados en la primera pagina de este documento. Del mismo modo usted puede ponerse en contacto con la Dra. Rocío Chapela Mendoza, presidenta del Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del INER al 5487-1700.



Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención



Consentimiento.

Me han proporcionado la hoja de consentimiento informado. Me han explicado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con _____, quién ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio, además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico dentro de esta Institución. Soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin que se vea afectada la atención médica que recibo en esta institución. He comprendido que no seré identificado en el caso de que los resultados que se obtengan con los cuestionarios que responderé se publiquen en reuniones científicas nacionales o internacionales.

Basado sobre esta información, **acepto voluntariamente participar en este estudio.**

Me he quedado con una copia de este documento y de la Declaración de los Derechos de las Personas en Experimentación.

Nombre Completo (persona que participa en el estudio):

Dirección y teléfono de contacto:

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo 1 (Nombre Completo):

Dirección y teléfono de contacto:

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo 2 (Nombre completo):

Dirección y teléfono de contacto:

Fecha: _____ Firma: _____

Médico/Investigador que realizó la discusión de este documento:

Fecha: _____ Firma: _____



DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EXPERIMENTACIÓN

Los derechos que enseguida se describen son los que todas las personas a quienes se les solicitan participar en un estudio de investigación. Por tanto, como un individuo en experimentación, yo tengo los siguientes derechos:

1. Que me expliquen de qué se trata el estudio y qué están tratando de encontrar. Es decir, debo saber con todos los detalles los objetivos de investigación.
2. Que me digan exactamente qué me sucederá si participo en un estudio de investigación.
3. Que me expliquen si alguno de los procedimientos, medicamentos o dispositivos que se emplearán en la investigación son diferentes de los que se usan en la práctica médica rutinaria. Si son diferentes, debo saber con exactitud en qué consisten las diferencias.
4. Que me describan con precisión, y de manera que yo lo entienda bien, la frecuencia y la importancia de los riesgos a los que seré sometido y de los efectos adversos o molestias de las cosas que me ocurrirán por los propósitos de investigación.
5. Que me digan si yo puedo esperar algún beneficio de mi participación y, si así fuera, cuál sería el beneficio.
6. Que me expliquen otras opciones que yo tengo y cómo esas opciones pueden ser mejores, iguales o peores que las de este estudio.
7. Que me permitan hacer cualquier pregunta que se me ocurra respecto al estudio antes de dar mi consentimiento para participar y durante el curso del estudio (si decido participar).
8. Que me digan qué tipos de tratamientos están disponibles para mí, en el caso de presentarse alguna complicación.
9. Puedo negarme a participar en todo o, si decido participar, puedo cambiar mi decisión acerca de mi participación después de que haya comenzado el estudio. Esta decisión no afectará mis derechos para recibir la atención médica que yo recibiría si no estuviera en el estudio.
10. Debo recibir una copia del documento o de la forma escrita de mi consentimiento para participar en esta investigación.
11. Nadie puede ni debe presionarme cuando yo esté considerando tomar la decisión de participar o no en el estudio.

Si tengo otras dudas o preguntas, puedo solicitar al Dr. Gustavo Reyes Terán (Tel. 54871700 ext. 5283 ó 5272), investigador principal y Jefe del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) o a los co-investigadores del estudio, para que me las resuelvan. Además, puedo establecer comunicación con el Comité de Ciencia y Bioética del INER, que se preocupa por la protección de los voluntarios de los proyectos de investigación, con su presidente, la Dra. Rocío Chapela Mendoza (Tel. 54871700 ext. 5110) de 8:00 A.M. a 4:00 P.M., de lunes a viernes, o puedo escribir a: Comité de Ciencia y Bioética, Unidad de Investigación, INER, Calzada de Tlalpan 4502, Tlalpan 14080, México D.F.

APÉNDICE 10

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE LA REVELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EL USO DE CONDÓN EN PVVIH

Objetivo general. Los participantes adquirirán estrategias que les faciliten establecer reglas de revelación de su condición de seropositividad al VIH a sus parejas sexuales (regulares u ocasionales); así como estrategias que les permitan realizar y mantener conductas sexuales protegidas (uso correcto y consistente del condón).

Sesiones: individuales, semanales, con duración aproximada de 60 minutos.

Plan general de la intervención				
Módulo	Sesiones	Objetivo	Técnicas que se utilizaron	Evaluación
Regulación emocional.	4	Al final de este módulo el participante tendrá la habilidad para regular sus emociones lo que se reflejará en la disminución de frecuencia e intensidad de sus emociones negativas (ansiedad y tristeza).	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en relajación.	Disminución en puntajes de Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, a un nivel que indiquen síntomas mínimos o leves. Disminución de frecuencia e intensidad de ansiedad y tristeza (auto-registro). Disminución en variables fisiológicas: frecuencia cardíaca, presión arterial.
Revelación de estado serológico.	2	Al finalizar el módulo el participante decidirá a qué personas revelará su estado serológico y se percibirá capaz de llevarlo a cabo.	Reestructuración cognitiva, balance decisional, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, visualización guiada.	Establecer reglas de revelación del diagnóstico (a qué personas, en qué momento, en qué situaciones). Si el participante decide revelar, el auto-reporte de haber revelado a su pareja su estado serológico.
Calidad de vida en el área sexual y en la relación pareja.	1	Al finalizar el módulo el participante incrementará su funcionalidad e interés en el área sexual, para lo cual establecerá metas para mantenerse sexualmente sano y feliz.	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, balance decisional.	Disminución en el puntaje obtenido en la escala de área sexual y de relación de pareja de la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos.
Detonantes de conductas sexuales de riesgo.	1	Al final del módulo el participante aprenderá estrategias para manejar los detonantes relacionados con los riesgos sexuales que toma.	Psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas, control de estímulos, manejo de contingencias.	El auto-reporte del participante del manejo de detonantes de conductas sexuales riesgosas.
Habilidades para el uso correcto y consistente del condón.	1	Al final del módulo el participante podrá identificar las características de la correcta colocación y retirada de un condón.	Exposición de información, modelado, manejo de contingencias.	El participante colocará y retirará correctamente un condón usando un modelo de pene.
Comunicación y negociación de uso de condón.	1	Al final del módulo el participante podrá negociar sexo con su pareja (principalmente el uso del condón), independientemente del tipo de pareja, de contacto y la situación en la que se encuentre.	Reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad.	El participante reportará semanalmente (en el registro conductual) el uso correcto del condón en el 100% de sus relaciones sexuales.

RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
	Invitar a participar a cada participante que acuda a la consulta externa del CIENI y que cumpla con los criterios de inclusión establecidos.	Escuchar, exponer dudas.	Expositiva.		
	Explicar a cada participante los beneficios que pueden obtener en salud y bienestar, así como las actividades que se comprometen a realizar si aceptan recibir la intervención.	Escuchar, exponer dudas.	Expositiva.		
	Entregar a cada participante el Consentimiento Informado para leerlo junto con él; resolver cualquier duda. Buscar la firma de dos testigos y entregar una copia del Consentimiento Informado al participante.	Si está de acuerdo en participar, firmar la carta.	Expositiva.	Consentimiento informado.	
	Explicar el llenado del registro conductual y su importancia. Llenar uno de forma retrospectiva.	Escuchar, expresar dudas. Poner ejemplos.	Expositiva.	Registro conductual.	
	Realizar la aplicación de los instrumentos psicométricos.	Escuchar, expresar dudas. Poner ejemplos.		Instrumentos psicométricos.	
	Dar cita para la evaluación inicial especificando hora, fecha y lugar.	Escuchar, expresar dudas.		Carnet de citas.	

PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL

Objetivo. El participante conocerá el objetivo general de la intervención y la dinámica a seguir en cada una de las sesiones.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
10 min.	Presentación del terapeuta.	Presentación del participante.	Establecimiento de componentes de relación.		
10 min.	Explicar el objetivo general de la intervención y la dinámica de las sesiones. Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar, exponer dudas.	Expositiva.		
5 min.	Establecer las reglas: Asistencia. Puntualidad. Participación.	Escuchar, expresar opiniones, dudas, generar más reglas.	Expositiva, lluvia de ideas.	Pizarrón, plumones.	
5 min.	Señalar la importancia de la evaluación antes, durante y después del taller. Llenado de registros conductuales e instrumentos psicométricos.	Escuchar dudas, expresar dudas.	Expositiva.		
12 min.	Dar retroalimentación del registro conductual que ya realizó.	Escuchar, expresar dudas. Poner ejemplos.	Expositiva, Retroalimentación, Registro conductual.	Registro conductual.	Que el participante entregue su registro de la semana anterior llenado adecuadamente.
15 min.	Aplicar los instrumentos psicométricos: BDI, BAI, EsCaViPS, Cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales, CEAT-VIH.	Contestar los instrumentos.		Instrumentos psicométricos.	
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios y realizar la despedida. Entregar el registro conductual para la siguiente semana.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.		

Sesión 1. Regulación emocional.

Objetivo. El participante aprenderá a identificar sus emociones negativas (ansiedad y tristeza), sus funciones y cuándo resultan disfuncionales. Identificará la relación entre emociones, pensamientos y conductas.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación.	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
10 min.	Explicar cómo las emociones, los pensamientos y las conductas pueden favorecer/obstaculizar un tratamiento adecuado para el VIH/SIDA.	Escuchar, formular preguntas, dudas, aclaraciones. Identificar la relación entre su enfermedad y su comportamiento (conductas, pensamientos y emociones).	Psicoeducación: expositiva, interrogativa.		Dar ejemplo de cómo sus conductas, pensamientos y emociones han afectado su salud física.
10 min.	Explicar las características de la tristeza y sus funciones. Aclarar cuándo se vuelve disfuncional.	Escuchar, expresar opiniones, dudas. Compartir ejemplos.	Psicoeducación: expositiva.		Que el participante identifique eventos dónde haya sentido tristeza, funcional y disfuncional.
10 min.	Explicar las características de la ansiedad y sus funciones. Aclarar cuándo se vuelve disfuncional.	Escuchar, expresar opiniones, dudas. Compartir ejemplos.	Psicoeducación: expositiva.		Que el participante identifique eventos dónde haya sentido ansiedad, funcional y disfuncional.
10 min.	Resaltar la importancia de aprender a regular las emociones negativas disfuncionales.	Identificar qué estrategias han utilizado para regular sus emociones.	Expositiva, lluvia de ideas.		Que el participante identifique qué tan efectivas han sido sus estrategias para regular sus emociones.
10 min.	Explicar la relación entre pensamientos-emociones-conductas-síntomas físicos a través del registro de cadena cognitivo-conductual.	Identificar a través de ejemplos la relación entre pensamientos-emociones-conductas-síntomas físicos.	Psicoeducación: expositiva. Entrenamiento en el llenado del Registro de "cadena cognitivo-conductual".	Registro de "cadena cognitivo-conductual" (ver al final de este apéndice).	Que el participante realice correctamente el registro, identificando con sus propias experiencias la relación entre pensamientos-emociones-conductas-síntomas físicos.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (realizar registro de "cadena cognitivo-conductual"). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro de "cadena cognitivo-conductual". Registro conductual.	

Sesión 2. Regulación emocional: modificación de pensamientos.

