



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
SEDE CIUDAD UNIVERSITARIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE POR VIH

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

ROBERTO NERIA MEJÍA

TUTOR PRINCIPAL

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
Facultad de Contaduría y Administración, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
Facultad de Psicología, UNAM.

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ PÉREZ
Programa de Salud Mental, Clínica Especializada Condesa

DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
Facultad de Psicología, UNAM.

México, D.F., Marzo de 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

A todas las personas que han muerto por infección de VIH en el mundo por falta de un diagnóstico e ingreso al Tratamiento Antirretroviral de forma oportuna, gratuita y libre de estigmatización.

A mi abuela, la que ya se murió, Viky,
a mis padres, Roberto y Rafaela,
a mis hermanas, Cristina y Ana,
a mis sobrinos, Brenda y Brandon (y sus parejas)
a mi sobrina nieta, Sara
a mis cuñados y cuñadas,
a ti Julio y tus sobrinos y tus padres,
en una palabra: a mi familia.

También gracias a ti, Ofelia.



AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas y todos ustedes, por ser valientes, por no vencerse, por cuidarse y tomar su medicamento antirretroviral todos los días, pues sin personas como ustedes ninguna investigación sobre VIH/sida tendría sentido.

A la Clínica Especializada Condesa.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa y la Dra. Angélica Riveros Rosas.

Índice

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1. Medicina Conductual	1
1.1 Orígenes de la Medicina Conductual	1
1.2 Desarrollo del concepto de Medicina Conductual	2
1.3 Medicina Conductual y Terapia Cognitivo Conductual.....	3
1.3.1 Terapia Cognitivo Conductual.....	3
1.3.1.1 Primera Generación: Terapia de Conducta	3
1.3.1.2 Segunda Generación: Terapia Cognitiva.....	4
1.3.1.3 Tercera Generación de Terapia Cognitivo Conductual.....	4
1.3.2 Medicina Conductual en la infección por VIH.....	5
1.4 Psicoeducación.....	6
1.4.1 Orígenes de la Psicoeducación	6
1.4.2 Concepto de Psicoeducación	7
1.4.3 Psicoeducación y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.	7
1.5 Teoría del Aprendizaje Verbal Significativo	7
1.5.1 Concepto de Aprendizaje Verbal Significativo	7
1.5.2 Condiciones para el aprendizaje significativo verbal	8
1.5.3 Principio de asimilación	8
1.6 Terapia de Aceptación y Compromiso.....	8

1.6.1	Teoría del Marco Relacional	9
1.6.2	Inflexibilidad y Psicológica	10
1.6.3	Flexibilidad Psicológica	11
1.6.4	Uso de Metáforas en la ACT.	12
Capítulo 2. Informe de Actividades en la Clínica Especializada Condesa.		13
2.1	Convenio entre la Clínica Especializada Condesa y el Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM.	13
2.2	La Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México	14
2.2.1	Misión.....	14
2.2.2	Visión	14
2.2.3	Valores.....	15
2.2.4	Objetivos.....	15
2.3	Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa	15
2.3.1	Misión.....	15
2.3.2	Visión	15
2.3.3	Objetivos.....	15
2.4	Funcionamiento del Programa de Salud Mental	16
2.5	Morbilidad Mental de Asistentes al PMS-2014.	17
2.6	Actividades realizadas el primer año de Residencia.	18
2.7	Actividades del segundo año de residencia.....	19
2.8	Aprendizaje y consideraciones.....	20

Capítulo 3. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	21
3.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	21
3.2 Epidemiología del VIH/SIDA.....	21
3.2.1 VIH y sida en el mundo.....	21
3.2.2 VIH y sida en México.....	22
3.3 El VIH.....	24
3.4 Ciclo biológico del VIH.....	24
3.4.1 Tipos de VIH	27
3.4.2 Historia Natural de la Infección por VIH.....	28
3.5 Transmisión.....	29
3.5.1 Signos y síntomas.....	29
3.6 Diagnóstico	29
3.6.1 Sistemas de Clasificación para la infección por VIH.....	30
3.6.1.1 Clasificación de la OMS	31
3.6.1.2 Clasificación del CDC.....	33
3.7 Tratamiento	36
Capítulo 4. Adherencia y Calidad de Vida en el Tratamiento Antirretroviral	38
4.1 Definición de adherencia.....	38
4.1.1 Medición de la adherencia.....	39
4.2 Adherencia al tratamiento antirretroviral.....	39
4.2.1 Factores predictivos de la adherencia.....	39

4.3	Importancia del Tratamiento Antirretroviral.....	39
4.4	Acceso al Tratamiento Antirretroviral	40
4.5	Impacto de los efectos secundarios del Tratamiento Antirretroviral en la Adherencia	40
4.6	Algunos Estudios sobre Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.....	41
4.7	Calidad de vida.....	42
4.7.1	Concepto de Calidad de Vida	42
4.7.2	Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	42
4.7.3	Algunos estudios sobre Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Calidad de Vida Relacionada con la Salud	43
	Capítulo 5. Planteamiento del problema	45
5.1	Justificación.....	45
5.2	Propósito de la investigación	47
5.2.1	Objetivo general de la investigación	47
5.3	Preguntas de investigación.....	47
	Capítulo 6. Estudio 1: Validez de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.....	49
6.1	Propósito del estudio	49
6.1.1	Objetivo general	49
6.1.2	Objetivos específicos.....	49
6.2	Método	49
6.2.1	Participantes	49
6.2.1.1	Criterios de inclusión	50

6.2.2	Diseño.....	50
6.3	Materiales.....	50
6.3.1.1	Información presentada en las diapositivas.....	50
6.4	Procedimiento.....	52
6.5	Resultados.....	52
6.5.1	Importancia, aceptabilidad y validez.....	52
6.6	Conclusiones.....	60
Capítulo 7. Estudio 2: Evaluación de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.....		61
7.1	Propósito del estudio.....	61
7.1.1	Objetivo general.....	61
7.1.2	Objetivos específicos.....	61
7.2	Método.....	62
7.2.1	Participantes.....	62
7.2.1.1	Grupos de contraste.....	62
7.2.1.2	Participantes en la evaluación del Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV.....	62
7.2.1.2.1	Criterios de inclusión.....	62
7.2.1.2.2	Criterios de exclusión.....	63
7.2.2	Diseño.....	65
7.2.3	Variables Socio-demográficas.....	65
7.2.4	Variables Independientes.....	66

7.2.5	Variables Dependientes	66
7.2.5.1	Variables Fisiológicas	66
7.2.5.2	Variables Psicológicas.....	66
7.3	Instrumentos de Medición y Consentimiento informado.....	67
7.4	Procedimiento	67
7.5	Resultados	68
7.5.1	Evaluación del PPAT-ARV	69
7.5.2	Evaluación de “La metáfora del reloj de arena”	77
7.5.3	Uso del <i>Carnet</i>	80
7.5.4	Variables fisiológicas y CVRS.....	82
7.5.5	Resultados por participante en el PPAT-ARV	88
7.6	Conclusiones	97
	Capítulo 8. Conclusiones Generales	99
	Sugerencias para estudios posteriores	102
	Consideraciones de la investigación	102
	Consideraciones sobre la sede y el programa de residencia en Medicina Conductual	103
	Referencias.....	104
	Anexos.....	113
A1.	Formato de aplicación para el juicio de expertos.	114
A2.	Transcripción de las observaciones realizadas por los jueces.	124

A3. Formato del Consentimiento informado.....	130
A4. Encuesta del Estado de Salud SF-36.	133
A5. Escalas del INCAVISA.	136
A6. Cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?.....	138
A7. Manual de Aplicación del Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV).....	140
A8. Carta de Intención para Colaboración Académica	167
A9. Información presentada en diapositivas en el PPAT-ARV.	169
A10. Aprobación del Comité de ética.	193

Índice de Figuras

Figura 1. 1 Representación de las relaciones entrenadas y derivadas según la Teoría del Marco Referencial	9
Figura 1. 2 Modelo de la Inflexibilidad Psicológica según la Terapia de Aceptación y Compromiso	10
Figura 1. 4 Modelo de la Flexibilidad Psicológica según la Terapia de Aceptación y Compromiso	11
Figura 2. 1 Algoritmo de atención del PSM de la CEC.	16
Figura 2. 2 Morbilidad Mental de Asistentes al PSM-2014.....	17
Figura 3.1. Cascada del continuo de la atención en México, 2013	23

Figura 3. 2 Ciclo biológico del VIH	25
Figura 3. 3 Estructura del VIH-1	27
Figura 3. 4 Distribución geográfica de la diversidad de VIH-1 (subtipos del Grupo M) y VIH2	27
Figura 7. 1. Resultados del Participante 1	89
Figura 7. 2. Resultados del Participante 2	90
Figura 7. 3. Resultados del Participante 3	91
Figura 7. 4. Resultados del Participante 4	92
Figura 7. 5. Resultados del Participante 5	93
Figura 7. 6. Resultados del Participante 6	94
Figura 7. 7. Resultados del Participante 7	95
Figura 7. 8. Resultados del Participante 8	96
Figura 7. 9. Resultados del Participante 9	97
Figura 7. 10. Resultados del Participante 10	98
Figura 7. 11. Resultados del Participante 11	99

Índice de Tablas

Tabla 3. 1 <i>Genes del VIH, proteínas que codifica y su función.</i>	26
Tabla 3. 2 <i>Clasificación propuesta por la OMS para adolescentes y adultos con infección establecida por VIH.</i>	31
Tabla 3. 3 <i>Descripción de los estadios clínicos propuestos por la OMS para adolescentes y adultos con infección establecida por VIH.</i>	32

Tabla 3. 4 <i>Clasificación del CDC de la infección por VIH en adolescentes y adultos (1993).</i>	33
Tabla 3. 5 <i>Clasificación del CDC de la infección por VIH en adolescentes y adultos (2008).</i>	35
Tabla 4. 1 <i>Conceptos relacionados a la adherencia terapéutica.</i>	38
Tabla 6. 1 <i>Especialidad de los jueces.</i>	50
Tabla 6. 2 <i>Conocimientos básicos sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV.</i>	51
Tabla 6. 3 <i>Evaluación de la importancia de la información presentada en cada diapositiva.</i>	53
Tabla 6. 4 <i>Índices de aceptabilidad de las áreas de información.</i>	54
Tabla 6. 5 <i>Escala de acuerdo propuesta por Landis y Koch.</i>	55
Tabla 6. 6 <i>Validez, confiabilidad y fuerza de concordancia entre los jueces.</i>	55
Tabla 6. 7 <i>Observaciones a la Psicoeducación para la adherencia al TARV.</i>	56
Tabla 6. 8 <i>Contenido validado de la Psicoeducación para la adherencia al TARV.</i>	58
Tabla 7. 1 <i>Descripción de los grupos de contraste.</i>	60
Tabla 7. 2 <i>Variables socio-demográficas de los 11 participantes</i>	63
Tabla 7. 3 <i>Diseño cuasi-experimental de N=1 estructurado como un pre-experimento con 10 réplicas.</i>	64
Tabla 7. 4 <i>Resultados de la aplicación del cuestionario ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?</i>	69

Tabla 7. 5 <i>Prueba U de Mann-Whitney y su corrección de Bonferroni para las puntuaciones, pre, post y seguimiento del cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento? de los participantes en el PPAT-ARV.</i>	69
Tabla 7. 6 <i>Preguntas y frecuencia de respuestas PRE del cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?, de los participantes en el PPAT-ARV</i>	71
Tabla 7. 7 <i>Preguntas y frecuencia de respuestas POST del cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?, de los participantes en el PPAT-ARV</i>	73
Tabla 7. 8 <i>Preguntas y frecuencia de respuestas a seguimiento de un mes del cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?, de los participantes en el PPAT-ARV</i>	74
Tabla 7. 9 <i>Evaluación de “La Metáfora del Reloj de Arena”.</i>	78
Tabla 7. 10 <i>Inicio de TARV, utilización del carnet, tipo de seguimiento y variables Fisiológicas</i>	81
Tabla 7. 11 <i>Resultados PRE por participante del SF-36 y las dos escalas del INCAVISA.</i>	82
Tabla 7. 12 <i>Resultados POST por participante del SF-36 y las dos escalas del INCAVISA.</i>	83

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE POR VIH

Resumen

El Programa de Residencia en Medicina Conductual, Sede Ciudad Universitaria, UNAM, es una Maestría en Psicología que implica la adquisición de conocimientos teóricos y de habilidades profesionales bajo supervisión, en sedes hospitalarias o clínicas especializadas en alguna condición médica. De acuerdo a lo anterior este trabajo presenta el informe de las actividades profesionales y el informe de investigación aplicada, realizados en la Clínica Especializada Condesa (CEC) de la Ciudad de México, en la cual, se diagnostica y brinda tratamiento gratuito a personas con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En la CEC el autor, residente de Medicina Conductual fue ubicado en el Programa de Salud Mental donde, como producto de su rotación y entrenamiento profesional especializado realizó una detección de necesidades, que dio origen a la investigación aplicada que informa este trabajo. Con este trabajo, la CEC se incluye por primera vez como sede de la Residencia en Medicina Conductual, Sede Ciudad Universitaria. Desde la aparición del VIH en México en 1983, se ha considerado un serio problema de salud pública. Sin embargo, los avances en el Tratamiento Antirretroviral (TARV) han posibilitado que las personas con infección por VIH con un diagnóstico oportuno y una adherencia casi perfecta al TARV, puedan tener una mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y se incorporen a sus actividades cotidianas, convirtiéndose la infección por VIH prácticamente en una enfermedad crónica. No obstante, sólo una tercera parte de personas con infección por VIH en el mundo tienen acceso al TARV. **Objetivo General:** Sistematizar, validar y evaluar un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV), que incluye la evaluación de la CVRS, dirigido a pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH de la CEC, que comienzan TARV por primera vez. **Método:** se realizaron dos estudios. **El primer estudio** fue un juicio de expertos constituido por 14 jueces, médicos de la CEC, que evaluaron la información contenida en PPAT-ARV. **Resultados:** se obtuvo un índice de aceptabilidad mediante acuerdo independiente en 95.6% de las áreas evaluadas y una concordancia entre jueces casi perfecta (Coeficiente de Correlación Intraclase=.869; $p < .001$). **El segundo estudio** consistió en la evaluación de cuatro grupos de contraste a quienes se aplicó el cuestionario que se utilizó para medir los conocimientos proporcionados por el PPAT-ARV para contextualizar su evaluación, y un diseño intrasujetos de $N=1$, planteado como pre-experimento, pre-post prueba y un seguimiento a un mes, con diez réplicas para evaluar la aplicación del PPAT-ARV. **Resultados:** Los grupos de contraste permitieron contextualizar las medidas obtenidas por el grupo de participantes en PPAT-ARV.

El PPAT-ARV resultó ser útil en cuanto a proporcionar la información necesaria sobre la infección por VIH relacionada con la adherencia al TARV. “*La metáfora del reloj de arena*” obtuvo opiniones positivas en todos los casos. La evaluación de la CVRS mostró estabilidad en los participantes que ingresaron a TARV y el TARV ratificó su eficacia a un mes de seguimiento en siete participantes y en uno a dos meses (de los ocho que ingresaron al TARV). No obstante, el uso del “*carpet*” (sistema de autorregistro) no mostró evidencia de aceptación generalizada por los participantes, ni especial utilidad. **Conclusiones:** se sistematizó, validó y evaluó favorablemente el PPAT-ARV.

Palabras Clave: VIH/Sida, Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, Medicina Conductual, Psicoeducación, Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Introducción

La Residencia en Medicina Conductual —Sede Ciudad Universitaria— es una de las residencias de la Maestría en Psicología perteneciente al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que tiene por características ser de tiempo completo y de alta exigencia académica. Además, es una maestría apoyada y reconocida por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) como un programa de residencia profesionalizante que se concluye en cuatro semestres.

La Residencia en Medicina Conductual, por lo tanto, es un espacio de formación profesional que permite, entre otras competencias, la adquisición de habilidades en el diseño de programas de intervención basados en datos y en Terapia Cognitivo Conductual, para la solución de problemas en escenarios reales como los centros de atención psicológica, son hospitales o clínicas especializadas, donde el Posgrado en Psicología de la UNAM ha establecido un convenio y que son las sedes donde los alumnos de esta maestría hacen su residencia hospitalaria. Es decir, los residentes acuden a una sede donde se brinda atención psicológica, incluyendo hospitales y clínicas especializadas —en adelante la sede— y en paralelo reciben clases en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, lo que exige una formación de tiempo completo.

En dicha sede, bajo la supervisión de expertos, los residentes en Medicina Conductual adquieren competencias y destrezas para un ejercicio profesional de alto nivel dentro del campo de la Medicina Conductual. Además, los residentes de esta maestría realizan una detección de necesidades, diseñan e implementan intervenciones en respuesta a alguna problemática o necesidad de la sede, que esté en sus funciones y conocimientos mejorar o resolver.

La naturaleza de la Maestría en Psicología, con Residencia en Medicina Conductual —Sede Ciudad Universitaria, UNAM—, por lo antes mencionado, hace necesario que la presente tesis integre la sede donde el sustentante complementó su Residencia en Medicina Conductual en la condición médica de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en este caso, la Clínica Especializada Condesa (CEC) de la Ciudad de México, que brinda atención interdisciplinaria y tratamiento antirretroviral a personas con diagnóstico por infección de VIH.

En la CEC el residente de Medicina Conductual fue colocado en el Programa de Salud Mental (PSM), que se integra por un área de Psicología y un área de Psiquiatría, para entrenarse en la aplicación de la *Entrevista de primera vez* y en el ejercicio de ella, realizar una detección de necesidades de la cual surge el Programa Psicoeducativo de Adherencia al

Tratamiento Antirretroviral en Personas con Diagnóstico Reciente por VIH, que a continuación se presenta.

Por lo antes mencionado, este informe de investigación integra en su capítulo 2 el informe de actividades realizadas por el residente de Medicina Conductual en la Clínica Especializada Condesa.

Capítulo 1.

Medicina Conductual

1.1 Orígenes de la Medicina Conductual

La Medicina Conductual apareció por primera vez como un término utilizado en el título del libro: “Biofeedback: Behavioral medicine” (Biorretroalimentación: Medicina Conductual). En esta publicación Lee Birk (1973) fue el editor y en ella según Monegro, Quiñones y Rodríguez (1987), Birk señala que: “Quizá, no es una exageración puntualizar que una nueva ‘medicina conductual’, biorretroalimentación, ahora casi en nacimiento, pueda en efecto, representar un nuevo desarrollo en las fronteras de la medicina clínica y la psiquiatría.”

Blanchard (1982) sugiere que el título de la publicación de Birk “Biofeedback: Behavioral medicine”, implica que la Biorretroalimentación y la Medicina Conductual son equivalentes o incluso sinónimos, aunque también aclara que si bien la Biorretroalimentación es un aspecto importante de la Medicina Conductual, la Medicina Conductual implica además la modificación de conductas observables en los tratamientos de las condiciones patológicas, por ejemplo, cambiar la conducta alimentaria como parte del tratamiento de la obesidad (Blanchard, 1979).

El término Medicina Conductual acuñado por Birk en 1973 es una expresión inicial de la importancia que tienen las técnicas conductuales, en particular la Biorretroalimentación, como parte del tratamiento en las condiciones médicas. Scott (1976) comenta sobre el libro de “Biofeedback: Behavioral medicine” que en esta publicación el editor aclara que los temas de especial interés para los neurólogos, sobre la aplicación de la Biorretroalimentación, podrían ser los concernientes a la cefalea tensional, la migraña y la epilepsia. Sin embargo, la obra también cubre otras patologías a las que es aplicable la Biorretroalimentación como la hipertensión esencial, las arritmias cardíacas y la enfermedad de Raynaud. Además, se incluye en la obra la relación de la Biorretroalimentación con la Psicoterapia.

Formalmente, la Medicina Conductual aparece en la Conferencia de Yale celebrada en febrero de 1977. La Conferencia de Yale fue patrocinada por el Departamento de Psicología y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale, la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, y el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de la División del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH). Desde la Conferencia de Yale se comienza a distinguir entre “Medicina Conductual” y “Medicina Psicosomática” (Monegro, Quiñones y Rodríguez, 1987).

En cuanto a la Medicina Psicosomática, Pomerleau (1979) sostiene que este campo concierne a la interacción de variables psicosociales y fisiológicas de la enfermedad, que se

asocian con un amplio grupo de intereses en lugar de una metodología en particular. Es importante puntualizar que la Medicina Psicosomática se origina conceptualmente en la teoría psicoanalítica de Freud, que enfatiza la patogénesis de la enfermedad y que sugiere como tratamiento la identificación de causas hipotéticas subyacentes, que carecen de evidencia y validación empírica.

Por otro lado, la Medicina Conductual es una integración entre las técnicas y conocimientos biomédicos y de las ciencias del comportamiento desde un marco biopsicosocial, que integra la contribución del Análisis Experimental de la Conducta de donde deriva la Terapia de Conducta, basada en una metodología científica que ha generado evidencia empírica (Pomerleau, 1979; Skinner, 1953).

La Conferencia de Yale influyó para que en 1978 se fundara la Academia de Investigación en Medicina Conductual, en Estados Unidos. A partir de entonces el campo de la Medicina Conductual creció rápidamente y en marzo de 1978 se publicó el primer número de la revista *Journal of Behavioral Medicine* (Rodríguez, 2010).

En abril de 1978 se formaliza el establecimiento de la Academia de Investigación en Medicina Conductual (*Academy of Behavioral Medicine Research, ABMR*) con Neal Miller, un psicólogo, como primer presidente y David Hamburg, un médico, como primer presidente electo (Matarazzo, 1980; ABMR, 1978).

1.2 Desarrollo del concepto de Medicina Conductual

En la Conferencia de Yale de 1977 se hizo énfasis en el carácter interdisciplinario de la Medicina Conductual (Schwartz y Weiss, 1978a) y fue definida como:

El campo concerniente al desarrollo de la ciencia del comportamiento, su conocimiento y el uso de técnicas relevantes para entender la salud y enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y técnicas para el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de las mismas. La psicosis, neurosis y el abuso de sustancias se incluyen en la medida en que contribuyen a los desórdenes físicos como criterios de valoración (Schwartz, y Weiss, 1977, p. 379; Schwartz y Weiss, 1978a, p. 7).

Posteriormente la definición de Medicina Conductual establecida inicialmente en la Conferencia de Yale de 1977 (Schwartz y Weiss, 1978a), fue enmendada en junio de 1978 de la siguiente manera:

Medicina Conductual es el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédica y del comportamiento, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas en lo referente a la salud y la enfermedad y este conocimiento y estas técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz y Weiss, 1978b, p. 250).

La enmienda radica en que se agrega a la definición el carácter interdisciplinario y de integración. Además, se suprime la última parte referente a la psicosis, neurosis y abuso de sustancias en la medida en que contribuyen como criterios de valoración a la enfermedad (Schwartz y Weiss, 1978a; 1978b).

Para otros autores como Pormerleau y Brady (1979) sugieren que la definición de Medicina Conductual hace hincapié en sus orígenes en el conductismo moderno, argumentando que las contribuciones del o social y las ciencias biológicas, particularmente la epidemiología y la fisiología, son una condición necesaria pero no suficiente (Pormerleau, 1979). La definición de Medicina Conductual que sugieren estos autores es la siguiente:

El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta — terapia conductual y modificación conductual— para la evaluación, prevención manejo o tratamiento de enfermedades físicas o disfunciones psicológicas y el conducto para contribuir al estudio del análisis funcional y entendimiento de las conductas asociadas con problemas desórdenes médicos en el cuidado de la salud. (Pormerleau y Brady, 1979 p. xii)

La Medicina Conductual, considerando la literatura revisada, es un campo interdisciplinario e integrador que se interesa por los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas. Se fundamenta como disciplina en los cambios comportamentales que pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad, o bien, reducir la sintomatología patológica. En cuanto a la investigación busca identificar las conductas que apoyen la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación de las condiciones médicas.

1.3 Medicina Conductual y Terapia Cognitivo Conductual

La Medicina Conductual, como ya se mencionó, desde un enfoque interdisciplinario busca identificar conductas relacionadas con la salud y la enfermedad (Schwartz y Weiss, 1978b; Pormerleau y Brady, 1979). Así, dentro de los diversos especialistas que pueden contribuir al campo de la Medicina Conductual, el psicólogo dentro del enfoque de terapia cognitivo conductual, resulta ser el más apropiado para la intervención en conductas relacionadas con la salud y la enfermedad.

1.3.1 Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la Psicología como ciencia, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Aunque es importante señalar que todavía no existe un pleno acuerdo en cuanto a su concepto (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2011).

Finalmente, la TCC, según su evolución histórica, se divide en tres oleadas o generaciones de terapias que la constituyen (Hayes, 2004).

1.3.1.1 Primera Generación: Terapia de Conducta

La primera ola denominada Terapia de Conducta (TC) se caracterizó por contrarrestar las debilidades científicas de las tradiciones clínicas no empíricas (Hayes, 2004). La TC se desarrolló en tres geografías. La primera fue Sudáfrica, en donde J. Wolpe (1958) propuso el principio de inhibición recíproca, que fue la base de la Desensibilización Sistemática. En Inglaterra, la TC se desarrolló en torno a la figura de H. J. Eysenck (1959) quien llevó a la práctica clínica técnicas como la exposición y aproximaciones sucesivas. En Estados Unidos B. F. Skinner (1953) partiendo de las aportaciones de I. P. Pavlov (1927) y de J. B. Watson (1913) desarrolló el método llamado Análisis Experimental de la Conducta (Ruiz et al., 2011).

Entre las principales aportaciones de la primera generación de terapia de conducta se encuentra el hecho de extender el control experimental al ámbito clínico, así como la extrapolación de los principios del aprendizaje a dicho ámbito.

1.3.1.2 Segunda Generación: Terapia Cognitiva

La segunda generación se caracterizó por el esfuerzo de integrar los principios del aprendizaje social y la inclusión de aspectos cognitivos e incluso elementos emotivos, además de la conducta (Hayes, 2004). El aprendizaje observacional como elemento del aprendizaje social, propuesto por A. Bandura (1969), también aportó técnicas de modelado y técnicas de autocontrol. Además, a dichas técnicas básicas se podrían añadir los programas de entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia de grupo conductual (Ruiz et al., 2011).

En cuanto a los aspectos cognitivos e incluso emotivos A. T. Beck y A. Ellis son los representantes más sobresalientes de la orientación cognitiva. Sin embargo, la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (1970), forman parte de lo que para algunos autores como Mahoney y Arnkoff (1978) se incluyen como técnicas cognitivas y para otros como Ruiz, Díaz y Villalobos (2011), Técnicas de Reestructuración Cognitivas.

Dentro de esta segunda generación también se encuentra la Terapia de Solución de Problemas (D'Zurrilla y Golfried, 1971), la Terapia de Solución de Problemas Sociales (D'Zurrilla y Nezu, 1982), la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales (Spivack y Shure, 1974), el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (Meichenbaum, 1977), las Técnicas de Manejo de Ansiedad (Suinn y Richardson (1971) y el Entrenamiento en Autoinstrucciones (Meinchembaum y Goodman, 1971), entre las más representativas (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2011). La principal aportación de esta segunda generación es la integración de los elementos cognitivos a la terapia de conducta.

1.3.1.3 Tercera Generación de Terapia Cognitivo Conductual

La tercera generación se basa en la primera y segunda generación, pero se caracteriza por la apertura a nuevas tradiciones clínicas tanto cognitivo constructivistas como dentro del contextualismo funcional. Además, parece llevar a la tradición de Terapia de Conducta a un nuevo territorio (Hayes, 2004).

Ruiz et al. (2011) sugieren que dentro de la tradición cognitivo constructivista se hallan la Terapia Cognitivo-Estructural o Psicoterapia Estructural (Guidano y Liotti, 1983), la Terapia de los Constructos Personales (Neimeyer, 1986), y la Psicoterapia Constructiva (Mahoney, 1995). En cuanto a las terapias contextualistas se encuentran la Psicoterapia Funcional Analítica (Kohlenberg y Tsai, 1987), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993).

La aportación de esta tercera generación es la apertura de la terapia de conducta a nuevos territorios (Hayes, 2004), lo que incluye acercamientos entre occidente y oriente como es el caso de la técnica de Mindfulness, Atención plena o Conciencia Plena (Kabat-Zinn, 2003). Finalmente, estos nuevos horizontes incluyen también el trabajo de los afectos bajo propuestas como la de los Esquemas Emocionales (Leahy, 2002).

1.3.2 Medicina Conductual en la infección por VIH

Entre los diversos especialistas que pueden contribuir al campo de la Medicina Conductual, el Psicólogo, dentro del enfoque de Terapia Cognitivo Conductual, ha trabajado conductas que apoyan los diferentes niveles de prevención para la infección por VIH desde comienzos de la epidemia, tal como lo describe Arauzo, Blanck y Bermúdez (1992).

Por ejemplo, en cuanto a la prevención primaria, el uso del condón es una conducta que ha sido ampliamente estudiada como estrategia preventiva de la transmisión de VIH por contacto sexual (Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar, 2015). También se han hecho intervenciones para el uso del condón en personas con VIH, lo cual, previene la reinfección (Caballero, 2015).

En un estudio realizado por Caballero (2015), que tenía por 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, éste mostró un efecto significativo en el porcentaje de pasos correctos en el uso del condón masculino, que se incrementó de 54.4% a 98.7%, después de la intervención de seis módulos que se impartieron en diez sesiones una vez a la semana a once participantes (10 hombres y 1 mujer), donde se incluyó un módulo titulado “Habilidades para el uso correcto y consistente del condón” y otro de “Comunicación y negociación de uso de condón”.

El psicólogo, como especialista dentro del campo de la Medicina Conductual, en cuanto a la prevención secundaria, por ejemplo, apoya en la conducta de la toma del medicamento antirretroviral, es decir, adherencia terapéutica. Las intervenciones cognitivo conductuales dirigidas a propiciar y/o apoyar la adherencia al tratamiento antirretroviral son una muestra de la contribución del psicólogo a la Medicina Conductual aplicada en la infección por VIH (Safren, Otto y Worth, 1999; Sánchez-Sosa y González-Puente, 2002). Además, se realizan intervenciones en comorbilidades a la infección por VIH como la depresión y el uso de drogas (Daughters, Magidson, Schuster y Safren, 2010).

En un estudio realizado por Soroundi et al. (2008) se aplicó un programa basado en terapia cognitivo conductual en pacientes con VIH, depresión y bajo tratamiento de mantenimiento con metadona por adicción a heroína (3 mujeres, 1 hombre) encontrando un impacto favorable tanto en la adherencia como en la depresión.

En la prevención terciaria, que incluye la rehabilitación y reinserción social, el psicólogo participa, por ejemplo, en la disminución del problema de estigma o discriminación que se relaciona a personas con VIH, el mejoramiento de su calidad de vida, el apoyo familiar y la disminución de su malestar emocional en general (Sánchez-Sosa y González-Puente, 2002).

En un estudio realizado por Tshabalala y Visser (2011) se desarrolló y evaluó una intervención basada en Terapia Cognitivo Conductual para ayudar a mujeres en cuanto al estigma que enfrentan por tener VIH. Se asignaron veinte mujeres a dos grupos de forma aleatoria. Al grupo experimental se aplicaron ocho sesiones de terapia individual de la intervención desarrollada, y al grupo control se colocó en lista de espera. El programa mostró una reducción significativa en el grupo experimental, con respecto al control, del estigma en estas mujeres.

1.4 Psicoeducación.

La Psicoeducación podría ubicarse dentro de la segunda generación de la Terapia Cognitivo Conductual, porque implica proporcionar información al paciente sobre su estado de salud médica y/o psicológica.

1.4.1 Orígenes de la Psicoeducación

La idea de que el psicoterapeuta re-educar a las personas, aparece por primera vez en la literatura en el trabajo de Donley (1911), quien señaló que los psicoterapeutas ayudan al ajuste y adaptación del paciente. Sin embargo, fue hasta 1980 cuando Anderson, Hogarty y Reiss, utilizaron la Psicoeducación como herramienta terapéutica para informar sobre la enfermedad a los familiares de pacientes esquizofrénicos. Lo anterior ha llevado a sugerir que la Psicoeducación encontró su origen dentro de la Psiquiatría aplicada a los familiares de pacientes con esquizofrenia (Correa y Hernández, 2006).

El término Psicoeducación se popularizó en los años setenta por los psicólogos clínicos Carol M. Anderson y Douglas J. Reiss y por el Trabajador Social Gerard E. Hogarty. Un antecedente importante en el camino de la Psicoeducación el concepto de “Emoción Expresada” de George Brown, que surge de la observación empírica de pacientes esquizofrénicos y sus familiares, por lo cual, las primeras intervenciones psicoeducativas fueron llamadas “Intervenciones Psicosociales” (López-Amaro, 2011).

En la actualidad la Psicoeducación está dirigida tanto a los familiares como a los pacientes. En cuanto a los pacientes tiene el objetivo de que comprendan mejor la condición médica que padecen, la acepten y siga el tratamiento. Con respecto a los familiares brinda principalmente información sobre el padecimiento de su familiar y

estrategias para resolver problemas del entorno familiar que apoyen al paciente a mejorar su adherencia terapéutica y calidad de vida (Fresán et al., 2011). Finalmente, la Psicoeducación comparte su uso tanto en lo psiquiátrico como en lo psicológico (Correa y Hernández, 2006).

1.4.2 Concepto de Psicoeducación

La Guía Psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales (Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara y Sampedro, 2011) menciona que:

“La Psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar.” (pp. 82-83).

Podría sugerirse que la Psicoeducación es una estrategia que permite brindar la información necesaria sobre alguna condición médica o mental a la persona que padece dicha condición y/o a sus familiares.

1.4.3 Psicoeducación y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

En una revisión sistemática que realizó Rueda y Cols., (2006) sobre intervenciones que utilizaban estrategias de apoyo y educación a pacientes con VIH para incrementar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, encontró que de enero de 1996 a mayo de 2005, 19 estudios de 2 159 que cumplían los criterios de inclusión, muestran evidencia favorable acerca de que las intervenciones de educación y apoyo incrementan la adherencia al tratamiento antirretroviral incluso en grupos minoritarios. Aunque, refieren que no se encontraron intervenciones que proporcionaran retroalimentación a los profesionistas sobre las intervenciones.

1.5 Teoría del Aprendizaje Verbal Significativo

Dentro de la concepción constructivista de la enseñanza y del aprendizaje la Teoría del Aprendizaje Verbal Significativo propuesta por David Ausubel (1963) ha sido aplicada en escenarios escolares para propiciar un mejor proceso de enseñanza-aprendizaje, entre docentes y educandos (Díaz y Fernández, 1999). El aprendizaje verbal significativo podría considerarse dentro un paradigma psicoeducativo.

1.5.1 Concepto de Aprendizaje Verbal Significativo

El Aprendizaje Significativo Verbal no es la simple relación de un conocimiento previo, con un conocimiento nuevo de forma arbitraria. Es por el contrario para Ausubel el

Aprendizaje significativo Verbal ocurre cuando el alumno o educando “relaciona de manera no arbitraria y sustancial la nueva información con los conocimientos y experiencias previas y familiares que ya posee en su estructura cognitiva o de conocimientos” (Díaz y Fernández, 1999, p. 22).

1.5.2 Condiciones para el aprendizaje significativo verbal

Las condiciones necesarias para que pueda darse el aprendizaje significativo verbal son el significado lógico y el significado psicológico. El primero implica una relación no arbitraria y sustancial y una estructura y organización. En cuanto al significado psicológico se requiere disposición y actitud, la naturaleza de la estructura cognitiva y los conocimientos y experiencias previas (Díaz y Fernández, 1999).

1.5.3 Principio de asimilación

La asimilación dentro del Aprendizaje Significativo Verbal es el proceso mediante el cual la nueva información es vinculada con los aspectos relevantes y previos en la estructura cognitiva. Además, en este proceso se modifica la información recientemente adquirida y la estructura existente, es decir, se modifica tanto el significado ya existente como la nueva información adquirida (Ausubel, Novak y Hanesian, 1983).

La vinculación de nueva información con información previa puede facilitarse a través del uso de metáforas. La Terapia de Aceptación y Compromiso ha propuesto la utilización de metáforas como herramienta terapéutica. Por lo que a continuación se hace una breve revisión de dicha terapia, debido a que el Programa Psicoeducativo que este trabajo presenta incluye el uso de una metáfora como apoyo al aprendizaje significativo sobre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

1.6 Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso, según Luciano y Valdivia (2006), conserva en español su acrónimo ACT del inglés Acceptance and Commitment Therapy, porque ACT en inglés es el verbo actuar y resume a la ACT en la importancia que ésta muestra para ACTUAR en dirección. Por lo cual, en lo subsecuente se usará su acrónimo en inglés.

La ACT se presenta asimismo como terapia de tercera generación y como un giro radical al objetivo tradicional de la terapia, pues no trata de cambiar o reducir los pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos, sino que trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. La ACT encuentra su fundamento en una nueva teoría del lenguaje y la cognición que es la Teoría del Marco Relacional y que se resumen brevemente a continuación (Luciano y Valdivia, 2006).

1.6.1 Teoría del Marco Relacional

La Teoría del Marco Relacional (TMR) tiene un marco filosófico en el contextualismo funcional, en el que confluyen el Conductismo Radical de Skinner y el Interconductismo de Kantor, como sugiere, Luciano y Valdivia (2006).

La TMR se basa en el establecimiento de las relaciones arbitrarias que los seres humanos realizamos entre dos elementos, por ejemplo, al tomar dos palabras al azar como casa y luna, podemos relacionarlas arbitrariamente de la siguiente manera: la luna ilumina la casa, o la luna es más grande que la casa. Además, la TMR sugiere que ante ciertas relaciones entrenadas existen relaciones derivadas (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Por ejemplo, en la Figura 1.1 se muestran las relaciones entrenadas con una flecha continua que implican que al ver el dibujo del lápiz se relacionen con la palabra lápiz y con el objeto lápiz real. Además, que la palabra lápiz se identifique con el objeto lápiz real. Como resultado según la TMR se realizarán relaciones derivadas, que aparecen con la flecha segmentada y que implican ningún entrenamiento para identificar la palabra lápiz con el dibujo del lápiz, y el lápiz real con la palabra lápiz y el dibujo del lápiz.

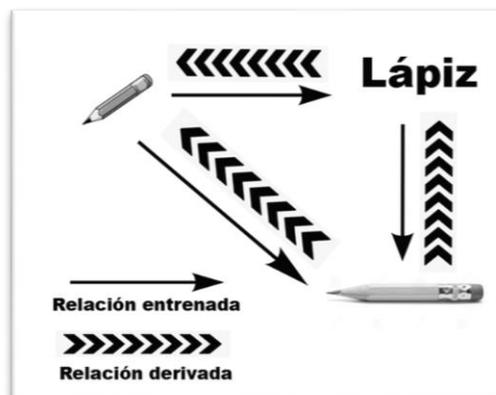


Figura 1. 1 Representación de las relaciones entrenadas y derivadas según la Teoría del Marco Referencial. Imagen elaborada para ejemplificar las relaciones derivadas según la Teoría del Marco Referencial.

1.6.2 Inflexibilidad y Psicológica

La ACT propone un modelo Inflexibilidad Psicológica, en el cual, el lenguaje natural crea el sufrimiento psicológico. De esta manera hay una lucha entre nuestros pensamientos y emociones, a través de un proceso denominado Evitación Experiencial (Hayes, 2013).

Además de la Evitación Experiencial la inflexibilidad psicológica está dada por 1) un predominio del pasado y el futuro que propician un autoconocimiento limitado, 2) la falta de claridad o contacto con los valores, 3) la inacción o impulsividad, o bien, la Persistencia Evitativa, 4) el apego al yo, 5) la fusión cognitiva que implica hacer real el sufrimiento solo por pensarlo, y 6) la propia Evitación Experiencial (Luoma, Hayes y Walser, 2007).

Estos elementos forma un modelo como lo muestra la Figura 1.2, que hacen posible la Inflexibilidad Psicológica, y con ello el sufrimiento humano.

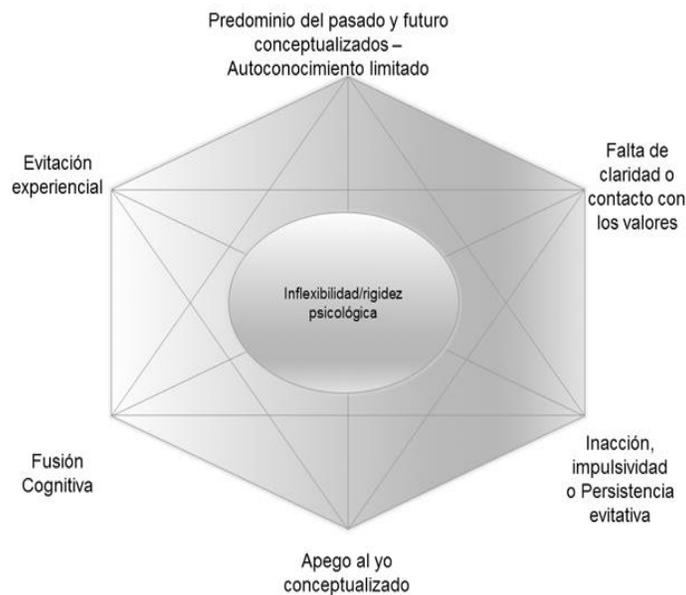


Figura 1. 2 Modelo de la Inflexibilidad Psicológica según la Terapia de Aceptación y Compromiso. Adaptado de Luoma, J.B., Hayes, S.C., y Walser, R. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger and Context Press.

1.6.3 Flexibilidad Psicológica

La ACT se centra en propiciar la contra parte la Inflexibilidad Psicológica, que es a Flexibilidad Psicológica para aceptar el dolor como parte natural de la vida y con ello encontrar una función del mismo que no requiera de sufrimiento (Hayes, 2013).

La Flexibilidad Psicológica implica el trabajo de varios elementos que son: 1) el contacto con el momento presente, 2) Dirección guiada por valores, 3) Acción comprometida, 4) el “Yo” como contexto, 5) la defusión cognitiva, que es separar al lenguaje del sufrimiento que propicia, 6) la aceptación (Luoma, Hayes, y Walser, 2007).

Estos elementos forma un modelo como lo muestra la Figura 1.3, que hacen posible la Flexibilidad Psicológica, y con ello afrontar el dolor que viene de forma natural en la vida.

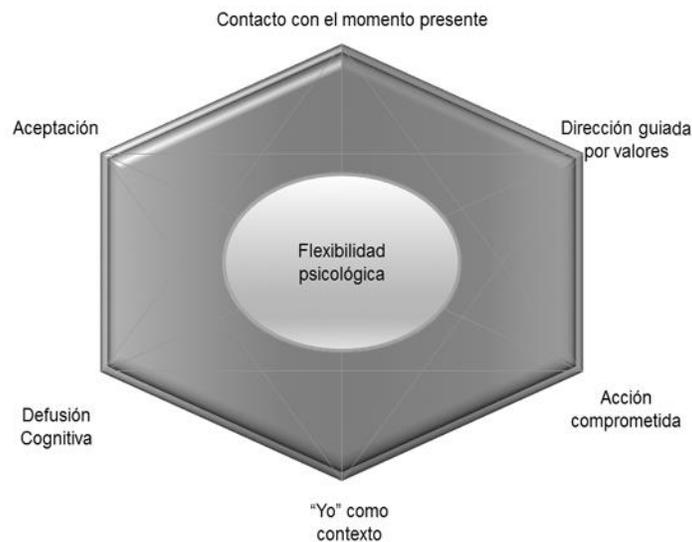


Figura 1. 3 Modelo de la Flexibilidad Psicológica según la Terapia de Aceptación y Compromiso. Adaptado de Luoma, J.B., Hayes, S.C., y Walser, R. (2007). Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists. Oakland, CA: New Harbinger and Context Press.

1.6.4 Uso de Metáforas en la ACT.

La ACT se ha caracterizado por incluir, en el trabajo terapéutico para propiciar la Flexibilidad Psicológica, el uso de metáforas. Para la ACT las metáforas son construcciones literarias de uso común en el lenguaje y se vuelven terapéuticas cuando facilitan un cambio que es objeto psicoterapéutico (Wilson y Soriano, 2014).

El uso de metáforas dentro de una intervención Psicoeducativa y desde una perspectiva de aprendizaje significativo, busca partir de conceptos familiares para los pacientes para favorecer el aprendizaje y reforzar la información necesaria sobre la adherencia al Tratamiento Antirretroviral en personas con diagnóstico reciente por infección de VIH.

Capítulo 2. Informe de Actividades en la Clínica Especializada Condesa.

2.1 Convenio entre la Clínica Especializada Condesa y el Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM.

La Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México, en lo subsecuente CEC, no tenía convenio de “Carta de Intención para Colaboración Académica” con el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, por lo cual, en un principio la CEC no era sede formal del programa. Al ingresar a la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual de la Sede Ciudad Universitaria de la UNAM, el primer paso como alumno fue servir de vínculo entre el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología y la CEC para negociar la posibilidad de convertirse en sede de la Residencia en Medicina Conductual.

El primer contacto fue con el Director Médico de la CEC el Dr. Jesús Casillas Rodríguez, quien canaliza la iniciativa al Programa de Salud Mental de la CEC, por ser el servicio más pertinente de la CEC para realizar mi residencia.

En el Programa de Salud Mental de la CEC, en lo subsecuente PSM, su coordinador, el Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez explica que para realizar la Residencia en Medicina Conductual en el servicio que coordina es necesario hacer un convenio, así como trabajar sobre las necesidades del PSM para elaborar el protocolo de investigación, mismo que debía estar avalado por un Comité de Ética, en este caso, del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

Con el total apoyo del coordinador del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, el Dr. Juan José Sánchez Sosa y la cotidiana retroalimentación de la Tutora Principal académica la Dra. Angélica Riveros Rosas, se nos sugirió redactar la Carta de Intención para Colaboración Académica considerando como prioridad las necesidades del PSM de la CEC.

Una vez realizada y ajustada la redacción, estando de acuerdo ambas partes con el visto bueno jurídico por el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, y de la Clínica Especializada Condesa, la Carta para Colaboración Académica es firmada por parte de la CEC, por la Dra. Andrea González Rodríguez, Coordinadora del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, el Dr. Jesús Casillas Rodríguez, Director Médico de la CEC, el Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez, coordinador del PSM, quedando como el supervisor *in situ* del residente en la CEC, y el Dr. Víctor Rodríguez Pérez, psicólogo clínico del PSM, quedando como Supervisor Académico del residente en la CEC, y por parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, por su coordinador, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, quedando establecido el vínculo entre la CEC y el Posgrado en Psicología de la UNAM el día 25 de octubre de 2013, fecha en la que se

firma la Carta de Intención para Colaboración Académica (Véase el anexo A8. Carta de Intención para Colaboración Académica).

Las actividades realizadas como residente de Medicina Conductual en la CEC se apegaron a las necesidades de la propia CEC con el objetivo de no interferir con los procedimientos o requerimientos para obtener un servicio de alta calidad, como son: asistir a sus consultas, estudios de laboratorio y recoger su medicamento, por hacer mención de los principales. Además, de que la CEC tiene espacios limitados para consultorios en el turno matutino, por lo cual, el residente acudió en el horario vespertino a partir del segundo semestre de la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual.