Objetivo. El participante aprenderá a evaluar sus pensamientos distorsionados y sustituirlos por pensamiento objetivos como estrategia de regulación emocional.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
15 min.	Describir las principales distorsiones de pensamientos.	Identificar cuáles se relacionan con ansiedad y cuáles con tristeza.	Expositiva. Reestructuración cognitiva: conocer distorsiones del pensamiento.		Que el participante identifique sus principales distorsiones cognitivas.
10 min.	A través del registro de cadena cognitivo conductual que el participante realizó en casa (tarea), identificar pensamientos distorsionados y cómo estos generan o incrementan sus emociones negativas.	Compartir experiencias.	Reestructuración cognitiva: identificar distorsiones del pensamiento y su relación con emociones y conductas.	Registro de “cadena cognitivo conductual”.	
20 min.	Evaluar pensamientos distorsionados y generar pensamientos alternativos como una estrategia para disminuir la intensidad de las emociones negativas.	Compartir experiencias. Identificar y evaluar sus pensamientos distorsionados y generar pensamientos alternativos.	Reestructuración cognitiva: generar un pensamiento alternativo al distorsionado, a través de la búsqueda de evidencia a favor y en contra del pensamiento distorsionado.	Registro “dónde está la evidencia” (ver al final de este apéndice).	Que el participante genere pensamientos alternativos más objetivos y funcionales que le ayuden a regular su emoción.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (realizar registro “dónde está la evidencia”). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro “dónde está la evidencia”. Registro conductual.	

Sesión 3. Regulación emocional: relajación.

Objetivo. El participante reforzará la técnica de reestructuración cognitiva como estrategia de regulación emocional.

El participante aprenderá la técnica de relajación por respiración diafragmática como estrategia de regulación emocional.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
20 min.	Revisar el registro “dónde está la evidencia” junto con el participante, identificar los problemas que presentó para realizar el ejercicio. Reforzar que lo hayan realizado.	Compartir experiencias.	Reestructuración cognitiva: verificar la generación de pensamientos alternativos a partir de la evaluación de la evidencia a favor y en contra del pensamiento disfuncional.	Registro “dónde está la evidencia”	
20 min.	Proporcionar información sobre respiración diafragmática. Entrenamiento en relajación.	Seguir instrucciones.	Expositiva. Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática.		Que el participante realice correctamente las respiraciones profundas.
10 min.	Recomendar la realización de actividades placenteras.	Identificar que actividades placenteras han dejado de hacer y cuáles podrían retomar.	Activación conductual y mejorar la tasa de refuerzo positivo.	Horario de actividades diarias.	Que el participante planee realizar al menos una actividad placentera.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (práctica de la relajación y poner en práctica las actividades planeadas). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro “dónde está la evidencia”, registro conductual.	

Sesión 4. Regulación emocional: entrenamiento en solución de problemas.

Objetivo. El participante practicará la técnica de respiración diafragmática como estrategia de regulación emocional.

El participante aprenderá la técnica de entrenamiento en solución de problemas como estrategias de regulación emocional.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
10 min.	Preguntar a los participantes cómo resuelven generalmente las personas sus problemas. Anotar las ideas y concluir explicando porque es importante seguir una estrategia de solución de problemas y toma de decisiones y cómo esto ayudará a disminuir emociones negativas.	Responder, expresar sus ideas y opiniones.	Interrogativa.		
20 min.	Brindar información a los participantes sobre: problemas, soluciones, soluciones eficaces, posteriormente explicar cada uno de los pasos a seguir para el entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones. Pedir ejemplos.	Identificar un problema, realizar cada uno de los pasos de la técnica de entrenamiento en solución de problemas.	Expositiva. Entrenamiento en solución de problemas: orientación al problema, definición del problema, generación de opciones de solución, evaluación de las opciones, toma de decisión, puesta en práctica y verificación.	Laptop, proyector.	Que el participante realice cada uno de los pasos de la técnica de entrenamiento en solución de problemas.
20 min.	Ejercicio de respiración diafragmática. Medición antes y después del ejercicio los indicadores fisiológicos: frecuencia cardiaca y presión arterial.	Seguir instrucciones.	Entrenamiento en relajación: ejercicio de respiración diafragmática.	Esfigmomanómetro digital.	Que el participante realice correctamente las respiraciones profundas.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (práctica de la relajación, y poner en práctica la técnica de entrenamiento en solución de problemas). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Laptop, proyector. Registro conductual.	

Sesión 5. Revelación del diagnóstico.

Objetivo. El participante identificará sus pensamientos y emociones asociados a la revelación de su estado serológico. Identificará ventajas y desventajas de revelar su diagnóstico a su(s) pareja(s) sexuales, y tomará la decisión de revelar o no.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.			
10 min.	Revisar la definición de revelación e identificar reglas personales del participante en relación a su conducta de revelar su condición de VIH.	Escuchar. Responder, expresar sus ideas y opiniones. Compartir experiencias.	Expositiva. Interrogativa.	Ejercicio de preguntas sobre la revelación de algo importante.	Lista de reglas personales para revelar y no revelar.
10 min.	Conocer experiencias pasadas y recientes sobre la revelación del participante. Revisar los resultados que ha tenido el participante en esas experiencias.	Responder, expresar sus ideas y opiniones. Compartir experiencias.	Interrogativa.		
10 min.	Identificar las razones o barreras por las que el participante no revela su estado serológico.	Responder, expresar sus ideas y opiniones. Compartir experiencias.	Interrogativa		Lista de razones para no revelar.
10 min.	Identificar los pensamientos y emociones del participante asociados a la revelación del estado serológico.	Responder, expresar sus ideas y opiniones. Compartir experiencias. Identificar si sus pensamientos son distorsionados y eso incrementa sus emociones negativas, sustituirlos por pensamientos objetivos.	Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos y distorsionados y generación de pensamientos alternativos.	Pizarrón, plumones	Generar pensamientos objetivos relacionados con la revelación, reporte del participante de cómo esos nuevos pensamientos modifican su emoción.
10 min.	Evaluar ventajas y desventajas de revelar el estado serológico a la(s) pareja(s) sexuales.	Responder, expresar sus ideas y opiniones.	Balance decisonal: lista de ventajas y desventajas de revelar.	Pizarrón, plumones	Lista de ventajas y desventajas.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro conductual.	

Sesión 6. Revelación del diagnóstico, plan de acción.

Objetivo. El participante generará un plan de acción para revelar su diagnóstico a la(s) pareja(s).