2.2 La Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México

La Clínica Especializada Condesa (CEC) de la Ciudad de México es la que atiende el mayor número de pacientes con VIH en el país y la más grande en Latinoamérica. Datos proporcionados por el Área de Salud Mental de CEC, hasta el 17 de julio de 2015 señalan que la prevalencia de pacientes que se encuentran en Tratamiento Antirretroviral es de aproximadamente diez mil pacientes, de los cuales 8,997 son hombres y 1,022 mujeres. Los pacientes sin Tratamiento Antirretroviral son 839, de los cuales 763 son hombres y 75 son mujeres. En suma la CEC hasta la fecha señalada atiende a 10,860 pacientes.

La CEC pertenece al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, cuyas oficinas se encuentran dentro de la propia clínica y que tiene la siguiente misión, visión, valores y objetivos.

2.2.1 Misión

- Proveer servicios de prevención y atención integral del VIH/SIDA y de otras ITS libres de estereotipos, prejuicios o estigmas y garantizar que las personas con VIH o SIDA reciban el tratamiento médico eficiente y seguro basado en evidencia científica, incluyendo los padecimientos e infecciones oportunistas asociadas.

2.2.2 Visión

- La construcción de un sistema de atención integral: equitativo, preventivo, eficiente, eficaz y oportuno en el que el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del DF se consolide como la instancia rectora y articuladora de los programas y acciones que en materia de VIH/SIDA se implementen a favor de los capitalinos.

2.2.3 Valores

- Reconocimiento pleno a la igualdad entre hombres y mujeres.
- Respeto a la vida de cada ser humano.
- Responsabilidad para garantizar el derecho del cuidado a la atención y prevención del VIH/SIDA.
- No discriminar por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

2.2.4 Objetivos

- Mantener un sistema de atención y prevención del VIH/SIDA eficiente, eficaz, oportuno, de calidad y calidez en el Distrito Federal.
- Proveer acceso a la atención médica hasta las zonas más apartadas de la Ciudad de México.
- Brindar servicio a todos los que lo necesiten.
- Controlar la epidemia del VIH en la Ciudad de México.
- Ser el cuerpo normativo de las políticas públicas en VIH para el Distrito Federal.

2.3 Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa

2.3.1 Misión

- Mejorar la salud mental de las personas con VIH del Distrito Federal, a través de la atención clínica especializada, la investigación multidisciplinaria y la capacitación de otros recursos humanos relacionados con la salud mental.

2.3.2 Visión

- Consolidar a la Clínica Especializada Condesa como un referente en investigación interdisciplinaria en salud mental, minorías sexuales y VIH.

2.3.3 Objetivos

- Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en los pacientes de la Clínica Especializada Condesa (CEC).
- Generar líneas de investigación sobre la salud mental, VIH y minorías sexuales.
- Capacitar al personal relacionado con la salud mental en temas de VIH/sida, trastornos mentales comunes y graves.

2.4 Funcionamiento del Programa de Salud Mental

El algoritmo de atención del PSM funciona como se muestra en la Figura 2.1. Los pacientes ingresan al PSM a través de **Psicología**, son aproximadamente 25 por día. De los pacientes que ingresan aproximadamente 40% son subsecuentes y 60% son de primera vez debido a los tres motivos que a continuación se describen. El primero es por **Recién ingreso**, es decir, pacientes nuevos que ingresan a la CEC son evaluados por el PSM para la realización del tamizaje, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. El segundo motivo es por **Mala adherencia**, es decir, cuando un paciente tiene irregular adherencia o abandona el TARV, es enviado al PSM. El tercer motivo es por casos **Espontáneos**, es decir, cualquier situación detectada por los médicos que requiera una intervención del PSM.

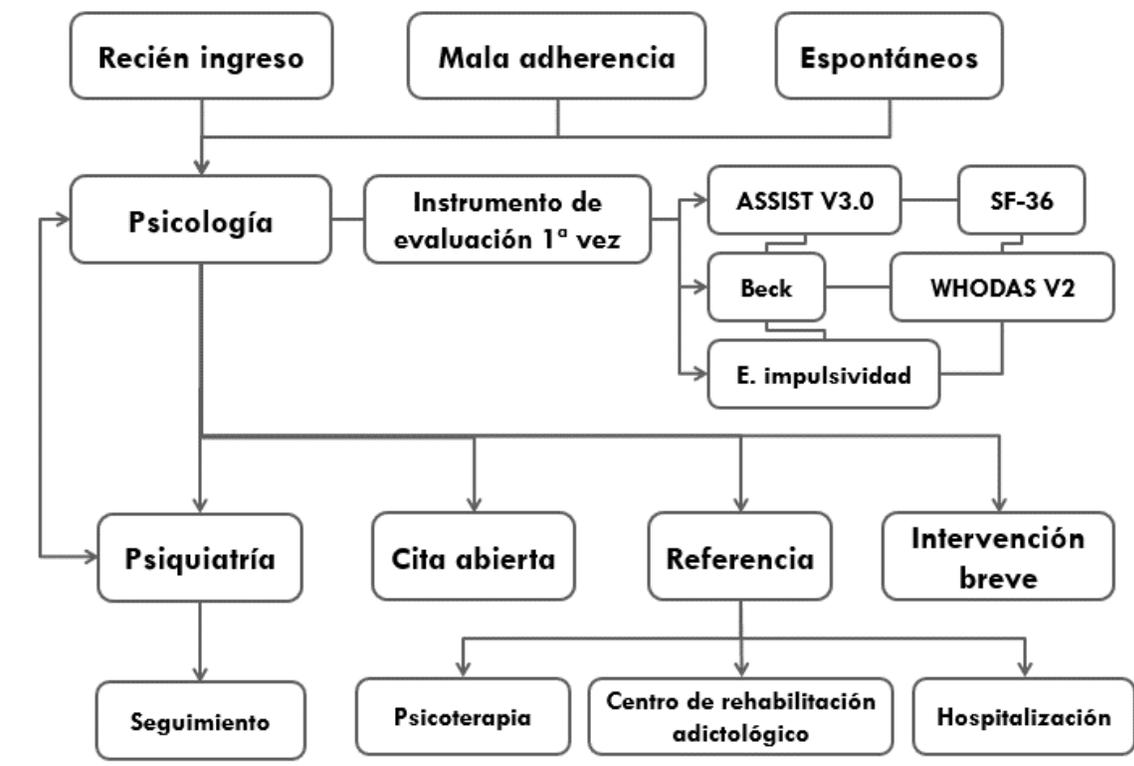


Figura 2. 1 Algoritmo de atención del PSM de la CEC.

En **Psicología** se realiza la *Entrevista de Primera vez* en la que se realiza la entrevista clínica, se aplican instrumentos para evaluar consumo de drogas (**ASSIST V3.0**), depresión (**Beck**), impulsividad (**Escala de Impulsividad Estado**), calidad de vida relacionada con la salud (**SF-36**), y discapacidad (**WHODAS V2**). Al finalizar de la consulta, se hace el diagnóstico mental del paciente y se da **Psicoeducación**, que consiste en algunas medidas a considerar sobre el tratamiento antirretroviral y educación sobre cuidados generales a la salud, una vez que se vive con el diagnóstico de VIH.

Al terminar la valoración psicológica del paciente, dependiendo del diagnóstico clínico, los pacientes pueden ser referidos a **Psiquiatría**, en caso de encontrar algún diagnóstico de salud trastorno mental que requiera de tratamiento psicofarmacológico. Si el

paciente no recibe ningún diagnóstico de salud mental o no requiere terapia psicológica queda con **Cita abierta**. También se les informa que en caso de requerir el servicio que ofrece el PSM programen cita cuando así lo consideren necesario. Si el paciente cursa por alguna reacción de ajuste que pueda resolverse en algunas sesiones breves, se inicia la **Intervención breve**.

Finalmente, los pacientes que cursen por un trastorno mental (p. Ej., trastorno de personalidad) que requiera atención psicoterapéutica de mayor duración o frecuencia de sesiones, se refieren a **Psicoterapia** a alguna institución que proporcione este servicio. Si requieren internamiento por cursar por un trastorno por uso de sustancias grave, son referidos de igual manera a instituciones que se especialicen en dicha problemática. Por último, los pacientes que cursen por un padecimiento mental grave y agudo (p. Ej., psicosis aguda) son referidos a hospitalización psiquiátrica. Lo anterior integra el rubro de **Referencia**.

2.5 Morbilidad Mental de Asistentes al PMS-2014.

En cuanto a la morbilidad de los pacientes con diagnóstico de VIH que ingresaron al PSM de la CEC durante el 2014 se tiene que el 27% no presenta algún trastorno mental, seguido de duelo con 25% y el Trastorno por Depresión Mayor con 15% (ver Figura 2.2).

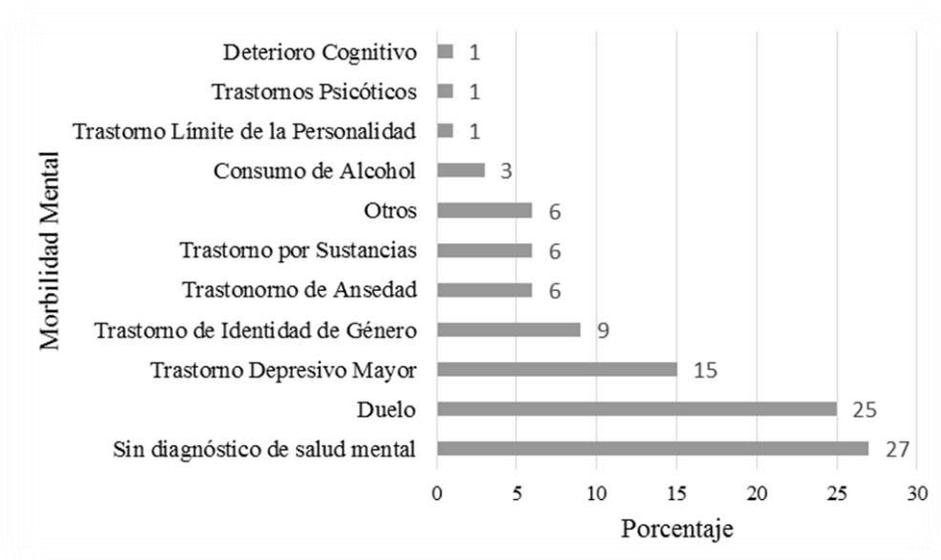


Figura 2. 2 Morbilidad Mental de Asistentes al PSM-2014

2.6 Actividades realizadas el primer año de Residencia.

Durante el primer año de la residencia se realizaron las siguientes actividades:

- Adquisición de las habilidades necesarias para realizar la *Entrevista de primera vez* en el Área de Salud Mental de la CEC y con ello poder aplicarla a pacientes de la clínica.
- Rotación por el Área de Mental de la CEC para familiarización con las actividades que se realizan alternando los servicios de Psiquiatría y Psicología.
- Acudir a las juntas o reuniones académicas o clínicas del área de Salud Mental.
- Acompañamiento supervisado que consiste en estar presente durante la entrevista de primera vez para que pueda observar cómo debe realizarse la misma.
- Retroalimentación en todo momento y aclaración de dudas del Residente sobre cómo intervenir por el supervisor *in situ* y el supervisor académico.
- Entrenamiento en la realización de la entrevista de primera vez.
- Entrenamiento para realizar el examen mental, que consistió en que a través de moldeamiento fuera puliendo la ejecución del mismo. Es decir, después de haberlo observado en el acompañamiento supervisado y entrenamiento, se me observó y corrigió durante la aplicación de la entrevista de primera vez a pacientes de la CEC hasta poder realizarlo de forma correcta.
- Se me indican al Residente lecturas sugeridas por el Supervisor *in situ* y Supervisor académico para su posterior retroalimentación. Las lecturas fueron relacionadas con psicopatología e indagación de signos y síntomas como son:
 - ✓ APA (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
 - ✓ OMS (1992) CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
 - ✓ Bajorek, T., y Stockmann (2014) *Manual Práctico de Psiquiatría*. México: Jaypee-Highlights Medical Publishers INC.
 - ✓ Eguíluz, I., y Segarra, R. (2013) *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
 - ✓ Hernández-Bayona, G. (2008) Psicopatología aplicada al examen mental. En C. Gómez Restrepo, G. Hernández-Bayona, A. Rojas Urrego, H. Santacruz Oleas y M. Uribe Restrepo (Eds.) *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (pp.104-111) Colombia: Editorial Panamericana.

- Entrenamiento en la aplicación de los instrumentos que se aplican de rutina en el Área de Salud Mental de la CEC.
- Entrenamiento para la realización de las notas médicas en formato SOAP. La nota SOAP es originalmente un acrónimo del inglés: *Subjective, Objective, Assessment, Plan*, y que en español se traduce para su aplicación como el acrónimo de Subjetivo (lo que el paciente refiere), Objetivo (lo que el especialista de salud observa y en el caso del PSM el examen mental y aplicación de instrumentos), Análisis (la interpretación de “S” y “O”, es decir, el diagnóstico) y el Plan o tratamiento que se sigue.
- Aplicación la *Entrevista de primera vez* a 70 pacientes que acudieron al servicio del Área de Salud Mental de la CEC.
- Se detectó la necesidad de sistematizar la Psicoeducación en el Área de Salud Mental, en cuanto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, para realizar el protocolo de investigación.

2.7 Actividades del segundo año de residencia

Durante el segundo año de la residencia se intensifica la atención del supervisor académico y se realizaron bajo su supervisión las siguientes actividades:

- Elaboración del protocolo de investigación aplicada basado en la detección de necesidades en el PSM de la CEC.
- Selección de los instrumentos de medición que se usarán en el protocolo.
- Diseño y elaboración de un “carnet” (cuadernillo portátil para el paciente) para el registro de auto monitoreo de la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- “Piloteo” del carnet de adherencia para su aplicación dentro del Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.
- Obtención de la aprobación del Comité de Ética del Posgrado de la UNAM sobre el protocolo elaborado (véase el anexo A10. Aprobación del Comité de ética).
- Elaboración del texto y formato del consentimiento informado.
- Elaboración del cuestionario para medir contenido de la Psicoeducación.
- Se diseñaron y elaboraron las diapositivas para el Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral Dirigido a Personas con Diagnóstico Reciente por Infección de VIH.
- Se validó el contenido de las diapositivas por el método de Juicio de Expertos por los médicos de la CEC.
- Se diseñó la Metáfora del Reloj de Arena para explicar la relación entre Carga Viral, VIH y Tratamiento Antirretroviral.

- Se elaboró el Reloj de Arena con materiales de reciclaje para su aplicación.
- Se elaboró el Manual Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral Dirigido a Personas con Diagnóstico Reciente por Infección de VIH.
- Se aplicó el Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral Dirigido a Personas con Diagnóstico Reciente por Infección de VIH para su validación.
- Se aplicó el cuestionario de evaluación del Programa Psicoeducativo a voluntarios con diagnóstico de infección por VIH de la CEC y voluntarios sanos, un grupo de alumnos de psicología de una universidad particular, para tener un punto de referencia en la validación de la Psicoeducación.
- Se realizó el procesamiento y análisis de los datos obtenidos.
- Se elaboró el informe de actividades en la CEC.
- Se elaboró el informe de investigación tipo tesis para obtener el grado de maestro en Psicología.

2.8 Aprendizaje y consideraciones

El PSM de la CEC fue un espacio de entrenamiento para las habilidades clínicas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, pertinentes al Psicólogo Clínico en la condición médica de infección por VIH, que permitió la consolidación, a través de la práctica, de conocimientos acerca de psicopatología, semiología y de habilidades como la realización del examen mental y aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual al diseño de intervenciones psicológicas en respuesta a la detección de necesidades.

Además, al realizar la CEC un abordaje interdisciplinario de la condición médica de infección por VIH, permite al residente de Medicina Conductual la interacción con otros profesionales de la salud, tanto física como mental, que lo llevaron a comprender de manera práctica, además de teórica, el campo de la Medicina Conductual.

Por último, sería conveniente debido a la interacción con otros profesionistas de la salud, que el Psicólogo que cursa la residencia en Medicina Conductual adquiera en su formación teórica y de forma previa a su incorporación a la sede hospitalaria o clínica especializada que se le asigne, conocimientos básicos de anatomía y fisiología humanas para tener una interacción aún más fructífera con Médicos, Psiquiatras y otros especialistas con quienes se trabaja de manera conjunta y cotidiana en condiciones médicas de abordaje interdisciplinario en las que se ubica la Medicina Conductual, como lo es la infección por VIH.

Capítulo 3.

Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

3.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

La identificación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue el primer paso para comprender la etiología del SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Barré-Sinoussi et al., 1983; Montagnier et al., 1984).

Una vez identificado el agente etiológico del sida, el tratamiento antirretroviral evolucionó hasta lograr la supresión casi completa del VIH, controlando con ello la infección, evitando la progresión de la enfermedad al cuadro clínico de sida y mejorando la Calidad de Vida de las personas con diagnóstico de VIH, que tienen acceso al tratamiento antirretroviral conocido como Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA) o simplemente como Tratamiento Antirretroviral (TARV) como se hará referencia en lo subsecuente.

Es importante aclarar por cuestiones terminológicas, que las siglas VIH/SIDA fueron utilizadas en un principio juntas, lo cual, con el tiempo dificultó comprender que el VIH es un virus y que el sida es un cuadro clínico propiciado por el VIH. Por este motivo el Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/sida, ONUSIDA, en sus Orientaciones Terminológicas, recomienda utilizar de manera más precisa el término VIH para referirse al virus y el término sida para referirse al cuadro clínico que las personas con el VIH pueden desarrollar (ONUSIDA, 2011). Además, y sólo para textos en español, las siglas SIDA pueden incorporarse al léxico común, expresándose como cualquier otra palabra en minúsculas: sida (OPS, 2006).

3.2 Epidemiología del VIH/SIDA

3.2.1 VIH y sida en el mundo

Desde el comienzo de la epidemia por VIH hasta el 2013, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, ONUSIDA (2014), se calcula que en el mundo han fallecido 39 millones de personas a causa de enfermedades relacionadas con el VIH y que 78 millones de personas han contraído la infección por VIH.

Durante el 2013 en el mundo se estimó que 35 millones de personas vivían con VIH y que 2.1 millones de personas contrajeron la infección por VIH, lo cual significó un descenso de un 38% desde 2001. En cuanto a la mortalidad fallecieron 1.5 millones de

personas a causa de sida, lo que significó una reducción de un 35% desde el 2005 que fue un pico en las muertes relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2014).

Además, durante el 2013 aproximadamente 12.9 millones de personas con diagnóstico por VIH tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TARV), lo cual representó un 37% de las personas con VIH en el mundo en ese momento. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en materia de acceso universal y gratuito al TARV (ONUSIDA, 2014).

3.2.2 VIH y sida en México

Desde 1983 hasta junio de 2014 y sólo en México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, CENSIDA (2014a), informó que han fallecido por sida 94, 044 personas, que están vivas en la fase de sida 65, 365 personas y que son seropositivos al VIH 50, 866 personas. Lo anterior indica que México cuenta con un total de 115, 862 casos notificados de VIH y sida hasta los informes más recientes.

Durante el 2013 CENSIDA informó 10,322 casos nuevos diagnosticados en total de VIH y sida, de los cuales 5,080 casos se tipificaron como VIH y 5,396 como sida. Durante el año 2014 hasta junio, CENSIDA informó 3, 604 casos nuevos diagnosticados en total de VIH y sida, de los cuales 1,696 casos se tipifican en VIH y 1, 908 casos se tipifican en sida (CENSIDA, 2014a).

A pesar de que actualmente el TARV ha resultado ser eficaz en el control de la infección por VIH, aproximadamente un 40% de las personas con infección por VIH en México no saben que son VIH positivos (CENSIDA, 2014b). Además, hasta 2013 de las 180 000 personas (niños y adultos) que se estimó tenía infección por VIH en México sólo 89 410 recibían TARV (CENSIDA, 2014b), lo que es consistente con los datos del ONUSIDA (2014), en cuanto a que en el mundo sólo el 37% de las personas que lo requieren tienen acceso al TARV (Véase la Figura 3.1).

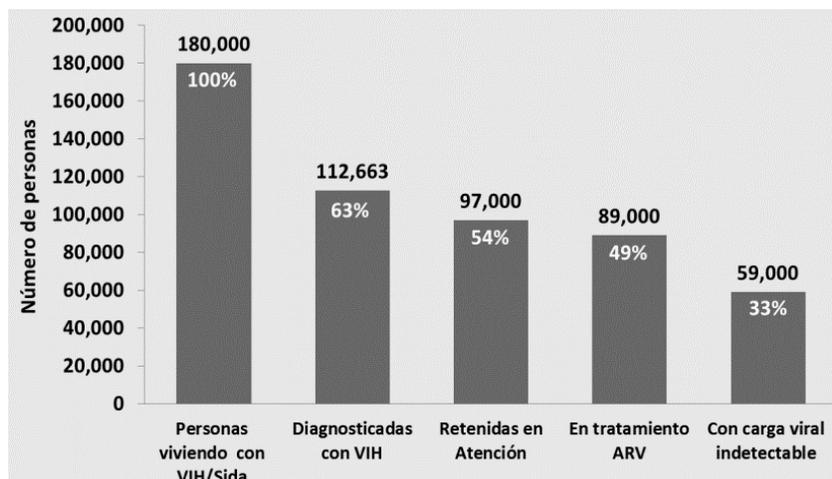


Figura 3.1. Cascada del continuo de la atención en México, 2013. Datos de CENSIDA, 2013. Adaptado de Magis, R. C. (2015) Panorama Epidemiológico de las Personas que viven con VIH en México, (PowerPoint) Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/princ>

Lo anterior implica, que pese a la eficacia del TARV, se requiere de políticas y de financiamiento para lograr el acceso gratuito y universal al TARV, y con ello los casos de sida y muertes relacionadas con la infección por VIH se reduzcan. Sin embargo, es importante señalar que, en México, por ejemplo, cada TARV le cuesta a la Secretaría de Salud \$44 997 pesos en promedio anual (CENSIDA, 2014b).

El hecho de que las muertes y casos de sida en México se hayan más bien estabilizado y no disminuido con respecto a los casos tipificados como VIH, aun cuando se cuenta con el TARV, según un estudio realizado por Bautista-Arredondo et al. (2015), se asocia, además del acceso al TARV, con la oferta de servicios de salud ofrecidos en México en el rubro de VIH.

En su estudio Bautista et al. (2015) documentaron la asociación entre factores de la oferta de servicios de atención de VIH sobre la mortalidad por sida en México en el periodo de 2008 a 2013 utilizando información del sistema de la Secretaría de Salud (Sistema SALVAR). Para su estudio dividieron las muertes por sida en mortalidad temprana (pacientes que murieron antes de los seis meses después de haber ingresar al sistema SALVAR) y muertes no tempranas (pacientes que murieron después de 6 meses o más de haber entrado al sistema SALVAR). Los resultados sugieren que los indicadores clínicos de los pacientes (CD4 inicial y carga viral) por sí solos explicaban el 44.4% de la variabilidad en la mortalidad temprana y 13.8% de la variabilidad de mortalidad no temprana. Los investigadores propusieron un modelo en el que agregaron los indicadores clínicos, indicadores sociodemográficos y de oferta de servicios, y estratos de tendencia de mortalidad a nivel estatal, además del año de ingreso al SALVAR, lo que aumentó el poder explicativo (probabilidad de muerte) en la mortalidad temprana en un 16% y la mortalidad tardía en un 96%. La conclusión de los investigadores fue que los aspectos de gerencia e implementación de los servicios de atención de VIH contribuyen significativamente a explicar la mortalidad por sida en México. Lo que sugiere que mejorar estos aspectos del programa nacional puede mejorar sus resultados.