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
10 min.	Guiar al participante para que genere un plan de acción para revelar su diagnóstico.	Generar un plan de acción para revelar el estado serológico. Establecer, lugar, momento adecuado, forma de comunicarlo.	Entrenamiento en solución de problemas: evaluar opciones de solución. Entrenamiento en habilidades sociales: 1) no verbales: mirada, tono de voz, postura, 2) verbales: iniciar y terminar una conversación, expresar emociones.		Plan de acción: lugar, momento y forma de comunicar el estado serológico, discurso (guion).
15 min.	Ayudar al participante a practicar el plan de acción para la revelación	Practicar el plan de acción para la revelación	Juego de roles.		Tomar el papel de la persona que escuchará la revelación y del que revelará, siguiendo el discurso realizado antes.
10 min.	Ayudar al participante a anticipar posibles reacciones de las personas a las que se va a revelar y formas de afrontarlas.	Anticipar posibles reacciones de las personas a las que se va a revelar y formas de afrontarlas.	Entrenamiento en solución de problemas: generación de alternativas; entrenamiento en habilidades sociales de comunicación.		Lista de reacciones y forma de afrontarlas.
15 min.	Exposición a la situación de revelar el estado serológico a través de la imaginación.	Desarrollar un guion, con elementos que permitan al participante imaginar el momento en que revelará su estado serológico. Seguir instrucciones.	Exposición a través de la imaginación: visualización guiada.		
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (llevar a cabo el plan de acción con la persona a quien se revelará el estado serológico). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro conductual.	

Sesión 7. Calidad de vida en el área sexual y en la relación pareja.

Objetivo. El participante establecerá estrategias que le permitirán tener una vida sexual sana y satisfactoria.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
10 min.	Identificar los conocimientos del participante sobre la transmisión por vía sexual del VIH. Brindar información sobre la transmisión por vía sexual del VIH, si es necesario, corregir la información equivocada que posee el participante.	Escuchar. Expresar ideas y opiniones.	Lluvia de ideas. Psicoeducación. Reestructuración cognitiva de creencias equivocadas en relación a su salud.	Pizarrón, plumones	Que el participante identifique falta de información y/o información equivocada y la corrija.
10 min.	Identificar junto con el participante qué hace sexualmente y en su relación de pareja, diferenciando que le gusta, que no le gusta y qué le gustaría hacer.	Realizar el ejercicio de “zona de comodidad sexual” para identificar que le gusta en el área sexual. Realizar el ejercicio de “zona de comodidad en mi relación” para identificar que le gusta en el área sexual. Comparar lo que hace con lo que le gustaría hacer.	Interrogativa.	Ejercicio zona de comodidad sexual (ver al final de este apéndice). Ejercicio de zona de comodidad en mi relación (ver al final de este apéndice).	Completar el ejercicio de zona de comodidad sexual y zona de comodidad en mi relación.
10 min.	Identificar cómo el participante toma decisiones en sus conductas sexuales que lo acercan o alejan de su zona de comodidad sexual. Identificar cómo el participante toma decisiones en sus conductas en su relación de pareja que lo acercan o alejan de su zona de comodidad.	Compartir experiencias. Responder, expresar sus ideas y opiniones.	Interrogativa. Toma de decisiones.		Análisis de una o dos experiencias sexuales.
10 min.	Analizar pros y contras de continuar con la conducta sexual actual. Analizar pros y contras de continuar con las mismas conductas en su relación de pareja.	Compartir experiencias. Responder, expresar sus ideas y opiniones	Balance decisional.	Pizarrón, plumones	Lista de conductas sexuales deseables y saludables. Lista de conductas a realizar en su relación de pareja.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
10 min.	Ayudar al participante a generar planes de acción para llevar a cabo conductas en su relación de pareja y conductas sexuales saludables y deseables para él.	Generar opciones y planes de acción para alcanzar las conductas sexuales deseadas, considerando que sean saludables.	Entrenamiento en solución de problemas.		Plan de acción para realizar conductas sexuales saludables y deseables.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (llevar a cabo el plan de acción establecido en la sesión). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro conductual.	

Sesión 8. Detonantes de conductas sexuales de riesgo.

Objetivo. El participante identificará los detonantes de sus conductas sexuales riesgosas y generará estrategias para manejar dichos detonantes.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
10 min.	Reforzar la información brindada sobre transmisión sexual del VIH, complementar con definición de conducta sexual de riesgo y detonantes.	Hacer un resumen. Escuchar, expresar ideas, dudas.	Psicoeducación. Interrogativa, expositiva.	Pizarrón, plumones	
10 min.	Revisar ejemplos de conductas sexuales riesgosas.	Dar ejemplos compartir experiencias.	Lluvia de idea. Interrogativa.	Pizarrón, plumones	Lista de conductas sexuales de riesgo, marcando cuáles realiza el participante.
15 min.	Identificar cómo los detonantes se relacionan con la realización de conductas sexuales riesgosas.	Compartir experiencias, identificar detonantes a partir del análisis de eventos.	Análisis funcional de la conducta.	Pizarrón, plumones	Establecer la cadena de eventos desde el detonante hasta la conducta riesgosa. Lista de detonantes del participante.
15 min.	Ayudar al participante a desarrollar formas de reducir o manejar sus detonantes y los riesgos sexuales que toma.	Generar opciones y planes de acción para el manejo de detonantes.	Entrenamiento en solución de problemas. Control de estímulos. Manejo de contingencias.		Plan de acción para el manejo de detonantes.
3 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (llevar a cabo el plan de acción establecido en la sesión). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro conductual.	

Sesión 9. Habilidades para el uso correcto y consistente del condón.