3.3 El VIH

El VIH pertenece a la familia *Retroviridae* y la subfamilia *Lentivirus* (Romero, 2007), su forma es esférica de entre 100 a 120 nm de diámetro. El VIH se constituye de un núcleo llamado *core*, un citoplasma y una membrana externa denominada envoltura (véase la Figura 3.1). El *core* de la nucleocápside es una membrana que envuelve a la matriz del virus, que contiene dos cadenas de ARN, nueve genes con funciones específicas (véase la Tabla 3.1), que regulan la replicación viral y tres enzimas esenciales para el ciclo vital del VIH que son: transcriptasa inversa, integrasa y proteasa (Lozano de León, 2014).

3.4 Ciclo biológico del VIH

La replicación del VIH costa de una serie de pasos denominados ciclo biológico del VIH. El conocimiento de esta ciclo tiene la importancia de guiar los objetivos de acción de los antirretrovirales (Lozano de León, 2014).

Alcamí (2008) describe el ciclo biológico del VIH indicando que el primer paso es la *entrada* del VIH a la célula CD4 y lo explica como una “sinapsis virológica”. El VIH interactúa con los receptores CCR5 y CXCR4 del CD4 para poder entrar en él.

Una vez fusionadas las membranas del VIH y el CD4, se produce la internalización de la nucleocápside y procede la *descapsidación* del genoma vírico. Continúa la *retrotranscripción*, que es el proceso de síntesis de ADN a partir de ARN y en el que participa la enzima transcriptasa inversa. El siguiente paso es la *integración* de un ADN proviral, en este paso participa la enzima integrasa. Sigue la *transcripción* del ADN integrado para sintetizar ARN (Lozano de León, 2014). Ente la integración y la transcripción el VIH puede permanecer en *latencia*, replicarse de forma controlada o experimentar una replicación (Alcamí, y Coiras, 2011).

Después de la transcripción sigue la *elongación* del ARN en una cadena larga de ARN-mensajero que es activado por la proteína Tat (Lozano de León, 2014). Continúa *el procesamiento del ARN-mensajero* que implica transportarlo del núcleo al citoplasma, lo que es controlado por la proteína viral *rev*. El ARN-mensajero llega al ribosoma para la *síntesis de proteínas*. Las proteínas sintetizadas se procesan para constituir partículas maduras que sirvan en el *ensamblaje*. La *maduración* final de los viriones y el ensamblaje correcto se realizan en el proceso de gemación a través de la membrana celular (Alcamí, y Coiras, 2011). Terminada la gemación los virus son expulsados al exterior de la célula y pueden comenzar el ciclo del VIH en otras células CD4 (Lozano de León, 2014). (Ver Figura 3.2).

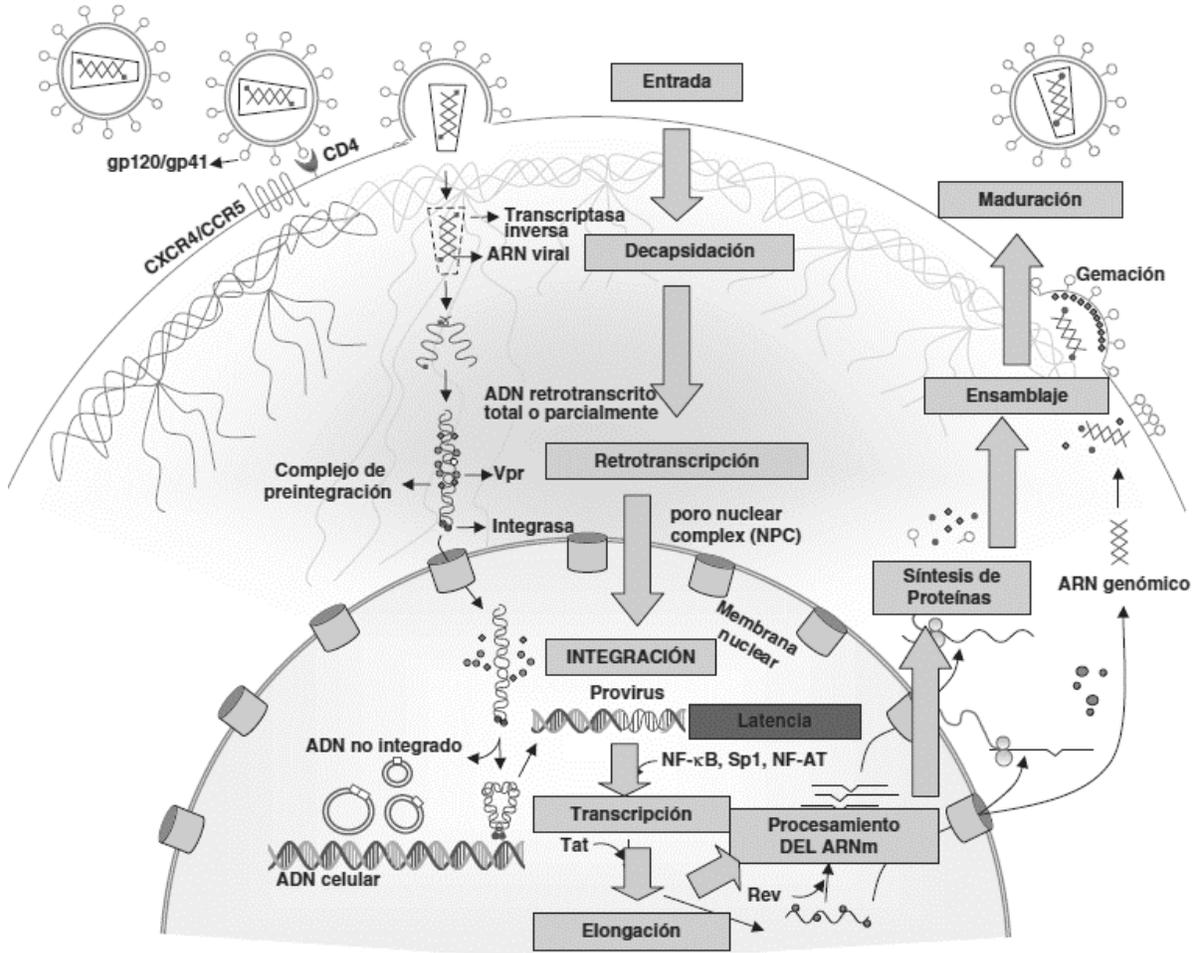


Figura 3. 2 Ciclo biológico del VIH. Adaptado de Alcamí, J., y Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(3), 216-226.

Tabla 3. 1*Genes del VIH, proteínas que codifica y su función.*

<i>env</i>	gp160	Poliproteína precursora
	SU/gp120	Proteína de la envoltura viral Interacción con el receptor CD4 y correceptores CXCR y CCR5
	TM/gp41	Fusión de membranas
<i>gag</i>	p55	Poliproteína precursor
	CA/p24	Proteína de la nucleocápside
	MA/p17	Proteína de la matriz
	NC/p79	Proteína de la nucleocápside. Ribonucleoproteína
	p6	Ribonucleoproteína. Encapsidación viral
<i>pol</i>	Transcriptasa inversa Integrasa Proteasa	Retrotranscripción
		Actividad ARNasa H
		Integración
		Procesamiento postransduccional de las poliproteínas gag y gag-pol
<i>tat</i>	Tat	Elongador del ARN mensajero
		Transactivador
		Inducción de apoptosis
<i>rev</i>	Ref	Regulador del transporte y el procesamiento del ARNm
<i>nef</i>	Nef	Incremento de la retrotranscripción
		Regulación negativa de CD4 y HLA clase I
		Inducción de apoptosis en CTL
<i>vif</i>	Vif	Aumenta la infectividad viral
		Interacción con APOBEC3G
<i>vpr</i>	Vpr	Transactivador viral
		Transporte del complejo de preintegración al núcleo Parada del ciclo celular. Inducción de apoptosis
<i>vpu</i>	Vpu	Secuestro de CD4 en el retículo endoplásmico
		Aumenta la generación y liberación de viriones

Nota. Adaptado de Alcamí, J. (2008) Ciclo replicativo del VIH. Dianas terapéuticas consolidadas y dianas potenciales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 26(12), 3-10.

3.4.1 Tipos de VIH

Existen dos tipos de VIH que son VIH-1 y VIH-2 (Ver Figura 3.3). El VIH-1 se ha distribuido ampliamente en el mundo y convertido en el principal responsable de la epidemia de VIH (Lozano de León, 2014). La distribución de los tipos de VIH en el mundo se muestra en la Figura 3.4. El VIH-2 es menos patogénico y menos transmisible. Además, el VIH-2 está confinado principalmente en áreas de África Occidental, aunque algunos casos se han identificado en Europa y Estados Unidos (Delgado, 2011).

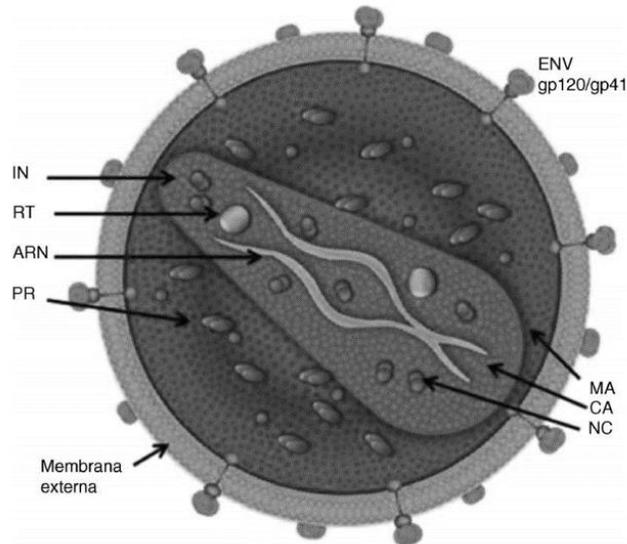


Figura 3. 3 Estructura del VIH-1. ENV = Envoltura, MA = Matriz, CA = Cápside, NC=Nucleocápside, IN = Integrasa, RT = Retrotranscriptasa, PR = Proteasa, ARN=Genoma del virus. Adaptado de Delgado, R. (2011) Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(1); 58-65.

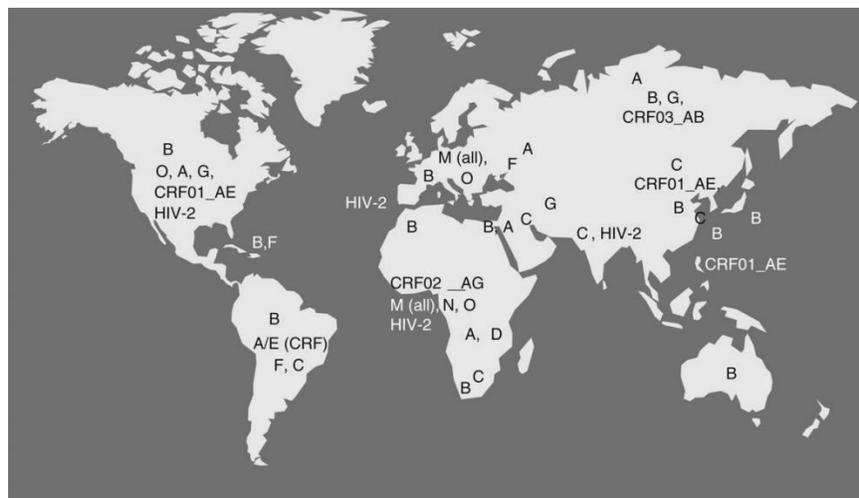


Figura 3. 4 Distribución geográfica de la diversidad de VIH-1 (subtipos del Grupo M) y VIH2. Adaptado de Delgado, R. (2011) Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(1); 58-65.

Las cepas del VIH-1 se clasifican en tres grupos según su homología genética: el grupo M (*main* o principal), grupo O (*outlier* o atípico) y el grupo N que indica no pertenencia al grupo M o al grupo O. El grupo M se ha dividido en nueve subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J y K). Estos subtipos se han recombinado entre ellos propiciando las Formas Recombinantes Circulantes (FRC). A su vez las FRC se forman por recombinación de fragmentos genómicos de distintos subtipos, que se incrementan constantemente, y de los cuales se han descrito más de 30 (Delgado, 2011).

3.4.2 Historia Natural de la Infección por VIH

El VIH invade principalmente a las células CD4, que forman parte del sistema inmunitario y que son encargadas de la defensa del organismo contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. Las células CD4 son una clase de linfocitos-T y los linfocitos son un tipo de glóbulos blancos. Los linfocitos son células inmunitarias que se denominan T o B, por su origen, ya sea en el Bazo o en el Timo. Los linfocitos-T son responsables de la inmunidad mediada por células y pueden ser de tres tipos, células colaboradoras, supresoras o asesinas. Los CD4 son linfocitos-T de la clase de células colaboradoras que tienen como función ayudar a otras células del sistema inmune en la destrucción de células cancerosas o infectadas por microorganismos al marcarlos para que puedan ser identificados por otras células del sistema inmune como las NK (Natural Killer) encargadas de su destrucción. El nombre CD viene del inglés "*Cluster of Differentiation*", que hace referencia al grupo diferencial de proteínas que conforman el receptor de la pared celular. Existen variados grupos diferenciales indicados por números y que permiten especificar al tipo del linfocito, en este caso el CD4 (Silverthorn, Johnson y Ober, 2014).

Alcamí y Corias (2011) sugieren que desde el punto de vista evolutivo el VIH se ha adaptado a infectar linfocitos CD4 en los que se replica con una cinética muy agresiva. La destrucción de los linfocitos CD4 por el VIH y sus distintos mecanismos de interferencia con el sistema inmunitario, permiten en consecuencia la infección por gérmenes oportunistas, el desarrollo de tumores y la afección neurológica que definen al sida.

A partir del momento de la infección por VIH y en ausencia de tratamiento la enfermedad progresará a sida. La fase avanzada por infección de VIH conocida como sida puede manifestarse entre 2 y 15 años después de la infección, dependiendo de cada sujeto. (OMS, 2013a).

Las infecciones oportunistas son las complicaciones más frecuentes en las personas con infección por VIH con conteos de CD4 bajos y que no reciben TARV. El acceso al TARV, en personas con un diagnóstico oportuno de infección por VIH, ha reducido las infecciones oportunistas considerablemente hasta el punto de una adecuada Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Agudelo-Gonzalez, Murcia-Sanchez, Salinas, y Osorio, 2015).

Entre las principales infecciones oportunistas relacionadas con la infección por VIH sin tratamiento oportuno, según su agente patógeno, se pueden clasificar en infecciones oportunistas fúngicas, micobacterianas, bacterianas, parasitarias, y virales.

Según Lasso (2011) entre las infecciones oportunistas fúngicas más frecuentes en los pacientes con infección por VIH las más comunes son la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la criptococcosis, la candidiasis tanto orofaríngea como esofágica, y la aspergilosis. En el rubro de las oportunistas micobacterianas la más frecuente es la tuberculosis. En el caso de las infecciones oportunistas bacterianas podemos hablar de infecciones respiratorias, entre las que se encuentra la neumonía por neumococo, infecciones entéricas, sífilis y bartonelosis. Entre las infecciones oportunistas parasitarias la más frecuente es la toxoplasmosis cerebral. Y en cuanto a las infecciones virales son las ocasionadas por los virus herpes simple tipo 1 y tipo 2.

En cuanto a los procesos de cáncer se encuentran los linfomas o sarcoma de Kaposi, que forman parte del propio cuadro clínico del sida (OMS, 2013a).

3.5 Transmisión

Las vías de transmisión se pueden resumir en tres categorías: sexual, sanguínea y perinatal (CENSIA, 2014b). La vía sexual incluye las conductas de riesgo como sexo anal y vaginal sin protección y contacto con fluidos capaces de transmitir el VIH como sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna y líquido cefalorraquídeo. La vía sanguínea incluye recibir transfusiones de sangre infectada por VIH, inyecciones sin garantías de seguridad, procedimientos que impliquen corte o perforación con instrumental no esterilizado, pincharse accidentalmente con una aguja infectada, que afecta principalmente al personal de salud, y compartir agujas en el caso de usuarios de drogas intravenosas. La vía perinatal se refiere a la transmisión VIH en forma vertical, es decir, de madre a hijo. Finalmente, el hecho de padecer alguna otra infección de transmisión sexual se considera como riesgo para la infección de VIH (OMS, 2013b).

3.5.1 Signos y síntomas

La sintomatología principal debido a la infección por el VIH implica afección de tipo gripal, fiebre, sudoraciones nocturnas, cefaleas, dolor de garganta, tos, pérdida de apetito y peso, diarrea, inflamación generalizada de los ganglios linfáticos, dolor y debilidad muscular, neuropatía periférica y síndrome general de desgaste, como los más usuales. En las primeras semanas subsecuentes al contagio las personas a veces no manifiestan ningún síntoma (OMS, 2013a).

3.6 Diagnóstico

Además de los aspectos epidemiológicos y clínicos que sugieren la infección por el VIH, el diagnóstico se determina con pruebas serológicas para demostrar la presencia o

ausencia en la sangre de anticuerpos contra el VIH. La prueba ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) es una de las pruebas más usuales, que de ser positiva se confirma con otras pruebas como la *Western-blot*. Una vez realizada la prueba confirmatoria se establece el diagnóstico positivo para infección por VIH. (Romero, 2007).

Es importante señalar que en la mayoría de las personas hay un periodo conocido como de ventana, silente o de latencia, generalmente con una duración de entre 3 y 6 semanas que siguen al contagio, durante este periodo los anticuerpos contra el VIH se están fabricando y aún no son detectables. Esta etapa es la de mayor infectividad, aunque la transmisión puede producirse en todos los estadios por la infección del VIH (OMS, 2013a).

Con el diagnóstico positivo y confirmado para VIH, se procede a conocer la fase de la infección, lo cual, implica conocer el número de linfocitos CD4 y la carga viral. En cuanto al conocimiento del número de células de CD4 se realiza un estudio conocido como “Cuento de CD4”.

El Cuento de CD4 es la medición del número de las células CD4 en un milímetro cúbico de sangre (mm³) y forma parte de una citometría de flujo que permite además conocer otros datos inmunológicos. El número de células CD4 en una persona sin infección por el VIH es de entre 500 a 1500 CD4 por mm³ de sangre.

La Carga Viral o viremia plasmática es un estudio que mide la cantidad de VIH por mililitro de sangre (mL) y que se realiza para conocer la fase de la infección. El conteo de CD4 y la Carga Viral son los principales indicadores biológicos para conocer el progreso de la enfermedad y si el TARV ha cumplido su objetivo de supresión viral, que es una carga viral indetectable.

Es importante señalar, en cuanto a la sensibilidad de las técnicas de carga viral, que existe una variación en la detección de copias de VIH por mL de sangre, lo que significa que el término indetectabilidad está sujeto a la sensibilidad de la propia técnica y al acuerdo de número de copias para clasificar la muestra como indetectable.

Por ejemplo, la sensibilidad del estudio de carga viral que utiliza la Clínica Especializada Condesa, detecta hasta 40 copias de VIH por mL de sangre. Las pruebas que tienen alta sensibilidad detectan entre 20 y 50 copias por mililitro de sangre (García, Álvarez, Bernal, Chueca, y Guillot, 2011). Es importante puntualizar que la indetectabilidad no significa que no exista VIH, o que un resultado indetectable se interprete como cura. La carga viral es el número de copias de VIH por mL de sangre en una muestra.

3.6.1 Sistemas de Clasificación para la infección por VIH

En cuanto a los sistemas de clasificación para la infección por VIH, las clasificaciones más comunes son la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de

Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés del *Center for Disease Control*). La OMS (1990), propuso la primera clasificación y el CDC (1992) realizó la publicación de su clasificación posteriormente. La clasificación de la OMS fue revisada en 2006 y la clasificación del CDC fue revisada en el 2008.

3.6.1.1 Clasificación de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 formalizó una definición de casos de sida para adultos y niños a partir de una definición clínica provisional que surgió ese mismo año, modificada en 1989 (para adultos y adolescentes) a fin de incluir pruebas serológicas para la detección del VIH. En 1994 la definición se modificó de nuevo para adaptar las revisiones de 1993 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y las definiciones europeas (OPS/OMS, 2009).

En la actualidad la OMS propone una estadificación clínica y una clasificación inmunológica para la infección por VIH en adolescentes y adultos que se indican en las Tablas 3.2 y 3.3.

Tabla 3. 2

Clasificación propuesta por la OMS para adolescentes y adultos con infección establecida por VIH.

Estadio clínico	Inmunodeficiencia	Conteo de linfocitos T CD4+ por mm ³
1	Ninguna o no significativa	≥500
2	Leve	350 – 499
3	Avanzada	200 – 349
4	Grave	< 200

Nota. Adaptado WHO World Health Organization (2006) Antirretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>

Tabla 3. 3

Descripción de los estadios clínicos propuestos por la OMS para adolescentes y adultos con infección establecida por VIH.

Estadio clínico 1
Asintomático Linfadenopatía persistente generalizada
Estadio clínico 2
Pérdida moderada de peso idiopática (menos de 10% del peso corporal) Infecciones recurrentes respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media) Herpes zóster Queilitis angular Úlceras orales recurrentes Erupciones papulares pruriginosas Dermatitis seborreica Onicomycosis
Estadio clínico 3
Pérdida grave de peso idiopática (más de 10% del peso corporal) Diarrea crónica idiopática durante más de un mes Fiebre persistente idiopática (mayor de 37.5°C, intermitente o constante, > 1 mes) Candidiasis oral persistente Leucoplasia oral vellosa Tuberculosis pulmonar Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia) Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda Anemia, neutropenia y/o trombocitopenia crónica idiopática
Estadio clínico 4
Síndrome general de desgaste o síndrome de consunción por VIH (Diminución del 10% del peso corporal, diarrea, fiebre y debilidad crónica). Neumonía por Pneumocystis Neumonía bacteriana grave recurrente Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal mayor a 1 mes o visceral de cualquier duración) Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones) Tuberculosis extrapulmonar Sarcoma de Kaposi Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos) Toxoplasmosis del sistema nervioso central Encefalopatía por VIH Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis)

(Continuación Tabla 3.3)

Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas
 Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 Criptosporidiasis crónica
 Isosporiasis crónica
 Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis)
 Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea)
 Linfoma (cerebral o de células B, no Hodgkin)
 Carcinoma cervical invasivo
 Leishmaniasis atípica diseminada
 Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH

Nota. Adaptado WHO World Health Organization (2006) Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>

3.6.1.2 Clasificación del CDC

El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos propuso inicialmente una clasificación de la infección por VIH para adolescentes y adultos de edad ≥ 13 años en 1993 y posteriormente la actualizó en 2008. La clasificación de 1993 presentaba tres categorías inmunológicas según el conteo de CD4 y tres categorías clínicas que combinadas resultaban nueve estadios (véase la Tabla 3.4). La clasificación actualizada de 2008 propone cuatro estadios, según el conteo de CD4, y el cuarto estadio lo depara para pacientes de quienes no se tiene información de su conteo de CD4 (ver Tabla 3.5).

Tabla 3. 4

Clasificación del CDC de la infección por VIH en adolescentes y adultos (1993).

CATEGORIAS INMUNOLÓGICAS	CATEGORIAS CLÍNICAS		
	A	B	C
Número de células CD4			
(1) >500/mL	A1	A2	A3
(2) 200-499/mL	B1	B2	B3
(3) >200/mL	C1	C2	C3

Categoría A: Se define como una o más de las siguientes condiciones en un adolescente o adulto con infección documentada por VIH: Infección asintomática por HIV, Linfadenopatía generalizada persistente, Infección aguda por HIV (primaria) con enfermedades acompañantes o historia de infección aguda por HIV.

(Continuación Tabla 3.4)

Categoría B: Se define como la presencia de condiciones sintomáticas en un adolescente o adulto con al menos uno de los siguiente criterios: Angiomatosis bacilar, Candidiasis (orofaríngea, vulvovaginal), Displasia cervical (moderada o severa)/ carcinoma cervical in situ, Síntomas constitucionales, como fiebre (38.5°C) o diarrea de >1 mes de duración, Leucoplasia velluda oral, Herpes zoster, comprometiéndose en al menos 2 episodios distintos o más de un dermatoma, Púrpura trombocitopénica idiopática, Listeriosis, Enfermedad pélvica inflamatoria, particularmente si es complicada por abscesos tuboováricos, Neuropatía periférica.

Categoría C: Incluye las condiciones que cumplen con los criterios para la definición de sida.

Candidiasis bronquial, traqueal, o pulmonar

Candidiasis esofágica

Cáncer cervical invasivo

Coccidioidomicosis diseminado o extrapulmonar

Criptococcosis extrapulmonar

Criptosporidiasis crónica intestinal (>1 mes de duración)

Infección por citomegalovirus (otro órgano diferente al hígado, bazo, o ganglios linfáticos)

Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)

Encefalopatía relacionada a HIV

Herpes simple: ulcera(s) crónica (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonía, o esofagitis

Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar

Isosporidiasis crónica intestinal (>1 mes de duración)

Sarcoma de Kaposi

Linfoma de Burkitt (o término equivalente)

Linfoma primario cerebral

Complejo *Mycobacterium avium* o *M. kansasii*, diseminado o extrapulmonar

Mycobacterium tuberculosis, de cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)

Mycobacterium, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonar

Neumonía por *Pneumocystis carinii*

Neumonía recurrente

Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Septicemia por *Salmonella*, recurrente

Toxoplasmosis cerebral

Síndrome consuntivo (wasting syndrome) por HIV

Nota. Adaptado de Center Disease Control (1992) 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR Recomm Rep. 12;18;41(RR-17):1-19. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>

Tabla 3. 5

Clasificación del CDC de la infección por VIH en adolescentes y adultos (2008).

Estadios	Conteo de linfocitos T CD4+ por mm³	Característica
1	≥ 500	No sida
2	200 – 499 CD4	No sida
3	< 200	Alguna condición de sida
4 (DESCONOCIDO)	Sin información	Sin información
Condiciones clínicas que definen sida		
Infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes		
Candidiasis de bronquio, tráquea, pulmones		
Candidiasis esofágica		
Cáncer cervical invasivo		
Coccidioidomicosis o extrapulmonar		
Coccidioidomicosis, diseminada o extrapulmonar		
Criptosporidiosis, intestinal crónica (> 1 mes de duración)		
Enfermedad por citomegalovirus, que no sea el hígado, el bazo o nodos, > 1 mes		
Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)		
Encefalopatía relacionada con VIH		
Herpes simple: úlceras crónicas (> 1 mes)		
Bronquitis, neumonitis o esofagitis (> 1 mes)		
Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar		
Isosporiasis intestinal crónica (> 1 mes)		
Sarcoma de Kaposi		
Neumonitis intersticial linfoidea o complejo de hiperplasia linfoidea pulmonar.		
Linfoma de Burkitt (o término equivalente)		
Linfoma, inmunoblástico (o equivalente)		
Linfoma primario del cerebro		
<i>Mycobacterium avium</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> de cualquier sitio, pulmonar diseminada o extrapulmonar		
<i>Mycobacterium</i> , otras especies o especies no identificadas, diseminada o extrapulmonar		
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>		
Neumonía recurrente		
Leucoencefalopatía multifocal progresiva		
<i>Salmonella</i> septicemia, recurrente		
Toxoplasmosis del cerebro, el inicio en la edad > 1 mes		
Síndrome General de Desgaste		

Nota. Adaptado de CDC Centers for Diseases Control. (2008) Revised Surveillance Case Definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection s and AIDS among children aged 18 months to < 13 years - United States. . *MMWR Recomm Rep.*, 57(RR-10).

3.7 Tratamiento

El tratamiento que ha demostrado ser eficaz para controlar la infección por VIH es la Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA), debido a que mantiene suprimida la replicación viral, aunque es importante enfatizar que no erradica la infección por VIH, sin embargo, la convierte prácticamente en una enfermedad crónica (Lozano y Domingo, 2011).

Es oportuno comentar que el TARAA es la traducción del acrónimo en inglés HAART (*Highly Active AntiRetroviral Therapy*) que se ha traducido también como TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), o simplemente Tratamiento Antirretroviral (TARV), como se mencionó al inicio de este capítulo, pero que hace referencia a las diferentes combinaciones de tratamientos antirretrovirales denominados de alta actividad.

Por otro lado, la investigación farmacológica acerca del TARV para la infección por VIH, continúa evaluando en nuevos fármacos su eficacia, interacción, resistencia del virus y efectos secundarios, para con ello contar con diversas opciones a elegir en la práctica médica (Zamora y Gatell, 2014).

El hecho de que la TARV haya demostrado eficacia ha llevado al ONUSIDA a proponer que puede ser una realidad llegar a la meta de cero muertes por el sida. Y con base en evidencia empírica ha propuesto que el inicio del tratamiento antirretroviral sea con un umbral de linfocitos de 500 células CD4/mm³ de sangre para comenzar el tratamiento farmacológico, y con ello prevenir la muerte por sida (ONUSIDA, 2013a).

En México, según la guía de manejo para el TARV de las personas con VIH de CENSIDA (2012), el tratamiento antirretroviral debe iniciarse antes de que el riesgo de infecciones oportunistas o la progresión de la enfermedad sean eminentes y se recomienda su inicio a brevedad en todos los casos sintomáticos con manifestaciones asociadas al sida. También se recomienda en personas con VIH asintomáticos con cifras menores a 350 células CD4/mm³ de sangre.

No obstante a la eficacia del TARV existe evidencia de que su principal limitación es la toxicidad secundaria al tratamiento.

La toxicidad al TARV depende de las combinaciones de antirretrovirales prescritos y pueden dividirse en a corto y a largo plazo. A corto plazo pueden presentarse en los pacientes con TARV alteraciones cutáneas como erupciones en la piel o prurito, que desaparece en las primeras semanas; hipersensibilidad que remite en promedio en 11 días; trastornos gastrointestinales como vómito, diarrea y náuseas que afectan según el esquema de TARV, por ejemplo, la combinación atazanavir/ritonavir puede producir en los pacientes náuseas (4-8%), vómitos (3-5%) y diarrea (5-19%); Hepatotoxicidad; Hiperbilirrubinemia; Neuropatía periférica, entre los más comunes, que de persistir son motivo de cambio de

TARV. A largo plazo resistencias metabólicas como resistencia a la insulina y diabetes mellitus; Nefrotoxicidad; Lipodistrofia (distribución anómala del tejido adiposo); Osteoporosis e Hipertensión arterial por mencionar algunos (Domingo y Lozano, 2011).

Las líneas de acción sobre este punto pueden resumirse en dos. La primera es la sustitución del antirretroviral por un congénere que no ocasione la toxicidad en cuestión, y la segunda línea, es la implementación de otros fármacos dirigidos a la corrección de los trastornos secundarios a dicha toxicidad (Domingo y Lozano, 2011).

Capítulo 4. Adherencia y Calidad de Vida en el Tratamiento Antirretroviral

4.1 Definición de adherencia

La discusión en torno a los conceptos de apego, cumplimiento, adherencia y adhesión no es nueva (Piña, 2013). En la Tabla 4.1 se muestran algunos conceptos relacionados con la adherencia terapéutica.

Tabla 4. 1

Conceptos relacionados a la adherencia terapéutica.

Término	Autor (es)	Definición
Cumplimiento	Haynes (1979)	“El grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones médicas o de salud” (Haynes, 1979, p.2).
Adherencia	Organización Mundial de la Salud (2004)	“El grado en el que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p.3).
Adhesión	Piña-López y Sánchez-Sosa (2007)	“Frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias de que dispone, una diversidad de comportamientos que le permitan cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud” (Piña-López y Sánchez-Sosa, 2007, p. 401).

La insistencia de llegar a un acuerdo sobre la adherencia terapéutica ha propiciado más amplitud descriptiva entre los conceptos propuestos, como se observa en la Tabla 2.1. Sin embargo, ya sea en términos de frecuencia (Piña-López y Sánchez-Sosa, 2007) o del grado de correspondencia (Haynes, 1979; OMS, 2004) sobre las conductas de una

terapéutica, lo esencial en la adherencia es la toma del medicamento y/o exposición al tratamiento (radioterapia por ejemplo), y los comportamientos de cambio en el estilo de vida de la persona.

4.1.1 Medición de la adherencia

La medición de la adherencia ha recibido mayor atención debido a los tratamientos prolongados que requieren las enfermedades crónicas. Sin embargo, la medición de la adherencia no es fácil, aunque es necesaria. La medición de la adherencia se ha realizado con bases de datos de farmacia, con información proporcionada por el propio paciente a través de cuestionarios, por medios electrónicos, lo que requiere dispositivos especiales, y también por parámetros analíticos de determinación sanguínea de los niveles plasmáticos del fármaco. Por último, en la medición de la adherencia el reto es evitar la sobreestimación (Nogués, Sorli y Villar, 2007).

4.2 Adherencia al tratamiento antirretroviral

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en porcentaje para lograr la supresión de la replicación viral, requiere ser $\geq 95\%$, debido a la rápida velocidad de mutación y replicación del VIH (OMS, 2004; Paterson, Swindelles, Wagener y Singh, 2002).

4.2.1 Factores predictivos de la adherencia

La OMS (2004) sugiere dos factores predictivos para la adherencia al tratamiento antirretroviral. Por una parte, están los factores relacionados con el régimen, que influyen en la complejidad del propio régimen y los efectos secundarios. Por otro lado se encuentran los factores relacionados con el paciente, que incluye los aspectos psicosociales, el sistema de creencias de los pacientes, la confusión y el olvido, y la relación paciente-prestadores de servicios de salud. Estos factores son los puntos hacia donde deben dirigirse las intervenciones en adherencia al TARV, pues la adherencia es posiblemente el tema más importante para controlar de manera exitosa la infección por el VIH y evitar la muerte por sida (OMS, 2004).

4.3 Importancia del Tratamiento Antirretroviral

El tratamiento antirretroviral ha demostrado ser eficaz para los puntos que a continuación se mencionan (SS/CONASIDA/CENSIDA, 2014; Lozano y Domingo, 2011; Peñarrieta et al., 2009).

- La supresión vírica (conseguir conteo indetectable de copias de VIH), en consecuencia los linfocitos CD4 se recuperan.
- Disminuir la mortalidad del sida, evitando la progresión de la infección por VIH a esta fase.
- Disminuir la comorbilidad de enfermedades oportunistas.

- Mejorar la calidad de vida.
- Disminuir la probabilidad de transmisión sexual del VIH

Lo anterior es posible, como ya se mencionó, cuando la adherencia es en porcentaje $\geq 95\%$, por lo cual el Tratamiento Antirretroviral es vertebral del control y manejo de la infección por VIH.

Los pacientes adherentes al tratamiento antirretroviral tienen un riesgo menor de presentar fallo virológico. Sin embargo, un entorno socio-familiar inadecuado y la complejidad del tratamiento se asocian con la falta de adherencia (Arrondo, Sainz, Andrés, Iruin y Napal, 2009).

4.4 Acceso al Tratamiento Antirretroviral

De las personas que requieren tratamiento antirretroviral, en el mundo, 12.9 millones, es decir 37%, tienen acceso a éste (ONUSIDA, 2014). Por otro lado, la importancia de la expansión y el acceso a la terapia antirretroviral se benefició del descubrimiento científico de que el inicio del tratamiento de forma temprana puede salvar más vidas. Lo anterior permitió que, en 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificara sus directrices para establecer la recomendación de comenzar con el tratamiento antirretroviral mucho antes y, en algunos casos, incluso de manera inmediata, con lo cual, un estimado de 28.6 millones de personas en el mundo cumplían los requisitos para acceder al tratamiento en 2013.

En cuanto al acceso a la terapia antirretroviral, entre 2002 y 2012, el acceso al tratamiento fue 40 veces mayor. Lo anterior dio lugar a que a finales de 2012, 9.7 millones de personas tuvieran acceso a la terapia antirretroviral en los países de ingresos medios y bajos. Los índices de acceso al tratamiento han aumentado exponencialmente en los últimos años. Así, en 2012, 1,6 millones de personas accedieron por primera vez al tratamiento (ONUSIDA, 2013b).

El acceso al tratamiento es fundamental. Sin embargo, el que las personas con VIH logren una adherencia al medicamento en porcentaje de por lo menos 95% es lo que permite que los antirretrovirales puedan actuar de manera eficaz (OMS, 2004).

4.5 Impacto de los efectos secundarios del Tratamiento Antirretroviral en la Adherencia

Un aspecto que influye en la aceptación del tratamiento antirretroviral son los efectos secundarios que pueden presentarse al tomar Tratamiento Antirretroviral. En una revisión sistemática con meta-análisis Al-Dakkak et al. (2013), encontraron que los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral influyen de manera negativa en la adherencia.

Los efectos secundarios son variados según el esquema antirretroviral, pero los más comunes al iniciar el TARV son náusea, vómito, cefalea y sueños vívidos. A largo plazo hepatitis, acidosis láctica con esteatosis hepática, lipodistrofia (distribución anómala del tejido adiposo, que es menos común con los nuevos esquemas), miopatía y neuropatía periférica, por hacer mención de algunos (CENSIADA, 2012).

En contraste e independientemente de los efectos secundarios del Tratamiento Antirretroviral, el compromiso de los proveedores de salud influye en la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH, cuando notan compromiso fallan menos en la toma de las dosis, además de una mejoría en la calidad de vida, según el equipo de Chen et al. (2013).

4.6 Algunos Estudios sobre Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

Un programa desarrollado para la adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) fue la propuesta de Safren, Otto y Worth (1999), denominado Pasos Vitales (*Life-Steps*). Este programa es una intervención cognitivo-conductual de una sola sesión que utiliza la entrevista motivacional y técnicas de resolución de problemas, a través de diez pasos para propiciar la adherencia al TARV. Un estudio realizado por Safren et al. (2001) mostró que Pasos Vitales y el monitoreo de la toma de medicamentos contribuyen a mejorar la adherencia en personas con problemas de adherencia al TARV.

Un estudio basado en una intervención de autocontrol y la retroalimentación en que participaron cuarenta y tres personas con VIH, quienes estaban comenzando o cambiando a un nuevo régimen de inhibidor de la proteasa, fueron asignados al azar para aplicarles la intervención con el objetivo propiciar una mejor adherencia. El programa utilizó monitores electrónicos en frascos de medicamentos y los participantes también completaron un cuestionario de 40 ítems para medir la toma de medicamentos. El grupo experimental mostró tener un 80% de adherencia en la toma de sus dosis al concluir el estudio, que duró 12 semanas, en cambio el grupo de control obtuvo una adherencia final del 37%. Por lo tanto, el programa mejoró la adherencia a los regímenes complejos en la atención del VIH/sida (Smith, Rublein, Marcus, Brock y Chesney, 2003).

Otro estudio es el realizado por Simoni et al. (2013) realizado en la zona fronteriza entre México y Estados Unidos comparó el tratamiento usual versus el tratamiento de terapia cognitivo conductual para la adherencia y la depresión (CBT-AD) en personas con VIH (11 mujeres, 29 hombres). El tratamiento usual consistió en citas programadas para seguimiento médico, pruebas de laboratorio y recoger medicamento en un promedio de cada tres meses. Si se detecta algún padecimiento psiquiátrico se canaliza y proporciona medicamento psicoactivo. El tratamiento experimental consistió en varios módulos, el primero fue de adherencia constituido por los “Pasos Vitales” propuestos por Safren et al. (1999), y una intervención de una caja electrónica para recordar el horario de la toma del medicamento (Electronic Pillbox Intervention), el segundo de Activación Conductual, el

tercero de Reestructuración Cognitiva, el cuarto de Solución de Problemas y el quinto de Entrenamiento en Relajación. El equipo de Simoni informó que la intervención CBT-AD, en general, propició mejoría en el conteo de CD4, pero impacto moderado en la carga viral.

En una revisión sistemática que tuvo por objetivo revisar la evidencia para el uso mensajes de texto por teléfono celular para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por el VIH, mostró evidencia favorable para implementar este tipo de estrategias (Horvath, Azman, Kennedy y Rutherford, 2012).

4.7 Calidad de vida

La calidad de vida ha evolucionado de la definición de salud propuesta por la OMS en 1948, que define a la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002). Con lo cual, la calidad de vida adquiere una relevancia indeleble como aspecto de la salud y es utilizada en diversas disciplinas con un propósito de evaluación (Riveros, Sánchez-Sosa y del Águila, 2009).

4.7.1 Concepto de Calidad de Vida

En la actualidad no existe un consenso universalmente aceptado sobre la definición de la calidad de vida y sobre la metodología adecuada e instrumentos apropiados para medirla (Rodríguez, 2013). Sin embargo, la OMS ha intentado un consenso internacional definiendo a la calidad de vida como: “La percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQoL Group, 1993).

La definición de la OMS sugiere la percepción subjetiva del individuo y su percepción sobre condiciones objetivas, por ejemplo, recursos materiales. (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

En cuanto a la medición de la calidad de vida, ésta se ha realizado desde tres perspectivas evaluativas 1) calidad de vida en general, 2) calidad de vida relacionada con la salud, y 3) calidad de vida específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Célis, 2006; Riveros, Sánchez-Sosa y del Águila, 2009).

4.7.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) es un aspecto que está recibiendo especial interés en las enfermedades crónicas como lo es la infección por VIH (Teva, Bermúdez, Hernández-Quero, y Buela-Casal, 2004). La CVRS en las personas con VIH ha aumentado considerablemente, debido a la eficacia del tratamiento antirretroviral (Ventura, Martín, Morillo, Yébenes, y Casado, 2014). Propiciar la adherencia al tratamiento antirretroviral, contribuye mantener la CVRS de las personas con VIH.

La definición de la calidad de vida a pesar de no tener un acuerdo definitivo, en su aspecto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado, para su medición, los siguientes puntos de consenso según el Grupo WHOQOL (1995):

- La subjetividad
- La multidimensionalidad
- La inclusión de sentimientos positivos y negativos
- El registro de su variabilidad en el tiempo

En una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis (Cardona-Arias y Higuera-Gutiérrez, 2014) que tenía por objetivo evaluar la percepción de la CVRS en personas con VIH/sida, con una búsqueda en bases especializadas (Pubmed, Science direct, Lilacs y Scielo) de 2002 a 2012, que incluyó 19 investigaciones con 3 348 personas de 11 países. Concluyó que el adecuado manejo de las personas con VIH/sida puede disminuir los efectos negativos sobre la salud física, psicológica, social, ambiental, el nivel de independencia y la espiritualidad.

4.7.3 Algunos estudios sobre Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La adherencia al tratamiento antirretroviral en un estudio realizado en Sudáfrica, en hombres y mujeres, demostró mejorar la percepción subjetiva de la calidad de vida relacionada a la salud de los participantes, sin embargo, también concluye que es necesaria más investigación de tipo longitudinal en cuanto a los cambios de la calidad de vida en personas que viven con VIH (Louwagie et al., 2007).

En un estudio realizado en Brasil en 85 personas que viven con VIH, 42 hombres y 43 mujeres, se midió la calidad de vida con el cuestionario WHOQoL-HIV-Bref, encontrado que los aspectos psicológicos y socio-médicos influyen en la calidad de vida. En este estudio se encontró que la adhesión al tratamiento antirretroviral propiciaba en general una buena calidad de vida. Sin embargo, también se informó que una mala calidad de vida se asocia principalmente con niveles de educación bajos y cuando los pacientes creen estar enfermos, es decir, cuando tienen una actitud negativa hacia la enfermedad que los lleva a creer que su enfermedad les incapacita (Da Silva et al., 2013).

En un estudio realizado por Mweete et al. (2014), midieron la calidad de vida con las escalas de calidad de vida EQ-5D y escala visual analógica EQ-5D, encontrando que el estado autopercepción de calidad de vida mejora con el uso del tratamiento antirretroviral en inmunocomprometidos por VIH.

Finalmente, en México un estudio realizado por Sánchez-Sosa y González-Puente (2002) desde la Terapia Cognitivo Conductual, sobre el bienestar del paciente seropositivo

al VIH/SIDA, se estudió una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de VIH en alguna de las etapas clínicas de la infección: (A) inicial, (B) intermedia y (C) avanzada, de hospitales de la Ciudad de México. Este estudio midió la calidad de vida con la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (*EsCaViPS*), desarrollada en el mismo estudio, y aplicó un Programa terapéutico integrado por estrategias cognitivo conductuales a los participantes. En los resultados se informó que el programa mejoró de la Calidad de Vida en las áreas: física, de interacción con el equipo de salud, sexual y de relación de pareja, pero no significativamente el área psicosocial.

Capítulo 5.

Planteamiento del problema

5.1 Justificación

La infección por VIH, que actualmente afecta a más de 35 millones de personas en el mundo (ONUSIDA, 2014), en ausencia de tratamiento antirretroviral progresa a la fase de sida y concluye con la muerte. El Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA) también denominado simplemente Tratamiento Antirretroviral (TARV) es el único método que ha comprobado eficacia para el control de la infección por VIH al lograr la supresión del virus, y con ello, evitar la progresión de la enfermedad a la fase de sida. Lo que convierte a la infección por VIH en una enfermedad crónica.

El TARV, debido a la rápida velocidad de mutación y replicación del VIH, necesita una adherencia en porcentaje $\geq 95\%$ para lograr la supresión del virus y controlar la infección (OMS, 2004; Paterson, Swindelles, Wagener y Singh, 2002). Propiciar en las personas con infección por VIH la adherencia requerida al TARV es vital para la prevención de muertes por sida. Además, el TARV propicia una mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), permitiendo a las personas con VIH realizar sus actividades cotidianas tanto en lo personal como en lo laboral.

Los retos en cuanto al TARV para lograr la visión del ONUSIDA (2010) de llegar a cero muertes relacionadas con el sida, implican además de la adherencia al TAVR, que su acceso sea posible para todas las personas con infección por VIH a nivel mundial. Si se considera que sólo un 37% de las personas con VIH en el mundo tienen acceso al TARV (ONUSIDA, 2014) la importancia de promover la adherencia en la población con acceso a dicho tratamiento es de medular importancia.

Es necesario mencionar que este trabajo surge desde la Medicina Conductual como campo interdisciplinario (Schwartz y Weiss, 1978a), en el cual, el Psicólogo desde un enfoque comportamental, identifica conductas de salud que apoyan los diferentes niveles de prevención de las condiciones médicas, como la infección por VIH. Lo anterior hace del Psicólogo un especialista de la salud, que dentro de la Medicina Conductual aplicada al VIH y entre las diversas intervenciones que puede realizar, una de ellas sea procurar la adherencia al TARV.

Dentro de las actividades del Residente en Medicina Conductual del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, se encuentra la realización de una detección de necesidades en la sede, en este caso la Clínica Especializada Condesa (CEC) de la Ciudad de México, que atiende a personas con diagnóstico por infección de VIH, para identificar algún problema o intervención que esté en sus posibilidades resolver o mejorar.

Por lo cual, durante la rotación realizada por el Residente en Medicina Conductual en el Programa de Salud Mental (PSM) de la CEC, se detectó que las Medidas Generales y Particulares sobre cuidados de salud en el paciente con VIH, así como la Psicoeducación al TARV que se proporcionan al final de la *Entrevista de primera vez* en el PSM, a la que acuden los pacientes de la CEC como rutina para integrar su expediente cuando ingresan a la clínica, no estaban sistematizadas, ni se habían hecho estudios sobre los contenidos de tal intervención, e incluso de qué contenidos sería más conveniente integrar.