Objetivo. El participante aprenderá a colocar y retirar correctamente un condón.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
1 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
10 min.	Identificar los conocimientos y las creencias del participante acerca del uso de condón.	Expresar sus conocimientos, ideas y creencias sobre el uso del condón.	Interrogativa, lluvia de ideas.	Pizarrón, plumones.	Lista con los conocimientos y creencias de los participantes.
15 min.	Brindar información acerca de uso correcto y consistente del condón. Consecuencias para las personas con VIH/SIDA de no usar condón: reinfección. Relación entre uso inconsistente y adherencia TARV.	Compartir sus conocimientos y creencias con la información brindada, corregir la información errónea que tenía.	Psicoeducación.		Verificar que el participante haya comprendido la información haciéndole preguntas o pidiendo que resuma la información que se le brindó.
10 min.	Evaluar la forma de en qué el participante coloca y retira un condón.	Colocar y retirar un condón del modelo.		Modelo de pene, condones. Lista de verificación con los pasos para colocar y retirar un condón.	Cumplir con los pasos (establecidos en lista de verificación) para colocar y retirar un condón.
20 min.	Dar retroalimentación, modelar la forma adecuada de colocar y retirar un condón.	Colocar y retirar un condón del modelo.	Modelado, refuerzo positivo.	Modelo de pene, condones.	Cumplir con todos los pasos (establecidos en lista de verificación) para colocar y retirar un condón.
4 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (práctica del uso correcto y consistente del condón). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro conductual.	

Sesión 10. Comunicación y negociación de uso de condón.

Objetivo. El participante aprenderá estrategias de comunicación asertivas para negociar sexo y establecer relaciones satisfactorias.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
1 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
5 min.	Evaluar la forma de en qué el participante coloca y retira un condón.	Colocar y retirar un condón del modelo.		Modelo de pene, condones. Lista de verificación con los pasos para colocar y retirar un condón.	Cumplir con los todos pasos (establecidos en lista de verificación) para colocar y retirar un condón.
10 min.	Evaluar la forma en que los participantes negocian sexo con su pareja.	Mostrar al terapeuta como negocia sexo con la pareja.	Interrogativa.		
10 min.	Identificar razones por las que al participante se les dificulta negociar sexo con su pareja.	Expresar creencias, emociones relacionadas con negociar el uso del condón.	Interrogativa. Reestructuración cognitiva.	Pizarrón, plumones.	
15 min.	Dar retroalimentación acerca de la forma en que el participante negocia sexo con su pareja.	Escuchar, expresar dudas, comentarios, dar ejemplos, seguir instrucciones. Practicar las técnicas de habilidades sociales revisadas.	Modelado. Entrenamiento en habilidades sociales: hacer una petición, negociar, asertividad.		
15 min.	Ayudar al participante a practicar la forma de negociar sexo con su pareja, en diferentes situaciones, parejas, y tipo de contacto sexual.	Practicar la forma en de negociar el uso del condón con la pareja.	Juego de roles.		
4 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Asignar tarea (práctica la negociación con la pareja del uso del condón). Entregar nuevo registro conductual y realizar la despedida.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Expositiva.	Registro conductual.	

CIERRE

Objetivo. El participante identificará los beneficios obtenidos al participar en la intervención y evaluará los objetivos alcanzados.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Recoger registro conductual y reforzar al participante por haberlo realizado, dar retroalimentación	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
1 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Expositiva.		
14 min.	Reafirmar conocimientos y habilidades adquiridas.	Compartir experiencias y escuchar las de los demás. Responder preguntas, realizar resúmenes, sacar conclusiones.	Interrogativa.	Pizarrón, plumones.	
15 min.	Identificar los beneficios obtenidos con lo aprendido en el taller.	Cada participante expresará sus comentarios y opiniones acerca de los beneficios obtenidos del taller.		Pizarrón, plumones.	
20 min.	Realizar la evaluación final del participante. Aplicación de los instrumentos psicométricos (evaluación final).	Contestar los cuestionarios.		Instrumentos psicométricos.	
5 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Entregar registros conductuales para seguimiento y realizar la despedida. Dar cita para entregar registros de seguimiento.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Exposición.	Registro conductual.	

SEGUIMIENTO

El seguimiento se realizará al mes y a los tres meses de haber concluido el tratamiento.

Objetivo. El participante identificará que tanto se han mantenido los cambios/beneficios obtenidos con la intervención.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
3 min.	Dar la bienvenida al participante y reforzar su asistencia.	Escuchar.	Reforzamiento positivo.		
10 min.	Recoger registro del periodo de seguimiento y reforzar al participante por haberlos realizado, dar retroalimentación.	Escuchar, entregar los registros, expresar dudas o comentarios.	Expositiva, reforzamiento positivo.		
2 min.	Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Exposición		
20 min.	Interrogar acerca de si se han mantenido los cambios/beneficios obtenidos con lo aprendido en el taller.	Cada participante expresará sus comentarios y opiniones acerca de los beneficios obtenidos del taller.	Interrogativa.	Pizarrón, plumones.	
20 min.	Realizar la evaluación de seguimiento al participante. Aplicación de instrumentos psicométricos (seguimiento).	Contestar los cuestionarios.		Instrumentos psicométricos.	
5 min.	Cierre de la sesión, preguntar si hay dudas o comentarios. Despedida, programar cita para segundo seguimiento.	Escuchar, expresar dudas. Despedirse.	Exposición.	Registro conductual.	

REGISTRO: CADENA COGNITIVO CONDUCTUAL

Nombre: _____ Inicio: _____ Terminó: _____

Fecha/Hora	Situación ¿Qué paso?	Emoción ¿Qué siento?	Pensamiento ¿Qué pienso?	Conducta ¿Qué hice?	Síntomas físicos
	¿Qué sucedió? ¿Con quién estabas? ¿Qué estabas haciendo? ¿Cuándo fue? ¿Dónde estabas?	Describe cada emoción con una palabra (por ejemplo: enojo, tristeza, frustración, culpa, decepción, nerviosismo, miedo, depresión, etc.). Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%	Contesta todas o algunas preguntas: ¿Qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si eso fuera verdad? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mí mismo respecto a esa situación? Califica de 0 a 100% el grado en que crees que es verdad cada pensamiento.	Describe que fue lo que hiciste al presentarse la situación: gritar, llorar, salir corriendo, irte, ver televisión, hablar con alguien, etc.	Describe lo que sentiste en tu cuerpo cuando sucedió la situación o inmediatamente después: taquicardia, sudoración en las manos, dolor de cabeza, dolor de estómago, etc.

REGISTRO: ¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?

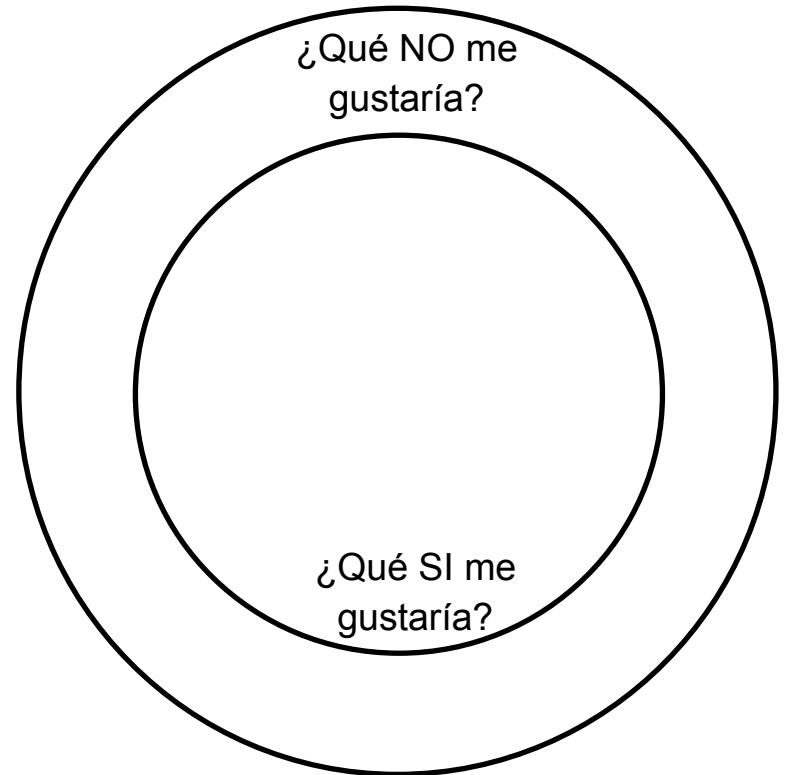
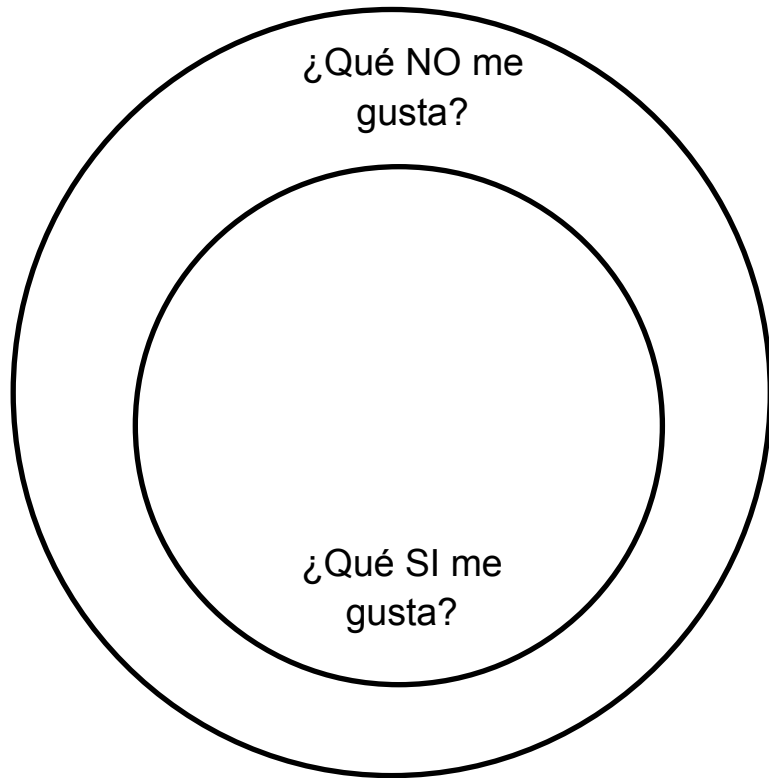
Nombre: _____

Inicio: _____

Termino: _____

Situación	Emoción	Pensamiento	Evidencia a favor	Evidencia en contra	Pensamiento alternativo	Emoción
<p>¿Qué sucedió? ¿Con quién estabas? ¿Qué estabas haciendo? ¿Cuándo fue? ¿Dónde estabas?</p>	<p>Describe cada emoción con una palabra (por ejemplo: enojo, tristeza, frustración, culpa, decepción, nerviosismo, miedo, depresión, etc.). Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%</p>	<p>Contesta todas o algunas preguntas: ¿Qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si eso fuera verdad? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mí mismo respecto a esa situación? Califica de 0 a 100% el grado en que crees que es verdad cada pensamiento.</p>	<p>Elige de la columna anterior el pensamiento o imagen que más malestar emocional te genera (enciérralo en un círculo). Escribe evidencias basadas en los hechos que apoyen tus conclusiones (evita la interpretación de los hechos)</p>	<p>Contesta todas o algunas preguntas: ¿Qué experiencias he tenido que muestren que este pensamiento no siempre es cierto? Si mi mejor amigo o alguien que yo quisiese mucho tuviera ese pensamiento ¿qué le diría? Si mi mejor amigo supiera lo que yo estaba pensando ¿qué me diría? ¿qué evidencia me subrayaría para sugerir que mis pensamientos son no son 100% verdad? ¿Estoy llegando a algunas conclusiones en las columnas 3 y 4 que no están apoyadas por la evidencia? ¿Estoy culpándome a mi mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?</p>	<p>Considerando la evidencia en contra, ¿qué nuevos pensamiento o imágenes sugieres? ¿Qué pensamiento más realista podría sustituir al que elegiste en la tercera columna? ¿Con qué frase puedes resumir todas las evidencias en contra? Si un amigo estuviera en esta situación, tuviese estos pensamientos y tuviese estas evidencias a favor y en contra ¿qué opinión le darías? ¿qué le sugerirías para entender la situación? Resume todas las evidencias a favor en una frase y todas las evidencias en contra en otra frase. Únelas con la palabra “y” ¿Has creado un pensamiento alternativo que tenga en cuenta toda la información recabada?</p>	<p>Vuelve a escribir las emociones de la segunda columna. Escribe cualquier otra emoción que surja al observar tus pensamientos alternos. Califica la intensidad de estas emociones de 0 a 100%</p>

EJERCICIO: ZONA DE COMODIDAD SEXUAL



¿Qué influye en mis decisiones?