La rotación realizada por el residente en Medicina Conductual en el PSM aplicando la *Entrevista de primera vez*, le permitió recopilar un contenido que integrara las Medidas Generales y Particulares, así como, la Psicoeducación al TARV proporcionada de manera usual, con el contenido necesario para realizar una Psicoeducación sistematizada dirigida a los pacientes que están por iniciar TARV o que lo han iniciado recientemente y que acuden a su *Entrevista de primera vez* en el PSM.

Para sistematizar la Psicoeducación, un aspecto a considerar en la elaboración del Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV fue el diseñar una intervención breve de una sesión y un seguimiento, debido a que los pacientes de la CEC deben acudir de rutina a sus consultas médicas, estudios de laboratorio y a recoger medicamento en farmacia de forma continua, lo que es prioridad y vital para la CEC.

Por lo tanto, un programa de intervención breve fue lo requerido por el PSM para que el paciente obtuviera la información necesaria sobre adherencia al TARV en una sesión después de la *Entrevista de primera vez*, con la posibilidad de un seguimiento. Lo cual, no entorpecía el funcionamiento normal de la CEC y ofrecía al paciente el beneficio de recibir una Psicoeducación validada, breve, que aclarara sus dudas sobre el TARV y que no le implicara más visitas a la clínica de las que ya debe hacer de forma continua, reduciendo también los permisos laborales o faltas escolares que los pacientes prefieren reservar para sus consultas médicas, estudios de laboratorio y recogida de medicamento, que como ya se mencionó es vital para el paciente y que para CEC es un criterio que las investigaciones no entorpezcan dichas actividades.

La presente investigación encuentra su justificación en dos puntos clave. Por un lado, la importancia que tiene la adherencia al TARV para prevenir la fase de sida, lo que propicia un mejor pronóstico en la CVRS de las personas con infección por VIH a mediano y largo plazo. Por otro lado, la detección de necesidades efectuada por el residente en Medicina Conductual durante su rotación realizada por el PSM de la CEC, para sistematizar la Psicoeducación ofrecida de manera usual.

5.2 Propósito de la investigación

5.2.1 Objetivo general de la investigación

- **Sistematizar, validar y evaluar un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV), que incluye la evaluación de la CVRS, dirigido a pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH de la Clínica Especializada Condesa (CEC), que comienzan TARV por primera vez.**

Para cumplir con el objetivo general de esta investigación se realizaron dos estudios. En el primer estudio se sistematizó la información sobre los conocimientos necesarios de la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV, diseñándose una presentación de diapositivas sobre la que se obtuvo validez de contenido por el método de juicio de expertos. Una vez validado el contenido de la información presentada en diapositivas por 14 médicos de la CEC se integró al Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV.

Para el segundo estudio se complementó el Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV con la creación de una metáfora sustentada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), titulada el “*Reloj de Arena*”, con el fin de reforzar la información previamente presentada en las diapositivas sobre los conocimientos necesarios de la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV, que se validó en el primer estudio. Algunos estudios de la ACT en la adherencia al TARV muestra evidencia a favor de su utilización (Patiño, 2013). Además, se agregó un formato de auto-registro en forma de cuadernillo tamaño similar a un pasaporte denominado *carnet*, que se diseñó para servir de recordatorio y registro de la toma del medicamento, durante el primer mes en que los pacientes con diagnóstico reciente por VIH iniciaban TARV.

Con la integración de lo anterior se elaboró el “Manual de aplicación de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Diagnóstico Reciente de Infección por VIH”.

Con el manual y el consentimiento del Comité de Ética se comenzó la evaluación de la eficacia del Programa Psicoeducativo en pacientes de la CEC que acudieron a su *Entrevista de primera vez* al PSM.

5.3 Preguntas de investigación

Primer estudio:

1. La sistematización de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV), en pacientes con diagnóstico reciente por VIH, ¿tendrá validez de contenido, en cuanto a los conocimientos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV?

Segundo estudio:

2. Un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV) en pacientes con diagnóstico reciente por infección de VIH, que inician TARV por primera vez en la Clínica Especializada Condesa (CEC), ¿proporcionará los conocimientos mínimos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV?

Capítulo 6.

Estudio 1: Validez de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

6.1 Propósito del estudio

6.1.1 Objetivo general

1. Validar por el método de juicio de expertos la información presentada en diapositivas sobre los conocimientos básicos de la infección por VIH relacionados con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV), que sirvieron de base al Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV en pacientes con diagnóstico reciente por infección de VIH de la Clínica Especializada Condesa (CEC), que inician TARV por primera vez.

6.1.2 Objetivos específicos

1. Obtener la importancia e índice de aceptabilidad de la información presentada en diapositivas a los jueces sobre los conocimientos de la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV.
2. Calcular el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para obtener una medida del grado de consistencia o acuerdo entre la aceptabilidad de los jueces y establecer la confiabilidad.
3. Precisar la información presentada en las diapositivas sobre los conocimientos de la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV, utilizando las observaciones hechas por los jueces.
4. Delimitar el contenido necesario para una Psicoeducación de Adherencia al TARV con validez para su aplicación.

6.2 Método

6.2.1 Participantes

Participaron 14 médicos que atienden a personas con diagnóstico por infección de VIH en su práctica médica cotidiana en la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad (CEC) de México. De los participantes, en adelante denominados *jueces*, fueron: 8 mujeres y 6 hombres.

En cuanto a los años de ejercicio médico en general, los jueces informaron un promedio de 9.4 años (D.E. = 9.2, rango= 0.17-33).

En cuanto al ejercicio médico de los jueces dentro de la CEC atendiendo a pacientes por infección de VIH, el promedio fue de 4.1 años (D.E.=3.1; rango=0.13-10). Las especialidades de los jueces, su frecuencia y porcentaje pueden observarse en la Tabla 6.1.

Tabla 6. 1
Especialidad de los jueces.

Especializada	Frecuencia	%
Medicina Interna	6	43
Infectología	3	21
Gineco-obstetricia	1	7
Dermatología	2	14
Médico General	2	14
Total	14	100

6.2.1.1 Criterios de inclusión

Médicos de la CEC que estuvieran de acuerdo en participar como jueces.

6.2.2 Diseño

El diseño fue un Juicio de Expertos, *no experimental* en virtud de no haberse administrado variables, *transversal* porque fue realizado en un solo momento (Hernández-Sampieri, Fernández, Baptista, 2010), y de tipo *descriptivo* porque evalúa la información presentada a un grupo de jueces para detallar su grado de aceptabilidad y acuerdo.

6.3 Materiales

6.3.1.1 Información presentada en las diapositivas

La información presentada en las diapositivas en cuanto a los conocimientos básicos sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV, se dividió en cinco áreas, con sus respectivos subtemas y se distribuyó en 15 diapositivas tal como se presentaría en el Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV, y de esta forma fueran evaluadas por jueces (Véase anexo A1. Formato de aplicación para el juicio de expertos). En la tabla 6.2 se detallan las áreas mencionadas, los subtemas de cada una de ellas, y el número de diapositiva que contiene dicha información.

Tabla 6. 2

Conocimientos básicos sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV.

Áreas de información	Subtemas	No. de Diapositiva
Conceptos básicos de la infección por VIH	VIH Sida	1-2
TARV	Objetivo del TARV Carga viral Conteo de CD4 Beneficios del TARV Efectos secundarios	3-7
Adherencia al TARV	Concepto de adherencia Beneficios de la adherencia	8
Medidas generales de salud	Hábitos alimenticios Higiene de sueño Disminución de uso de drogas	9-11
Medidas particulares de salud para la infección por VIH	Ejercicio moderado Alimentos que interfieren con el funcionamiento del TARV Evitar reinfección	12-15

Nota: TARV=Tratamiento Antirretroviral; VIH=Virus de Inmunodeficiencia Humana.

El formato pedía evaluar la importancia de la información presentada. En caso de considerarla importante se pedía que evaluara el grado de aceptabilidad de la información en una escala del 1% (poco importante) al 100% (extremadamente importante). Finalmente, el formato contenía un espacio para realizar observaciones, en caso de considerarlas convenientes (ver anexo A1. Formato de aplicación para el juicio de expertos).

6.4 Procedimiento

1. Se sistematizó la información sobre los conocimientos necesarios de la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV en una presentación de diapositivas.
2. Se elaboró un formato impreso de las diapositivas para que los jueces participantes pudieran evaluar en él, la información contenida en ellas.
3. A cada juez se entregó un formato de aplicación para el juicio de expertos.
4. Se recopilaron los formatos de evaluación y se realizó el análisis de los datos obtenidos.

6.5 Resultados

Se describe en esta sección la importancia, aceptabilidad y validez de la información sometida al juicio de expertos. Posteriormente se detallan las observaciones de importancia que realizaron los jueces y finalmente se muestran las áreas de contenido validadas para su inclusión en el Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV.

6.5.1 Importancia, aceptabilidad y validez

La información sobre los conocimientos de la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV presentada en 15 diapositivas, fue inicialmente clasificada por los jueces por importancia. El resultado fue un acuerdo total de importancia para las áreas de *Conceptos básicos de la infección por VIH, TARV, y Adherencia al TARV*. El área de *Medidas generales de salud* obtuvo un desacuerdo de importancia para la información presentada en la diapositivas 9 y 10. Finalmente, el área de *Medidas particulares de salud para la infección por VIH* obtuvo un desacuerdo de importancia para la información presentada en la diapositivas 12, 13 y 14. En la tabla 6.3 se muestran los detalles de la evaluación de jueces por diapositiva.

Tabla 6. 3*Evaluación de la importancia de la información presentada en cada diapositiva.*

Áreas de información	Diapositiva	Número de jueces (n=14)	
		NO importante	Importante
Conceptos básicos de la infección por VIH	1-2		14
TARV	3-7		14
Adherencia al TARV	8		14
Medidas generales de salud	9	1	13
	10	1	13
	11		14
Medidas particulares de salud para la infección por VIH	12	1	13
	13	1	13
	14	1	13
	15		14

Nota: TARV=Tratamiento Antirretroviral; VIH=Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Después de señalar la importancia de la información presentada en diapositivas los jueces evaluaron la aceptabilidad de las mismas en una escala de 1% (poco importante) a 100% (extremadamente importante). El índice de aceptabilidad en porcentaje se calculó obteniendo el promedio de la evaluación en porcentaje que realizaron los jueces para la información presentada en cada diapositiva. Posteriormente se calculó el índice de aceptabilidad por área de información. Los índices por áreas de aceptabilidad por diapositiva y áreas de información se presentan en la Tabla 6.4.

Tabla 6. 4
Índices de aceptabilidad de las áreas de información.

Área de información	D	Índice de aceptabilidad en %		Desviación estándar	
		Por Diapositiva	Por área	Por Diapositiva	Por área
Conceptos básicos de la infección por VIH	1	99.9		.27	
	2	96.7	98.3	8.20	2.28
	3	99.3		2.67	
	4	98.6		3.63	
	5	100	98.9	.000	1.08
	6	97.1		8.25	
	7	99.3		2.67	
Adherencia al TARV	8	99.3	99.3	2.67	-
Medidas generales de salud	9	84.3		29.01	
	10	87.5	90.1	27.93	7.49
	11	98.6		3.63	
Medidas particulares de salud para la infección por VIH	12	86.4		28.72	
	13	87.9		28.87	
	14	91.4	91.4	26.85	6.08
	15	100		.000	

Nota. D=diapositiva; TARV=Tratamiento Antirretroviral; VIH=Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Los índices de aceptabilidad en porcentaje de la información presentada en las diapositivas 9, 10, 12 y 14 (Tabla 6.4) son las puntuaciones más bajas, aunque aceptables, y son consistentes con las diapositivas que obtuvieron una evaluación no importante por uno de los catorce jueces que las evaluaron en cuanto a importancia (Tabla 6.3).

En cuanto a las áreas, los índices de aceptabilidad en porcentaje de la información presentada muestran una puntuación mayor al 90% de aceptabilidad en todas ellas. El promedio de las áreas fue 95.6% (D.E.=4.47, rango=90.1-99.3), lo que permitió conocer la aceptabilidad general de la información presentada.

Para conocer la concordancia entre los jueces se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) permitió establecer la fuerza de concordancia entre jueces y obtener la validez de contenido de las áreas de información presentadas en las diapositivas mediante el método de juicio de expertos. La interpretación del CCI se realizó con la escala propuesta por Landis y Koch, citada en Mandeville (2005) que se muestra en la Tabla 6.5.

Tabla 6. 5

Escala de acuerdo propuesta por Landis y Koch.

Valor	Grado de acuerdo
0.01 – 0.20	Leve
0.21 – 0.40	Regular
0.41 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Substancial
0.81 – 1.00	Casi perfecto

Nota. Adaptado de Mandeville, P. B. (2005) El coeficiente de correlación intraclase (CCI). *Ciencia Universidad Autónoma de Nuevo León*, 7(3), 414-416.

Como se muestra en la Tabla 6.6 el CCI general de los jueces, con respecto a su opinión de toda la información presentada, fue calculado con un intervalo de confianza de 95% fue de: 0.869, lo que según la escala de Landis y Koch, se interpreta como una fuerza de concordancia entre jueces casi perfecta.

Tabla 6. 6

Valides, confiabilidad y fuerza de concordancia entre los jueces.

Variable	CCI	IC 95%		F	Fuerza de concordancia
		Inferior	Superior		
Acuerdo entre jueces (n=14)	.869	.741	.950	7.625*	Casi perfecta

Nota. CCC = Coeficiente de Correlación Intraclase; IC = Intervalo de confianza; F = Prueba F.

* p< .001

En cuanto a las observaciones realizadas por los jueces, éstas se agruparon en dos rubros. El primer rubro contiene observaciones sobre errores tipográficos como omisión de alguna letra y mejoras en cuanto a la inclusión de algunas imágenes para enriquecer la presentación de diapositivas. Dichas observaciones se atendieron al corregir los errores tipográficos y agregando imágenes y movimiento a algunas diapositivas.

El segundo rubro de observaciones consistió en sugerencias para agregar o precisar información de la Psicoeducación para la adherencia al TARV. Estas observaciones se detallan en la Tabla 6.7 (La transcripción de las observaciones realizadas por los jueces, se encuentra en el anexo A2).

Las observaciones de los jueces como indica la tabla 6.7 se divide a su vez en dos categorías que son: agregar y enfatizar. En la primera se colocaron las observaciones que aportaban información a la Psicoeducación y en la segunda categoría las observaciones en el sentido de hacer un énfasis en la información presentada debido a su puntual importancia.

Tabla 6. 7

Observaciones a la Psicoeducación para la adherencia al TARV.

Observaciones de los jueces			
Áreas de información	D	Agregar	Enfatizar
Conceptos básicos de la infección por VIH	1-2	Que los CD4, defensas, también se llaman glóbulos blancos o leucocitos Diferencia entre tener VIH y Sida	Fase de sida
TARV	3-7	Parámetro de indetectabilidad, para la CEC de ≤ 40 copias de VIH	Que el TARV evita la progresión de la enfermedad a la fase de sida Que el objetivo del TARV es bajar la carga viral Que al bajar la carga virar en consecuencia suben las defensas Que los efectos secundarios son tolerables Para más detalles de efectos secundarios pregunte a su médico tratante
Adherencia al TARV	8	Un concepto más simplificado de adherencia Riesgos de la mala adherencia Concepto de reinfección más simplificado Consecuencias de la reinfección La frase. "Cambio de cavidad	

= cambio de preservativo”

(Continuación Tabla 6.7)

Medidas generales de salud	9-11		De manera más puntual la medidas generales de salud En una sola diapositiva que no pueden consumir hierba de san juan y no consumir drogas ilegales.
Medidas particulares de salud para la infección por VIH	12-15	Que: Tomar tu medicamento todo los días: ¡Sólo depende de ti! ¡Gracias!	De manera más puntual las medidas particulares para la infección por VIH

Nota. D = Diapositiva; TARV=Tratamiento Antirretroviral; VIH=Virus de Inmunodeficiencia Humana; CEC= Clínica Especializada Condesa

En la Tabla 6.8 se muestran las áreas de información, los subtemas y el número de las diapositivas en las que fue colocada finalmente la información. En un comienzo la información fue distribuida en 15 diapositivas con una diapositiva más que presentaba al material que pasó de llamarse “Conceptos básicos implicados en el tratamiento por infección de VIH” a titularse “Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral”. La versión final de integró por 19 diapositivas de información y una de presentación que se considera la número cero.

Tabla 6. 8*Contenido validado de la Psicoeducación para la adherencia al TARV.*

Áreas de información	Subtemas	No. de Diapositiva
Presentación de la Psicoeducación	-	0
Conceptos básicos de la infección por VIH	Conceptos de VIH, sida y fase de sida. Diferencias entre tener VIH y sida ^a	1-3
Tratamiento Antirretroviral	Objetivo del TARV Carga viral Conteo de CD4 Beneficios del TARV Manejo de efectos secundarios ^b	3-11
Adherencia al TARV	Concepto de adherencia Beneficios de la adherencia Riesgos de la mala adherencia ^a Reinfección y sus consecuencias ^c	12-14
Medidas generales de salud	Hábitos alimenticios Higiene de sueño Disminución de uso de drogas	15-16
Medidas particulares de salud para la infección por VIH	Ejercicio moderado Alimentos que interfieren con el funcionamiento del TARV No consumo de drogas ilegales ^c	17-19

^a Subtemas que fueron agregados por las observaciones de los jueces.

^b Subtemas que fueron modificados por las observaciones de los jueces.

^c Subtemas que fueron modificados y cambiados de área de información por las observaciones de los jueces.

Entre los subtemas agregados se encuentran Diferencias entre tener VIH y sida, en el área de Conceptos básicos de la infección por VIH, y Riesgos de la mala adherencia en el área de Tratamiento antirretroviral. En el área antes mencionada el subtema Efectos secundarios, cambia a Manejo de los efectos secundarios, pues se explica al paciente que éstos son tolerables y no debe angustiarse en exceso, sin embargo, que en caso de no poder tolerarlos acuda a su médico tratante.

Los subtemas que fueron modificados y cambiados de área fueron: Reinfección y sus consecuencias del área Medidas particulares de salud para la infección por VIH al área

de adherencia al TAVR y el No consumo de drogas ilegales del área las Medidas Generales de salud al área de particulares de salud para la infección por VIH.

6.6 Conclusiones

Esta investigación tuvo por objetivo validar por el método de juicio de expertos la información presentada en diapositivas de la Psicoeducación para la adherencia al TARV, que sirvió de base a un Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV dirigido a personas con diagnóstico reciente por infección de VIH de la Clínica Especializada Condesa (CEC), que iniciaron TARV por primera vez.

Los resultados muestran un índice de acuerdo en porcentaje en todas las áreas de información sometidas al juicio de expertos mayor al 90% como lo muestra la Tabla 6.4. En cuanto al acuerdo entre jueces el cálculo del Coeficiente de Correlación Intraclase obtenido de 0.869 (ver Tabla 6.6) es evidencia de la fuerza de acuerdo casi perfecta entre los jueces a un intervalo de confianza del 95%, con una significancia de $p < .001$. Por último, las observación hechas por los jueces permitieron incluir y precisar subtemas en las áreas de información que dieron mayor solidez a la Psicoeducación para la Adherencia al TARV (ver Tablas 6.7 y 6.8).

En cuanto a la pregunta de investigación: ¿La sistematización de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV), en pacientes con diagnóstico reciente por VIH, tendrá validez de contenido en cuanto a los conocimientos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV?

La respuesta queda sustentada en que los resultados que apoyan la validez de contenido de la información presentada en diapositivas en cuanto a los conocimientos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV, incluidos en el material que finalmente adquirió el nombre de “Psicoeducación para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral”.

Lo anterior indica que la sistematización de la información en cuanto a los contenidos para un Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV en personas con diagnóstico reciente por infección de VIH, de la Clínica Especializada Condesa, que inician TARV por primera vez, concluye que la Psicoeducación para la Adherencia al TARV tiene validez de contenido, según el método de juicio de expertos, con un índice de acuerdo de 0.869 (Coeficiente de Correlación Intraclase) entre los jueces participantes.

Capítulo 7.

Estudio 2: Evaluación de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

7.1 Propósito del estudio

7.1.1 Objetivo general

1. Evaluar un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV), que incluye la evaluación de la CVRS, dirigido a pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH, que comienzan TARV por primera vez de la Clínica Especializada Condesa (CEC).

7.1.2 Objetivos específicos

- Contrastar los resultados del cuestionario ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento? con cuatro grupos, según las características que se indican en la tabla 7.1.

Tabla 7. 1

Descripción de los grupos de contraste.

Grupo	Dx. VIH		Pacientes de la CEC		TARV		Asistencia al PSM	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1	✓		✓		✓		✓	
2		✓		✓	✓		✓	
3		✓		✓		✓	✓	
4		✓		✓		✓		✓

Nota: Dx. VIH=Con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana; CEC=Clínica Especializada Condesa; TARV=Tratamiento Antirretroviral; PSM=Programa de Salud Mental de la CEC para su entrevista de Primera Vez, en la que se ofrece la Psicoeducación para la adherencia al TARV de manera usual.

- Evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes, pre y post al Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV
- Evaluar la comprensión de “La metáfora del reloj de arena” con dos preguntas durante la aplicación de la propia metáfora y conocer la opinión de los participantes acerca la metáfora como refuerzo sobre la información presentada en la Psicoeducación para la Adherencia al TARV
- Evaluar si un carnet de auto-registro sirve a los participantes de recordatorio en la toma del medicamento antirretroviral durante el primer mes de tratamiento.
- Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los participantes antes de la aplicación del Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV y a un mes de seguimiento.

7.2 Método

7.2.1 Participantes

7.2.1.1 Grupos de contraste

Los grupos de contraste fueron cuatro grupos de participantes con las características ya especificadas en la tabla 7.1. Los criterios de inclusión y descripción de los participantes por grupo se indican a continuación.

- **Grupo 1.** Participantes que manifestaron no tener diagnóstico de infección de infección por VIH y NO haber acudido a la Clínica Especializada Condesa (CEC). Los participantes fueron 14 estudiantes de la licenciatura en Psicología de tercer cuatrimestre de una escuela particular, 11 mujeres y 3 hombres. La media de edad fue 21.4 años (D.E. = 1.4, rango = 19-24).
- **Grupo 2.** Participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, SIN TARV y que manifestaron NO haber asistido al Programa de Salud Mental (PSM) de la CEC. Los participantes fueron 10: 1 mujer; 1 mujer transexual (de hombre a mujer); y 8 hombres. El promedio de la edad fue de 23.7 (D.E. = 4.2, rango = 16-30).
- **Grupo 3.** Participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, CON TARV, y que manifestaron NO haber asistido al PSM de la CEC. Los participantes fueron 13, 12 hombres y una mujer transexual (de hombre a mujer). El promedio de la edad fue de 33.4 (D.E. = 9.0, rango = 20-50). En cuando al año de diagnóstico la media fue en el 2010 (D.E. = 6, rango = 1998-2015). En cuando al año de inicio de tratamiento la media fue en el 2011 (D.E. = 5, rango = 1998-2015). En este grupo el participante con menor tiempo en TARV fue un mes y el de mayor tiempo con TARV fue de 17 años.
- **Grupo 4.** Participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, CON TARV, y que manifestaron SI haber asistido al PSM de la CEC. Los participantes fueron 14, todos ellos hombres. El promedio de la edad fue de 34.3 (D.E. = 11.5, rango = 22-54). En cuando al año de diagnóstico la media fue en el 2010 (D.E. = 7, rango = 1998-2015). En cuando al año de inicio de tratamiento la media fue en el 2012 (D.E. = 5, rango = 1999-2015). En este grupo el participante con menor tiempo en TARV fue un mes y de mayor tiempo con TARV fue de 16 años.