¿Qué influye para que lo logre?

EJERCICIO: ZONA DE COMIDAD EN MI RELACIÓN DE PAREJA

¿Qué NO me gusta?

¿Qué SI me gusta?

¿Qué NO me gustaría?

¿Qué SI me gustaría?

¿Qué influye en mis decisiones?

¿Qué influye para que lo logre?

APÉNDICE 11

NOTAS



CIE NI
Centro de Investigación en
Enfermedades Infecciosas

Registro Conductual

Nombre: _____


No. Expediente: _____


Folio Psicológico: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de termino: _____
(dd/mm/aa)

A continuación marque con una ✓ si realizó las siguientes actividades o conductas cada día de la semana.

		L		M		M		J		V		S		D		
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Actividad sexual 	Vaginal	Estable														
		Ocasional														
	Oral	Estable														
		Ocasional														
	Anal	Estable														
		Ocasional														
	Masturbación	Estable														
		Ocasional														
Total de parejas																

Conducta		L	M	M	J	V	S	D
Comunicación con la pareja								
Pelea con la pareja								
Expresión afectiva								
Disfunciones sexuales								
Tomar medicamento 	Mañana							
	Tarde							
	Noche							
Ansiedad 	Poca							
	Regular							
	Mucha							
Tristeza 	Poca							
	Regular							
	Mucha							

Algunos consejos que te pueden ayudar a llenar tu registro son las siguientes definiciones:

- Comunicación con la pareja: platicar con la pareja.
- Pelea con la pareja: gritar, enojarse, agredir verbal o físicamente a la pareja, ignorarse.
- Expresión afectiva: tocar, besar, abrazar o expresar palabras con cariño a la pareja.
- Disfunciones sexuales: impotencia, desinterés sexual, eyaculación precoz, dolor genital.
- Ansiedad: estado emocional de preocupación, inquietud, malestar, intranquilidad, a veces es difícil asociarlo a una situación u objeto concretos. Puede provocar: latidos acelerados del corazón, respiración agitada, sudoración en las manos, manos y pies fríos, tensión muscular.
- Tristeza: respuesta ante un dolor emocional relacionado con la percepción de la pérdida de algo valioso: una persona, un objeto, una situación, o bien por el fracaso de no alcanzar una meta. Puede provocar, ganas de llorar, desinterés, cambios en el ciclo del sueño, cambios en los hábitos alimentarios, sensación de mucho cansancio, irritabilidad, pocas ganas de cuidar nuestro aspecto o de asearnos.

APÉNDICE 12

Pasos del uso correcto del condón masculino

Nombre del participante: _____

Nombre de observador: _____

Instrucciones: Marcar con una \checkmark en el cuadro frente a cada paso del uso condón si se observa que el participante realiza correctamente ese paso al colocar y retirar un condón en un modelo de pene de enseñanza. Dejar el cuadro en blanco cuando no realice el paso correctamente.

		Antes entrenamiento	Después de entrenamiento	Evaluación final	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Pasos /Fecha		dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
1	Revisar burbuja de aire en el condón					
2	Revisar fecha de caducidad					
3	Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete					
4	Bajar el condón antes de abrir el paquete					
5	Abrir el paquete sin usar uñas o dientes					
6	Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo					
7	Ver hacia qué lado se desenrolla					
8	Apretar el receptáculo de depósito del semen					
9	Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas					
10	Colocar en el glande el condón					
11	Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene					
12	Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo					
13	Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas					
14	Retirar el condón					
15	Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura					

APÉNDICE 13



Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención. Fase 2.

Patrocinador: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Sitio de Investigación: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI).

Investigadores:

Dr. Gustavo Reyes Terán (Responsable ante el INER)

Dra. Evelyn Rodríguez Estrada (CIENI, INER)

Mtra. Nancy Patricia Caballero Suárez (CIENI, INER)

Dirección:

Calzada de Tlalpan #4502, Col. Sección XVI

CP 14080, México DF.

Tel: 5171-4697 ó 5171-4718

Correo electrónico: reyesteran@cieni.org.mx; evelyn.rodriguez@cieni.org.mx; nancy.pcs@hotmail.com.

Estimado(a):

Ésta es una invitación para participar en una investigación que estudiará a un grupo de personas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es el virus que causa el SIDA. Su participación es completamente voluntaria. Este estudio se realizará con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), instituciones de renombrado prestigio científico en nuestro país.

Resumen del estudio: Objetivos e importancia.

El presente estudio, tiene como objetivos: Evaluar los efectos de una intervención psicológica sobre la revelación y las conductas sexuales con la finalidad de mejorar su calidad de vida si usted tiene VIH. El estudio consta de tres fases: 1) Evaluación inicial a través de cuestionarios e instrumentos psicológicos. 2) Sesiones individuales de tratamiento psicológico, programadas semanalmente, con una duración de 60 minutos cada una, en las cuales se le proporcionará información y habilidades para el cuidado de su salud. 3) Evaluación final a través de cuestionarios e instrumentos psicológicos.

Procedimientos, riesgos y molestias.

Los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en la aplicación de técnicas psicológicas, lo que no implica ningún riesgo ni molestia para usted. En caso de aceptar participar en el estudio es necesario que usted se comprometa a asistir a sus sesiones puntualmente y realice las actividades que se le asignen a lo largo del tratamiento en beneficio del mismo. Es importante mencionarle que todos los datos que proporcione serán manejados de forma confidencial.