7.2.1.2 Participantes en la evaluación del Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV

7.2.1.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes, hombres y mujeres, con edad mínima de 18 años que se atiendan en la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad (CEC) del Distrito Federal.
- Diagnóstico reciente de infección por VIH, no mayor a un año.

- Inicio de TARV por primera vez.
- Aceptación mediante la firma del consentimiento informado de participar en el estudio.
- Pacientes sin diagnóstico de salud mental.

7.2.1.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes referidos de otras instituciones que ya han iniciado TARA A anteriormente.
- Pacientes que en la *Entrevista de Primera Vez* presenten posible diagnóstico de salud mental de tipo orgánico, psicótico, obsesivo-compulsivo, afectivo o de personalidad, que requiera atención psiquiátrica o seguimiento psicológico o psicoterapia.
- Pacientes de la clínica que se encuentran privados de su libertad.

Como se observa en la tabla 7.2 con respecto a los variables sociodemográficas, los participantes fueron 11 hombres con una edad promedio de 27 años (D.E.=3.1, rango=22-32). La fecha de diagnóstico de 10 de los participantes fue en el 2015 y de uno en el 2014.

En el estado civil 8 refirieron ser solteros y 3 estar casados, lo cual incluye unión libre o sociedad en convivencia.

En cuanto a con quien vivían en la actualidad 3 respondieron que, con su cónyuge, 6 con familiares y 2 informaron vivir solos. Sobre la ocupación 1 refirió ser profesionista independiente, 1 estudiante, 2 desempleados y 7 estar empleados. En cuanto a la escolaridad medida en años la media fue de 14.5 años (D.E.= 2.2, rango=11-16). Sobre la religión 5 informaron ser católicos y 6 no tener religión.

Tabla 7. 2*Variables socio-demográficas de los 11 participantes*

P (n=11)	Sexo	Edad	Diagnóstico (año)	Estado Civil	Con quien vive	Ocupación	Escolaridad (años)	Religión	Forma de contagio	Atracción Sexual
1	H	32	2015	Casado	Cónyuge	Empleado	12	Ninguna	Pareja	Hombres
2	H	28	2015	Soltero	Familiares	Empleado	16	Ninguna	Sexual	Hombres
3	H	29	2015	Soltero	Familiares	Profesionista	16	Católica	Sexual	Hombres
4	H	30	2015	Soltero	Solo	Empleado	16	Ninguna	Sexual	Hombres
5	H	29	2015	Soltero	Familiares	Empleado	16	Católica	Sexual	Hombres y mujeres
6	H	22	2015	Soltero	Familiares	Desempleado	12	Ninguna	Sexual	Hombres
7	H	24	2015	Soltero	Familiares	Estudiante	16	Ninguna	Sexual	Hombres
8	H	24	2015	Soltero	Familiares	Empleado	12	Católica	Sexual	Hombres
9	H	24	2014	Casado	Cónyuge	Empleado	11	Católica	Sexual	Hombres
10	H	27	2015	Soltero	Solo	Empleado	16	Católica	Pareja	Hombres y mujeres
11	H	29	2015	Casado	Cónyuge	Desempleado	16	Ninguna	Sexual	Hombres

Nota: P = participante; H=Hombre.

La forma de transmisión fue en 8 casos por conductas sexuales de riesgo y en 3 casos por contagio por pareja. Finalmente, en cuanto a la atracción sexual 9 informaron preferencia hacia hombres y 2 hacia hombres y mujeres.

7.2.2 Diseño

El diseño para el primer objetivo, que se refiere a los grupos de contraste, fue transversal y descriptivo. Para los objetivos que siguen, el diseño fue cuasi-experimental de N=1 con 10 réplicas y estructurado como un pre-experimento con una medición u observación (**O**) pre, post y un seguimiento (Kazdin, 2011). La tabla 7.3 esquematiza el diseño cuasi-experimental y en los siguientes apartados se detallan sus variables.

Tabla 7.3

Diseño cuasi-experimental de N=1 estructurado como un pre-experimento con 10 réplicas.

R	S	O		I	O	
		Pre	Post		Seguimiento a un mes	
	1	CA		TARV	CA	CA
				PPA-TARV		PO
		CVRS		PE ^a		CVRS
		ECV				ECV
		CD4				CD4
	2	CA		TARV	CA	CA
				PPAT-ARV		PO
1...		CVRS		PE ^a		CVRS
		ECV				ECV
		CD4				CD4
	11	CA		TARV	CA	CA
				PPAT-ARV		PO
...10		CVRS		PE ^a		CVRS
		ECV				ECV
		CD4				CD4

Nota: S = Sujeto; O = Observación; I = Intervención; R=Replica; CA=Medición de los Conocimientos adquiridos en el Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV; PE=Preguntas de Entendimiento de la Metáfora del Reloj de Arena durante la aplicación de la misma; PO=Preguntas de Opinión de la Metáfora del Reloj de Arena; CVRS=Medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud; CV=Estudio de Carga Viral; CD4=Conteo de CD4; TARV=Tratamiento Antirretroviral prescrito por el médico tratante; PPAT-ARV=Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV.

^a Estas preguntas de entendimiento son una medición durante la aplicación de La Metáfora del Reloj de Arena.

7.2.3 Variables Socio-demográficas

- Sexo
- Edad

- Fecha de diagnóstico (año)
- Estado Civil
- Con quien vive actualmente
- Ocupación
- Escolaridad en años
- Religión
- Forma de contagio
- Atracción sexual

7.2.4 Variables Independientes

Las variables independientes que conforman la intervención fueron dos:

- El Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV (PPAT-ARV) integrado por 1) Psicoeducación para la Adherencia al TARV, 2) el uso de una metáfora, sustentada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, para reforzar la información presentada en las diapositivas, 3) la evaluación de un carnet de auto-registro que sirva de recordatorio en la toma del TARV durante el primer mes y 4) la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). (Ver Anexo A8 para el manual de aplicación).
- Esquema de TARV

7.2.5 Variables Dependientes

Por la naturaleza de las variables dependientes se han clasificado en Fisiológicas y Psicológicas.

7.2.5.1 Variables Fisiológicas

- Estudio de Carga Viral
- Conteo de CD4

7.2.5.2 Variables Psicológicas

- Conocimientos Adquiridos en el Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV, medidos con el cuestionario llamado: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?
- Calidad de Vida Relacionada de la Salud (CVRS) medida con el cuestionario SF-36 y dos escalas del INCAVISA.
- Adherencia al Tratamiento Antirretroviral medida con un registro de automonitoreo (Carnet Ahora Renueva tu Vida ARV) por un mes, y las variables fisiológicas.

7.3 Instrumentos de Medición y Consentimiento informado

- **Consentimiento informado.** Documento que informa al paciente sobre su participación en el estudio de intervención psicológica, sus requerimientos y la total confidencialidad de la información que proporcione. (Ver anexo A3. Formato del Consentimiento informado.).
- **Encuesta del Estado de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey)** Se aplica con el objeto de conocer la calidad de vida relacionada con salud de los participantes. El SF-36 fue validado en población mexicana por González, y cols. (2006), obteniendo un alfa de Cronbach para el total de la escala fue 0.86 (Ver anexo A4. Encuesta del Estado de Salud SF-36).
- **Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA).** Fue elaborado para población mexicana (Riveros, Sánchez-Sosa, y Del Águila, 2009) y se aplica para complementar la Escala SF-36. Se utilizó la **Escala de Funciones Cognitivas** (reactivos 19 al 22) con un alfa de de Cronbach 0.87 y 3 preguntas del apartado de **Bienestar y Salud** (reactivos 51 al 53) que son información adicional que el paciente proporciona sobre la percepción de su propio estado de salud. Su objetivo es complementar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en conjunto con la Encuesta del Estado de Salud SF-36. (Ver anexo A5. Escalas del INCAVISA).
- **Carnet Ahora Renueva tu Vida (ARV).** Su objetivo es que el paciente registre la toma de su tratamiento antirretroviral por un mes (Ver en anexo A7 la parte del carnet).
- **Cuestionario para evaluar la Psicoeducación: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?** Su objetivo fue evaluar los conocimientos adquiridos durante la intervención Psicoeducativa con 10 preguntas de respuesta de opción múltiple, siendo una opción de respuesta de entre las cinco presentadas; No sé. (Ver anexo A6. Cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?).

7.4 Procedimiento

- Aplicación del instrumento: *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?* a los grupos de contraste. En cuanto al Grupo 1 (participantes sin diagnóstico por infección de VIH) se tomó de un grupo de estudiantes de tercer semestre de una escuela particular. Los demás grupos (participantes con diagnóstico de infección por VIH), se tomaron de la sala de espera de la CEC, y se pidió su participación voluntaria mientras esperaban su turno de consulta con su médico tratante,
- Aplicación del Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV a los pacientes previamente evaluados en su *Entrevista de primera vez* por el Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa, quienes al no presentar algún diagnóstico de Salud Mental, fueron invitados a participar en el Programa

Psicoeducativo de Adherencia al TARV, y que en caso de aceptar y firmar el consentimiento informado, se les aplicaba la intervención.

- Se aplicaba en forma pre y post a la intervención el cuestionario ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?
- Se medía antes de la intervención la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con dos escalas del INCAVISA y el SF-36.
- Se evaluaba con dos preguntas el entendimiento de La Metáfora del Reloj de Arena durante la aplicación de dicha estrategia (En el anexo A8 se muestra la forma de aplicar la metáfora y como elaborar el reloj de arena de materiales reciclables).
- Al finalizar la intervención se dio a los participantes un carnet de automonitoreo para apoyar la adherencia en la toma de su TARV durante un mes, se explicó su uso e importancia, y se les dio una cita de seguimiento a un mes.
- Se tomaron las variables socio-demográficas y fisiológicas de la aplicación de la *Entrevista de primera vez*, que es un formato interno de la CEC que indaga datos sociodemográficos y clínicos (carga viral, CD4, forma de contagio y diagnóstico de salud mental, por mencionar los pertinentes a este trabajo). Este formato no se presenta en anexos porque es inédito, de uso exclusivo de la CEC y está en proceso de revisión.
- En el seguimiento se preguntaba si había utilizado el carnet y si les había servido, también se preguntaba su opinión sobre La Metáfora del Reloj de Arena, se aplicaba la segunda medición de la CVRS, y se pedía que contestarán de nuevo el cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?
- Se obtuvieron del sistema de la CEC los registros post del Estudio de Carga Viral y el Conteo de CD4.

7.5 Resultados

Es este apartado se presentan los resultados. Se comienza por el análisis de los resultados descriptivos de los grupos de contraste y el grupo de participantes en el Programa Psicoeducativo de Adherencia al TARV (PPAT-ARV), en cuanto a la aplicación del cuestionario: *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*, para la evaluación del PPAT-ARV. Además de incluye el análisis de las frecuencias de las respuestas al cuestionario, antes mencionado, de los participantes en el PPAT-ARV.

Posteriormente, con respecto a los participantes en el PPAT-ARV, se describe y analiza lo siguiente: el entendimiento y opinión de la “La Metáfora del Reloj de Arena”; la descripción del inicio y esquema de TARV prescrito por el médico tratante; el tipo de seguimiento; las variables fisiológicas; la utilización del carnet, y finalmente, los resultados de la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

7.5.1 Evaluación del PPAT-ARV

La aplicación del cuestionario ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?, que mide la información proporcionada por el PPAT-ARV, en los grupos de contraste permitió tener un punto de referencia para ubicar los resultados obtenidos de manera pre, post y de seguimiento a un mes en los participantes del PPAT-ARV en cuanto a los conocimientos adquiridos. El cuestionario se integra por 10 preguntas de opción múltiples. Las posibles respuestas son 4 y un inciso para indicar la respuesta “No sé”, en total 5 posibilidades de respuesta. La calificación mínima a obtener es cero y la máxima diez puntos.

En el **Grupo 1** (participantes que manifestaron no tener diagnóstico de infección de infección por VIH ni haber acudido a la CEC) la media de calificación del cuestionario fue de 1.1 (D.E. = .92, rango = 0-3). En el **Grupo 2** (participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, SIN TARV y que manifestaron NO haber asistido al Programa de Salud Mental (PSM) de la CEC) la media de calificación del cuestionario fue de 2.9 (D.E. =1.6, rango = 1-6). En el **Grupo 3** (participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, CON TARV, y que manifestaron NO haber asistido al PSM de la CEC) la media de calificación del cuestionario fue de 3.3 (D.E.=2.1, rango = 0-7). En el **Grupo 4** (participantes, con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, con TARV, y que manifestaron haber asistido al PSM de la CEC) la media de calificación del cuestionario fue de 5.9 (D.E.=1.9, rango = 3-9).

Con respecto a los participantes en el PPAT-ARV la media obtenida de los 11 participantes en la aplicación previa al PPAT-ARV fue de 4.6 (D.E.=1.9, rango = 1-7); la media obtenida de los 11 participantes en el cuestionario después de aplicar el PPAT-ARV fue de 9.5 (D.E.=0.8, rango = 8-10). En cuanto al seguimiento, un participante NO acudió al él y no fue posible contactarlo vía telefónica para que realizará el seguimiento de forma electrónica. Por lo anterior, la media obtenida para el seguimiento se obtuvo con los 10 participantes que realizaron el seguimiento, ya sea de manera física o electrónica, la media fue de 8.7 (D.E.=0.9, rango = 7-10).

En la tabla 7.4 puede observarse que los grupos de contraste 1, 2 y 3 obtienen puntuaciones muy bajas con respecto a los conocimientos proporcionados en el PPAT-ARV. El grupo G4 obtiene una puntuación baja, pero un punto más con respecto a la evaluación *pre* de los participantes en el PPAT-ARV. Sin embargo, la evaluación *post* y el seguimiento, permiten sugerir que el PPAT-ARV proporcionó un buen nivel de información que se mantiene a menos de un punto de variación a un mes de seguimiento.

Es importante reiterar que los grupos de contraste sólo permiten tener un punto de referencia para contextualizar las puntuaciones obtenidas en los participantes a quienes se aplicó el PPAT-ARV. No obstante, se puede apreciar que el PPAT-ARV aportó un incremento en las puntuaciones que se mantienen de forma aceptable al mes de seguimiento.

Tabla 7. 4
Resultados sobre *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*

Grupos de contraste				Participantes en el PPAT-ARV		
G1	G2	G3	G4	Pre	Post	Seguimiento (un mes)
n=14	n=10	n=13	n=14	n=11	n=11	n=10
\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
1.1	2.9	3.3	5.9	4.6	9.5	8.7
DE=.92 Rango=0-3	DE=1.6 Rango=1-6	DE=2.1 Rango=0-7	DE=1.9 Rango=3-9	DE=1.9 Rango=1-7	DE=.82 Rango=8-10	DE=.94 Rango=1-10

Nota: G1= Grupo de participantes que manifestaron no tener diagnóstico de infección de VIH ni haber acudido a la CEC=G2: Grupo de participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV) y que manifestaron NO haber asistido al Programa de Salud Mental (PSM) de la CEC; G3=Grupo de participantes con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, CON TARV, y que manifestaron NO haber asistido al PSM de la CEC; G4=Grupo de participantes, con diagnóstico por infección de VIH, pacientes de la CEC, con TARV, y que manifestaron SI haber asistido al PSM de la CEC; PPAT-ARV=Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Para determinar si existen diferencias entre los puntajes pre, post (11 participantes) y a un seguimiento a un mes (10 participantes de quienes fue posible el seguimiento) del cuestionario *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*, se calculó una U de Mann-Whitney como alternativa a la prueba *t de Student*.

Debido al comparativo de los puntajes Pre-Post y los puntajes Post-Seguimiento fue necesario realizar la corrección de Bonferroni a la interpretación de alfa para la prueba U de Mann-Whitney dividiendo el alfa entre dos, porque se calcularon dos U de Mann-Whitney.

Tabla 7. 5
Prueba U de Mann-Whitney y su corrección de Bonferroni para las puntuaciones, pre, post y seguimiento del cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento? de los participantes en el PPAT-ARV.

Puntajes	U	Z	alfa	alfa crítico con corrección de Bonferroni (alfa/2)
Pre-Post	.000	- 4.052	.001*	.025
Post-Seguimiento	30.0	- 1.870	.061**	

Nota: U=Prueba U de Mann-Whitney. Las puntuaciones Post-Pre de calcularon no una n=11 para cada grupo. Las puntuaciones Post-Seguimiento a un mes, se calcularon con una n=11 y n=10 respectivamente.

* Significativo

** No significativo

Como indica la Tabla 7.5, los puntajes Pre-Post obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, lo que indica que el aumento del promedio de 4.6 a 9.5 entre la evaluación Pre y Post fue una mejoría significativa. En contraste y de forma consistente la comparación entre los puntajes Post-Seguimiento a un mes no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, lo que indica que la variación de promedio de 9.5 a 8.7 no es un decremento significativo.

En cuanto al cuestionario *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*, la Tabla 7.6 detalla las frecuencias de respuestas correctas, incorrectas, “No sé” y la suma de estas dos últimas de la aplicación pre del cuestionario para evaluar el PPAT-ARV en los 11 participantes. La media de los 11 participantes que contestaron de forma correcta fue de 5.1 (D.E.=2.2; rango=2-9) y los reactivos 5 y 1 fueron los que más participantes contestaron de manera correcta. En el caso del reactivo cinco, 9 de 11 participantes contestaron correctamente este reactivo, lo que indica que la información más difundida es que una consecuencia de que baje la Carga Viral es que las defensas suben.

La media de respuestas incorrectas de los 11 participantes, sin contar las respuestas de “No sé”, fue de 3.5 (D.E.=3.0; rango=0-8) y los reactivos 2, referente a los beneficios del TARV, y 8, referente a la reinfección. La media de participantes con respuestas contestadas con la opción “No sé” fue de 2.4 (D.E.=2.0; rango=0-6) y el reactivo que más presentó desconocimiento por los participantes fue el 10, referente a que la toronja es un alimento contraindicado al TARV. La media de la suma de las respuestas incorrectas con las respuestas “No sé” de los participantes fue 5.9 (D.E.=2.2; rango=2-9). Finalmente, el reactivo que mostró más desconocimiento y respuestas incorrectas fue el 3, con respecto al objetivo del tratamiento antirretroviral.

Como indica la tabla 7.6 los reactivos que presentaron más desconocimiento y respuestas incorrectas, fueron los reactivos 4, 7, 10, 2, 8, 9, 6, 3. Lo anterior es consistente con que los participantes antes del PPAT-ARV obtuvieran una media de 4.6 como calificación grupal en dicha evaluación (Tabla 7.4).

Tabla 7. 6

Preguntas y frecuencia de respuestas PRE del cuestionario: *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?, de los participantes en el PPAT-ARV*

R	Pregunta	Respuestas			
		C ^a	I	No sé	Total I + No sé
5	Ocurre a consecuencia de que baja la carga viral por el tratamiento antirretroviral.	9	0	2	2
1	Cuando el VIH entra al cuerpo ¿qué células destruye principalmente?	8	0	3	3
4	Significa estar infectado por VIH y poder transmitir el virus.	6	2	3	5
7	Significa tomar el medicamento antirretroviral todos los días y a la misma hora.	6	4	1	5
10	¿Qué alimento es recomendable NO consumirlo porque afecta el funcionamiento del medicamento antirretroviral?	5	0	6	6
2	¿Qué evita el tratamiento antirretroviral?	4	7	0	7
8	¿Por qué es importante usar CONDÓN en toda relación sexual cuando se tiene VIH?	4	7	0	7
9	Su consumo es peligroso cuando se toma antirretrovirales.	4	3	4	7
6	¿Qué significa estar INDETECTABLE?	3	4	4	8
3	¿Cuál es el objetivo del tratamiento antirretroviral?	2	8	1	9

Nota: R=Reactivo; C=Correcta; I=Incorrecta.

^a El número total de respuestas correctas es de 11 porque se están informando la frecuencia de respuestas de los 11 participantes.

La tabla 7.7 detalla las preguntas y frecuencias de respuestas correctas, incorrectas, “No sé” y la suma de estas dos últimas de la aplicación *POST* del cuestionario para evaluar el PPAT-ARV en los 11 participantes. La media de los 11 participantes que contestaron de forma correcta fue de 10.4 (D.E.=1.1; rango=8-11) y los reactivos que lograron, que los 11 participantes contestaran de manera correcta fueron el 1, 4, 5, 6, 7, 9 y 10.

La media de respuestas incorrectas de los 11 participantes, sin contar las respuestas de “No sé”, fue de 0.6 (D.E.=1.1; rango=0-3) y los reactivos 8, 3 y 2 los que presentaron errores que aumenta en ese orden de reactivos. La información que más se dificulta entender a los participantes siguen siendo cuestiones el TARV en cuanto a su objetivo. En esta aplicación *POST* los participantes no utilizaron la opción “No sé”.

La tabla 7.8 detalla las preguntas y frecuencias de respuestas correctas, incorrectas, “No sé” y la suma de estas dos últimas, de la aplicación del cuestionario para evaluar el PPAT-ARV en los 10 participantes con quienes fue posible hacer el seguimiento a un mes. La media de los 10 participantes que contestaron de forma correcta fue de 8.7 (D.E.=.949 rango=7-10) y los reactivos que lograron, que los 10 participantes contestaran de manera correcta fueron el 1, 4, 5, 6, 7, 9 y 10.

La media de respuestas incorrectas de los 10 participantes, sin contar las respuestas de “No sé”, fue de 1.4 (D.E.=2.4; rango=0-7) y los reactivos 6, 8, 2 y 3, fueron los que presentaron errores que aumenta en ese orden de reactivos. La información que más difícilmente se mantuvo a al paso de un mes fue el reactivo 3 sobre el objetivo del tratamiento. La dificultad de esta información radica en que el objetivo del TARV no es subir los CD4 (defensas), sino bajar la Carga Viral a menos de 40 copias de VIH por mm³, lo que significa indetectabilidad. Sin embargo, son variables relacionadas.

Tabla 7. 7

Preguntas y frecuencia de respuestas POST del cuestionario: *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*, de los participantes en el PPAT-ARV

R	Pregunta	Respuestas			
		C	I	No sé	Total I + No sé
1	Cuando el VIH entra al cuerpo ¿qué células destruye principalmente?	11	0	0	0
4	Significa estar infectado por VIH y poder transmitir el virus.	11	0	0	0
5	Ocurre a consecuencia de que baja la carga viral por el tratamiento antirretroviral.	11	0	0	0
6	¿Qué significa estar INDETECTABLE?	11	0	0	0
7	Significa tomar el medicamento antirretroviral todos los días y a la misma hora.	11	0	0	0
9	Su consumo es peligroso cuando se toma antirretrovirales.	11	0	0	0
10	¿Qué alimento es recomendable NO consumirlo porque afecta el funcionamiento del medicamento antirretroviral?	11	0	0	0
8	¿Por qué es importante usar CONDÓN en toda relación sexual cuando se tiene VIH?	10	1	0	1
3	¿Cuál es el objetivo del tratamiento antirretroviral?	9	2	0	2
2	¿Qué evita el tratamiento antirretroviral?	8	3	0	3

Nota: R=Reactivo; C=Correcta; I=Incorrecta.

^a El número total de respuestas correctas es de 11 porque se están informando la frecuencia de respuestas de los 11 participantes.