Costos.

Todos los gastos que se requieran para la realización de esta investigación serán cubiertos por la UNAM y el INER. La intervención psicológica que usted recibirá será totalmente gratuita.

Beneficios.

Usted no obtendrá beneficio económico alguno al participar en el presente estudio; sin embargo puede beneficiarse del tratamiento psicológico ya que se pretende que complete su tratamiento médico, y así logre una mejor calidad de vida.

Optatividad y Libertad de Retirarse.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, esto implica que usted puede decidir no participar. Si usted decide no participar en el estudio, su decisión será absolutamente respetada, si decide participar puede retirarse de este estudio (interrumpir su participación) en cualquier momento. Ninguna de las dos razones previas afectará la calidad de la atención médica que recibe en esta institución.

Confidencialidad.

La información de este estudio será confidencial y su nombre no aparecerá en dicha investigación, respetando su privacidad y su identidad. Para salvaguardar su anonimato, a sus datos se les asignará un código numérico común, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Los archivos del estudio que lo identifican se conservarán de manera confidencial como lo requiere la ley. Las Regulaciones Federales de Privacidad proporcionan protección en cuanto a privacidad, seguridad y acceso autorizado. Excepto cuando lo requiera la ley, usted no será identificado/a por nombre, domicilio, número de teléfono, o cualquier otro identificador personal directo en registros del estudio, se le asignara un número de clave para proteger la confidencialidad de los participantes del estudio.

La Información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a su familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin su autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue. Si usted cambia de domicilio o teléfono, por favor avise a los investigadores a los teléfonos de contacto proporcionados. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.

Dudas y Comentarios.

Si en cualquier momento usted tiene dudas o comentarios sobre su participación o sobre el estudio mismo; así como sobre sus derechos puede consultar en todo momento a los responsables de este proyecto: Dr. Gustavo Reyes Terán, jefe del CIENI, a la Dra. Evelyn Rodríguez Estrada (psiquiatra del CIENI), a la Mtra. Nancy Patricia Caballero Suárez (psicóloga del CIENI) en la dirección y teléfono indicados en la primera pagina de este documento. Del mismo modo usted puede ponerse en contacto con la Dra. Rocío Chapela Mendoza, presidenta del Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del INER al 5487-1700.

Consentimiento.

Me han proporcionado la hoja de consentimiento informado. Me han explicado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con _____, quién ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio, además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.



Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH/SIDA: evaluación e intervención



Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico dentro de esta Institución. Soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin que se vea afectada la atención médica que recibo en esta institución. He comprendido que no seré identificado en el caso de que los resultados que se obtengan con los cuestionarios que responderé se publiquen en reuniones científicas nacionales o internacionales.

Basado sobre esta información, **acepto voluntariamente participar en este estudio.**

Me he quedado con una copia de este documento y de la Declaración de los Derechos de las Personas en Experimentación.

Nombre Completo (persona que participa en el estudio):

Dirección y teléfono de contacto:

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo 1 (Nombre Completo):

Dirección y teléfono de contacto:

Fecha: _____ Firma: _____

Testigo 2 (Nombre completo):

Dirección y teléfono de contacto:

Fecha: _____ Firma: _____

Médico/Investigador que realizó la discusión de este documento:

Fecha: _____ Firma: _____

DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EXPERIMENTACIÓN

Los derechos que enseguida se describen son los que todas las personas a quienes se les solicitan participar en un estudio de investigación. Por tanto, como un individuo en experimentación, yo tengo los siguientes derechos:

1. Que me expliquen de qué se trata el estudio y qué están tratando de encontrar. Es decir, debo saber con todos los detalles los objetivos de investigación.
2. Que me digan exactamente qué me sucederá si participo en un estudio de investigación.
3. Que me expliquen si alguno de los procedimientos, medicamentos o dispositivos que se emplearán en la investigación son diferentes de los que se usan en la práctica médica rutinaria. Si son diferentes, debo saber con exactitud en qué consisten las diferencias.
4. Que me describan con precisión, y de manera que yo lo entienda bien, la frecuencia y la importancia de los riesgos a los que seré sometido y de los efectos adversos o molestias de las cosas que me ocurrirán por los propósitos de investigación.
5. Que me digan si yo puedo esperar algún beneficio de mi participación y, si así fuera, cuál sería el beneficio.
6. Que me expliquen otras opciones que yo tengo y cómo esas opciones pueden ser mejores, iguales o peores que las de este estudio.
7. Que me permitan hacer cualquier pregunta que se me ocurra respecto al estudio antes de dar mi consentimiento para participar y durante el curso del estudio (si decido participar).
8. Que me digan qué tipos de tratamientos están disponibles para mí, en el caso de presentarse alguna complicación.
9. Puedo negarme a participar en todo o, si decido participar, puedo cambiar mi decisión acerca de mi participación después de que haya comenzado el estudio. Esta decisión no afectará mis derechos para recibir la atención médica que yo recibiría si no estuviera en el estudio.
10. Debo recibir una copia del documento o de la forma escrita de mi consentimiento para participar en esta investigación.
11. Nadie puede ni debe presionarme cuando yo esté considerando tomar la decisión de participar o no en el estudio.

Si tengo otras dudas o preguntas, puedo solicitar al Dr. Gustavo Reyes Terán (Tel. 54871700 ext. 5283 ó 5272), investigador principal y Jefe del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) o a los co-investigadores del estudio, para que me las resuelvan. Además, puedo establecer comunicación con el Comité de Ciencia y Bioética del INER, que se preocupa por la protección de los voluntarios de los proyectos de investigación, con su presidente, la Dra. Rocío Chapela Mendoza (Tel. 54871700 ext. 5110) de 8:00 A.M. a 4:00 P.M., de lunes a viernes, o puedo escribir a: Comité de Ciencia y Bioética, Unidad de Investigación, INER, Calzada de Tlalpan 4502, Tlalpan 14080, México D.F.