Tabla 7. 8

Preguntas y frecuencia de respuestas a seguimiento de un mes del cuestionario: *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*, de los participantes en el PPAT-ARV

R	Pregunta	Respuestas			
		C	I	No sé	Total I + No sé
1	Cuando el VIH entra al cuerpo ¿qué células destruye principalmente?	10	0	0	0
4	Significa estar infectado por VIH y poder transmitir el virus.	10	0	0	0
5	Ocurre a consecuencia de que baja la carga viral por el tratamiento antirretroviral.	10	0	0	0
7	Significa tomar el medicamento antirretroviral todos los días y a la misma hora.	10	0	0	0
9	Su consumo es peligroso cuando se toman antirretrovirales.	10	0	0	0
10	¿Qué alimento es recomendable NO consumirlo porque afecta el funcionamiento del medicamento antirretroviral?	10	0	0	0
6	¿Qué significa estar INDETECTABLE?	9	1	0	0
8	¿Por qué es importante usar CONDÓN en toda relación sexual cuando se tiene VIH?	8	2	0	0
2	¿Qué evita el tratamiento antirretroviral?	6	4	0	0
3	¿Cuál es el objetivo del tratamiento antirretroviral?	3	7	0	0

Nota: R=Reactivo; C=Correcta; I=Incorrecta.

^a El número total de respuestas correctas es de 10 porque se están informando la frecuencia de respuestas de los 10 participantes de quienes fue posible el seguimiento.

Esta relación siempre ha sido compleja de entender por parte de los pacientes en la CEC, pues parece preocuparles más el hecho tener más cantidad de CD4, probablemente porque piensan que esto los mantendrá más sanos o alejados del sida. Los datos muestran

por ahora que esta idea acerca de que el objetivo del TARV es subir las defensas, parece más resistente y en futuras investigaciones será necesario incluir en la Psicoeducación elementos de reestructuración cognitiva sobre este punto. Finalmente, los participantes no utilizaron la opción “No sé” al contestar de manera Post y al seguimiento de un mes (ver Tablas 7.7 y 7.8) lo que sugiere que en la prueba Pre había contenidos que desconocían por completo.

7.5.2 Evaluación de “La metáfora del reloj de arena”

Para evaluar la comprensión de la “*Metáfora del reloj de arena*” durante su aplicación, se realizaron cuatro preguntas dirigidas a que el participante comprendiera la relación entre el objetivo del tratamiento, la carga viral y su principal consecuencia positiva en cuanto al conteo de CD4.

A continuación se presenta la metáfora que se aplicó a los participantes. Para ver una imagen del Reloj de Arena y más especificaciones sobre la aplicación de la metáfora y cómo elaborar el propio reloj de arena con material reciclable, véase el anexo A8. Manual de aplicación del PPAT-ARV, en la sección pertinente a “La metáfora del Reloj de Arena”.

Metáfora del reloj de arena.

Este es un Reloj de Arena y nos servirá para explicar en forma metafórica la relación entre las MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL, EL VIH Y LAS DEFENSAS (CD4). Este lado del reloj de arena, que está lleno, representa los CD4 (las defensas) que están normales porque no hay infección por VIH. Este lado del reloj de arena, que está vacío, representa que no hay virus, porque no hay infección por VIH. Cuando el VIH entra al cuerpo comienza la infección. Lo cual, vamos a simbolizar dándole vuelta al reloj. Imagina que este es el momento en que el VIH entra al cuerpo, comenzando la infección. El VIH entonces comienza a hacer copias de sí mismo. Recuerda que la parte de arriba son los CD4, las defensas.

Recuerda que la parte de abajo representa la carga viral que son los virus de VIH.

1. ¿Qué está pasando con la carga viral? _____

Sube

2. ¿Qué está pasando con las defensas? _____

Bajan

Es decir, una vez que el VIH entra al cuerpo la carga viral, que son los virus, comienza a aumentar y los CD4, las defensas, a disminuir. Porque el VIH destruye las defensas. Al principio de la infección por VIH usualmente no se siente nada, no hay síntomas por lo que esta fase se llama ASINTOMÁTICA. Conforme la carga viral aumenta y las defensas disminuyen las enfermedades oportunistas aparecen y esa fase se llama SINTOMÁTICA. Si no hacemos nada, la infección por VIH progresará a la FASE DE SIDA. Sin embargo, para EVITAR que la infección por VIH progrese a SIDA está el medicamento antirretroviral.

Imagina que en este punto comienzas a tomar el medicamento. Lo cual, lo vamos a representar volteando el reloj de arena. Recuerda, ahora esta parte son tus defensas, y esta parte los virus.

3. Ahora ¿qué pasa con los virus, es decir, con la carga viral? _____

Baja.

4. ¿Qué pasa con las defensas, es decir, los CD4? _____

En CONSECUENCIA, suben.

El medicamento, es decir, el tratamiento antirretroviral, tiene por objetivo BAJAR LA CARGA VIRAL, viral hasta INDETECTABLE, que son 40 o menos copias de VIH, lo cual NO es la cura, sin embargo, esto permite en CONSECUENCIA una recuperación de las defensas, los CD4, aunque el objetivo del medicamento es controlar la infección por VIH EVITANDO que progrese a la fase de SIDA.

Recuerda tomar tu medicamento ANTIRRETROVIRAL todos los días y a la misma hora, es decir, una BUENA ADHERENCIA, solo depende de ti.

Los 11 participantes contestaron lo siguiente. En la pregunta 1 la respuesta fue la palabra: sube o un sinónimo de subir. En cuanto a la pregunta 2 contestaron bajar, o un sinónimo de bajar, o explicaron que las defensas las destruía el VIH. En la pregunta 3 los participantes contestaron: baja, un sinónimo de bajar o explicaron que al ser atacado el VIH con el medicamento se hacían menos. Finalmente, en la pregunta 4 la respuesta fue la palabra: suben, un sinónimo de subir o explicaron que el medicamento ayudaba a mejorar las defensas. En el caso de dar la última respuesta mencionada, se explicaba que sucedía a CONSECUENCIA del TARV.

Los 11 participantes contestaron de manera correcta a las preguntas durante la aplicación de la metáfora. Puede apreciarse que los participantes a pesar de reiterar que el incremento en CD4 es una consecuencia positiva del TARV, prefieren pensarlo como parte del objetivo de su tratamiento.

El hecho de que los pacientes perciban el incremento en las defensas como parte del objetivo del tratamiento, no implica que desconozcan el propio objetivo del tratamiento, más bien que lo han ampliado y acomodado en términos sencillos en cuanto a que el TARV baja los virus de VIH y sube las defensas. Lo cual, explica que las principales respuestas incorrectas en el seguimiento hayan sido las referentes al objetivo del TARV, en las que el error principal fue poner que el objetivo del tratamiento es subir las defensas más que bajar la carga viral.

En cuanto a la opinión sobre la utilización de “*La metáfora del reloj de arena*”, esta se hizo al mes de seguimiento con el objetivo de no generar deseabilidad social al preguntarlo inmediatamente después del PPAT-ARV.

Es importante hacer la aclaración de que la mayor parte de los seguimientos fueron electrónicos. Lo que implicó que los pacientes que no acudieron a su seguimiento fueron contactados vía telefónica y se les dio la opción de reprogramar su cita o de contestar los instrumentos de seguimiento vía correo electrónico, eligiendo seis el seguimiento electrónico. Un participante no pudo localizarse y por lo cual solo fue posible obtener en total 10 seguimientos.

La tabla 7.9 muestra las opiniones de los 10 participantes a quienes fue posible aplicar el seguimiento. La opinión fue en todos los casos positiva y los participantes consideraron que sí cumplió con su objetivo.

7.5.3 Uso del *Carnet*

El seguimiento fue programado a un mes de haber iniciado el TARV y después de aplicado el PPAT-ARV. Al seguimiento de los 11 participantes iniciales, dos no habían comenzado TARV, quedando así nueve, que habían comenzado su TARV, en todos los casos fue una pastilla (Emtricitabina 200 mg/Tenofovir 300 mg/ Efavirenz 600 mg) cada 24 horas por la noche con ayuno anterior de dos horas y sin alimentos.

En cuanto al seguimiento de los 11 participantes, cuatro pacientes acudieron de manera física y siete no acudieron al seguimiento a pesar de un mensaje de texto enviado a su teléfono celular como recordatorio, un día antes de su cita, tal como se acordó al final de la aplicación del PPAT-ARV.

Tabla 7.9Evaluación de “*La Metáfora del Reloj de Arena*”.

P n=10	¿La metáfora cumplió su objetivo?		Transcripción de la opinión del participante	Evaluación	
	Si	No		Positiva	Negativa
1	✓		Porque puedes entender mejor que CD4 suben y el virus baja con el medicamento.		+
2	✓		Porque yo entendí que mientras consuma el medicamento la reproducción del virus disminuirá.		+
3	✓		Es una manera sencilla de interpretar los efectos que tendrá el medicamento y forma en que podemos reducir la cantidad del virus.		+
4	✓		Me explicó de manera gráfica lo que ocurre con el virus y con el tratamiento si lo tomo o lo dejo de tomar.		+
5	✓		Te queda más claro lo que hace el medicamento.		+
6	✓		Porqué explica detalladamente cómo va a funcionar el medicamento		+
7	✓		Porque los linfocitos tienden a subir cuando la carga viral baja, tal cual en el reloj de arena.		+
8	✓		Porque me fuiste explicando que pasaría con ARV, fue más simple de entenderlo con la metáfora.		+
10	✓		A veces con ejemplos sencillos se entiende mejor y para ello fue un buen ejemplo toda la relación, se comprende genial		+
11	✓		Porque deberé acatar el tratamiento al pie de la letra.		+

Nota: P=Participante número.

En cuanto al uso del carnet para el registro de la toma de TARV durante el primer mes, sólo cuatro pacientes informaron haberlo usado, de los cuales tres informaron usarlo el primer mes, completo y uno sólo las dos primeras semanas. De los cuatro pacientes solo un paciente lo entregó de forma física y con registro por un mes, uno lo entregó físicamente pero sólo con registro por dos semanas, y dos participantes de forma electrónica enviando una foto con registro por el primer mes (Tabla 7.10).

Lo anterior permite suponer que el uso del carnet, por lo menos en este estudio, no parece haber sido particularmente útil para el programa Psicoeducativo de adherencia al TARV, además de que puede aumentar el requisito de respuesta en la toma del medicamento, y el objetivo es disminuir dicho requisito en la toma de los medicamentos. Los participantes no acudieron al seguimiento físico en una proporción de 6 a 10. En otras palabras el 60% no acudió al seguimiento aun con el recordatorio. Al realizar la llamada telefónica los pacientes informaron que, aunque pensaban asistir creían que era más importante faltar a sus trabajos o la escuela, sólo cuando había que ir a la clínica por su medicamento, o para los estudios de carga viral que acudir a un seguimiento a Salud Mental.

7.5.4 Variables fisiológicas y CVRS

En este apartado se presenta la descripción grupal de las variables fisiológicas y en el apartado que sigue se describirá la evolución de cada participante. En lo referente a las variables fisiológicas proporcionadas por el Programa de Salud Mental (PSM) de la Clínica Especializada Condesa (CEC). De los pacientes que no iniciaron TARV no había datos de su carga viral y conteo de CD4 al momento del seguimiento, por lo que se obtuvieron las variables fisiológicas Pre de los 11 participantes y Post de 9 participantes, incluido el participante que no fue localizado para su seguimiento, pero que en el sistema interno de la CEC ya había datos de su carga viral y CD4 al cierre de esta investigación (ver tabla 7.10).

Los datos descriptivos de las variables fisiológicas que a continuación se presentan son de los nueve participantes, que iniciaron TARV y de quienes se tienen datos fisiológicos pre y post. La media de la última Carga Viral informada al momento de aplicar el PPAT-ARV, que fue el dato Pre para el grupo de participantes (n=9) fue de 400 263 copias de VIH/mm³ (D.E.=477 717; rango=4 241-1 412 204). La siguiente medición de la Carga Viral informada, a por lo menos un mes de TARV, fue de 237 214 copias de VIH/mm³ (D.E.=648 914; rango=39-1 957 800) (ver Tabla 7.10).

En lo referente al conteo de CD4 hubo en grupo un modesto aumento y estabilidad. La media pre del conteo de CD4 de los 9 participantes en el PPAT-ARV fue de 271 CD4 (D.E.=158; rango=43-447). La media post del conteo de CD4 de los 9 participantes en el PPAT-ARV fue de 337 CD4 (D.E.=125; rango=110-490) (ver Tabla 7.10).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) fue evaluada en el PPAT-ARV para conocer el estado de misma al momento de aplicar la Psicoeducación y tener una

medición de la percepción que tenía el paciente de su estado de salud. Es importante hacer énfasis en que los cambios generales positivos en la CVRS en pacientes con enfermedades crónicas son graduales, y que dichos cambios pueden observarse después del tratamiento, y dependiendo del tratamiento y enfermedad, varios meses o incluso en años posteriores, por lo cual, una buena medición podría ser a los 6 meses y al año de iniciado un determinado tratamiento, bajo el supuesto de que ha existido buena adherencia al tratamiento.

Tabla 7. 10*Inicio de TARV, utilización del carnet, tipo de seguimiento y variables Fisiológicas*

N	TARV ^a		Carnet		Seguimiento		Pre			Post		
	Si	No	Si	No	Físico ^b	Electrónico ^c	Fecha ^d (mes)	Carga Viral	CD4	Fecha ^d (mes)	Carga Viral	CD4
1	✓		✓		✓		Junio	4 446	394	Agosto	39	364
2	✓		✓			✓	Junio	1 412 204	76	Septiembre	3 002	156
3 ^e	✓		✓			✓	Julio	870 376	100	Septiembre	1 957 800	339
4	✓			✓		✓	Julio	199 643	420	Agosto	108 541	374
5	✓			✓		✓	Julio	150 965	263	Septiembre	85 096	383
6	✓		✓ ^f		✓		Julio	4 241	350	Octubre	66	444
7	✓			✓	✓		Junio	32 318	447	Septiembre	290	490
8	✓			✓	✓		Julio	567 153	43	Septiembre	39	110
9	✓			-		-	Mayo	361 022	346	Agosto	56	380
10		✓		✓		✓	Junio	47 778	292	-	-	-
11		✓		✓		✓	Junio	29 309	597	-	-	-

Nota: N= Número del participante; TARV=Tratamiento Antirretroviral.

^a El TARV que fue prescrito por su médico tratante de todos los participantes fue Emtricitabina 200 mg/Tenofovir 300 mg/ Efavirenz 600 mg, en la presentación de una tableta cada 24 horas.

^b El participante acudió a su seguimiento en la Clínica Condesa en tiempo y forma.

^c El participante NO acudió a su seguimiento en la Clínica Condesa en tiempo y forma, y se comunicó con él a través de un llamada telefónica y se le preguntó si aún deseaba participar en el protocolo re-agendando cita o llenando los instrumentos de forma electrónica, accediendo de forma electrónica, por lo cual, se le enviaron los instrumentos a su correo electrónico.

^d El año del mes en todos los casos fue el 2015.

^f Debido al incremento en carga vira se realiza una medición más al mes del seguimiento obteniendo carga viral de 1845 y CD4=288.

^e Lo utilizó sólo las dos primeras semanas.

Tabla 7. 11*Resultados PRE por participante del SF-36 y las dos escalas del INCAVISA.*

P n=11	SF-36 (0 a 100 puntos)									INCAVISA (%)	
	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	GENERAL	FC	B y S
1	100	100	72	52	70	100	100	76	84	85	53
2	75	0	52	45	55	88	100	76	61	93	46
3	95	75	74	60	70	88	100	80	80	80	53
4	100	75	74	35	50	75	100	48	70	80	39
5	100	100	100	65	95	100	100	84	93	95	59
6	90	100	74	45	65	88	100	68	78	85	49
7	100	100	74	60	80	88	100	84	86	90	57
8	90	100	62	35	50	87	100	68	74	80	47
9	95	100	62	62	60	75	100	60	77	75	46
10	100	100	84	60	55	100	67	80	75	95	52
11	60	75	62	55	50	75	67	72	64	75	45
Media	91.4	84.0	71.8	52.2	63.6	87.6	94.0	72.4	76.5	84.8	49.6
DE	12.4	30.2	12.8	10.7	14.3	9.7	13.3	10.9	9.4	7.5	5.8
Rango	60-100	0-100	52-100	35-65	50-95	75-100	67-100	48-84	61-93	75-95	39-59

Nota: P=Participante; SF-36=Cuestionario de Salud; INCAVISA=Inventario de Calidad de Vida y Salud; FF=Función Física; RF=Rol Físico; DC=Dolor Corporal; SG=Salud General; VT: Vitalidad; FS=Función Social; RE=Rol Emocional; SM=Salud Mental; FC=Escala de Funciones Cognitivas; B y S= Escala de Bienestar y Salud; D.E.=Desviación Estándar.

Tabla 7. 13*Resultados POST por participante del SF-36 y las dos escalas del INCAVISA.*

P n=10 ^a	SF-36 (0 a 100 puntos)									INCAVISA (%)	
	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	GENERAL	FC	B y S
1	100	100	100	90	95	100	100	96	98	100	100
2	95	100	100	42	75	100	100	92	88	85	60
3	80	75	74	35	55	100	33	84	67	80	53
4	100	100	100	67	70	75	100	76	86	80	80
5	100	100	100	95	100	100	100	92	98	100	100
6	95	100	100	55	85	100	100	84	90	85	80
7	100	100	100	77	70	100	100	84	91	95	73
8	60	50	41	35	45	75	67	64	55	95	33
9 ^b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 ^c	100	75	74	77	55	88	34	84	73	90	80
11 ^c	40	75	62	50	45	88	67	64	61	55	87
Media	87.0	87.5	85.1	62.3	69.5	92.6	80.1	82.0	80.6	86.5	74.6
D.E.	20.8	17.7	21.2	22.1	19.6	10.5	28.0	11.0	15.5	13.4	20.9
Rango	40-100	50-100	41-100	35-95	45-100	75-100	33-100	64-96	55-98	55-100	33-100

Nota: P=Participante; SF-36=Cuestionario de Salud; INCAVISA=Inventario de Calidad de Vida y Salud; FF=Función Física; RF=Rol Físico; DC=Dolor Corporal; SG=Salud General; VT: Vitalidad; FS=Función Social; RE=Rol Emocional; SM=Salud Mental; FC=Escala de Funciones Cognitivas; B y S= Escala de Bienestar y Salud; D.E.=Desviación Estándar.

^a No posible el seguimiento de un participante y se analizan los datos con los 10 participantes de quienes se obtuvo el seguimiento.

^b Participante de quien no fue posible el seguimiento.

^c Participante que no entra a TARV.

La medición post de la CVRS se toma como indicador a corto plazo de la percepción del paciente de su estado de salud, y en el caso de la infección de VIH servirá para conocer si la CVRS se mantiene o presenta alguna modificación a un mes de seguimiento. Es importante también considerar que sin TARV la infección por VIH progresaría a la fase de sida, y la CVRS en consecuencia continuaría disminuyendo. Los resultados grupales muestran mantenimiento de la CVRS a un seguimiento, lo que es consistente con que el TARV controla la infección por VIH y en consecuencia mantiene la CVRS. Sin embargo, el participante 3 empeoró en Carga Viral, lo cual se analizará en el siguiente apartado.

En las tablas 7.11 y 7.12 se muestran los resultados Pre y a un mes de seguimiento del grupo de participantes en el PPAT-ARV sobre la CVRS, que se midió con el instrumento SF-36, y que se complementó con la escala de Funciones Cognitivas y tres preguntas del apartado de Bienestar y Salud del Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA).

El SF-36 mide la CVRS en puntuaciones de 0 a 100, siendo 100 la mejor CVRS posible. La media Pre de las puntuaciones del SF-36, obtenida por los participantes en el PPAT-ARV (11 participantes) con respecto a la media post de las puntuaciones del SF-36 (10 participantes de quienes fue posible el seguimiento), se mantiene estable con un modesto incremento de media de 76.5 a 80.6. En cuanto la escala complementaria y preguntas tomadas del INCAVISA las respuestas se transformaron a porcentajes de 0 a 100%, siendo 100% que las Funciones Cognitivas son muy altas y para las preguntas de Bienestar y Salud que la Calidad de Vida es la mejor posible, cero significó lo contrario (Riveros, Sánchez-Sosa, y Del Águila, 2009).

La Escala de Funciones Cognitivas muestra un mantenimiento con una media Pre en los 11 participantes de 84.8 y una media Post de 86.5 de los 10 participantes de quien fue posible el seguimiento. Las preguntas sobre el Bienestar y Salud mostraron un media de 49.6% y en la post de 74.6%.

En cuanto a las áreas del SF-36 en la aplicación Pre, la puntuación más baja fue Salud General con una media de 52.2, que es consistente con el Síndrome General de Desgaste que se produce por la infección de VIH y que aumenta sin TARV. El área con mejor puntuación Pre fue Rol Emocional con una media de 94, lo que es consistente con la actitud positiva que los participantes mostraron ante el TARV como forma de evitar la infección por VIH.

En la evaluación Post con los 10 participantes de quienes se obtuvo seguimiento, el área del SF-36 con menor puntaje siguió siendo Salud General con una media de 62.3, con un incremento respecto a la media Pre de 52.2. El área de Unión Social obtuvo la media Post más alta de 92.6, que es mayor a la media Pre de esta área que fue de 87.6.

El área con mayor puntaje Pre fue Rol Emocional. Sin embargo a la medición Post sufrió un decremento de una media Pre de 94.0 a una media post de 80.1. Este decremento puede explicarse tomando en cuenta que dos participantes a seguimiento no entraron a TARV (participantes 10 y 11) y un participante que ingresó a TARV incrementó su carga viral, y en la Escala de Rol Emocional obtuvo 100 puntos al iniciar el TARV y en la medición Post bajó a 33 puntos. Estos cambios individuales se detallan por participante a continuación.

7.5.5 Resultados por participante en el PPAT-ARV

Los resultados grupales de la evaluación del PPAT-ARV en cuanto a la información proporcionada a los participantes, la aplicación de “La metáfora del reloj de arena” y el uso de Carnet, ya han sido informados (Tablas 7.4 a 7.10). En cuanto a las variables fisiológicas (carga viral y conteo de CD4) y la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se muestran los descriptivos grupales y puntuaciones individuales de los participantes en las Tablas 7.10, 7.11 y 7.12. A continuación se presentan los resultados por cada participante en cuanto a todo lo antes mencionado.

El diseño de investigación de este estudio fue Intrasujeto de N=1 con 10 réplicas individuales. Para la evaluación individual del cambio se utilizó el criterio de Cambio clínicamente significativo (CCS).

Para realizar el cálculo del CCS se utilizó el Tamaño del Efecto Individual (TEI), que se obtiene con la diferencia entre la puntuación Pre menos la puntuación Post entre la desviación típica del grupo de puntuaciones Pre de la variable en cuestión. Para su interpretación Cohen (1988) propuso que los valores absolutos mayores a .20 indican efecto leve, en torno a .50 un efecto moderado, y .80 un efecto grande (Pardo y Ferrer, 2013).

El CCS proporciona información sobre las mejoras o alivio de una variable sometida a algún tratamiento. Sin embargo, en este trabajo no se busca un decremento de la información proporcionada o disminución de la CVRS después del tratamiento, por lo que el TEI se ha obtenido con la diferencia de los puntajes Post menos los Pre entre la desviación típica del grupo de puntuaciones Pre para valorar si los incrementos son CCS.

El Participante 1 (Figura 7.1) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPAT-ARV (TEI=2.1). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un decremento de un punto.

El ingreso al TARV disminuyó su carga viral hasta el objetivo del tratamiento que es 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 disminuyeron pero permaneció en inmunodeficiencia leve (350-499 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un incremento con un CCS de efecto leve (TEI=0.2). Sus funciones cognitivas aumentaron con CCS de efecto leve (TEI=0.2). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto grande (TEI=0.9). Informó haber utilizado el

carnet, lo presentó de forma física y debidamente llenado el día de su seguimiento, al cual acudió de forma física, aunque opinó que no consideraba necesario ocupar el carnet más de un mes.

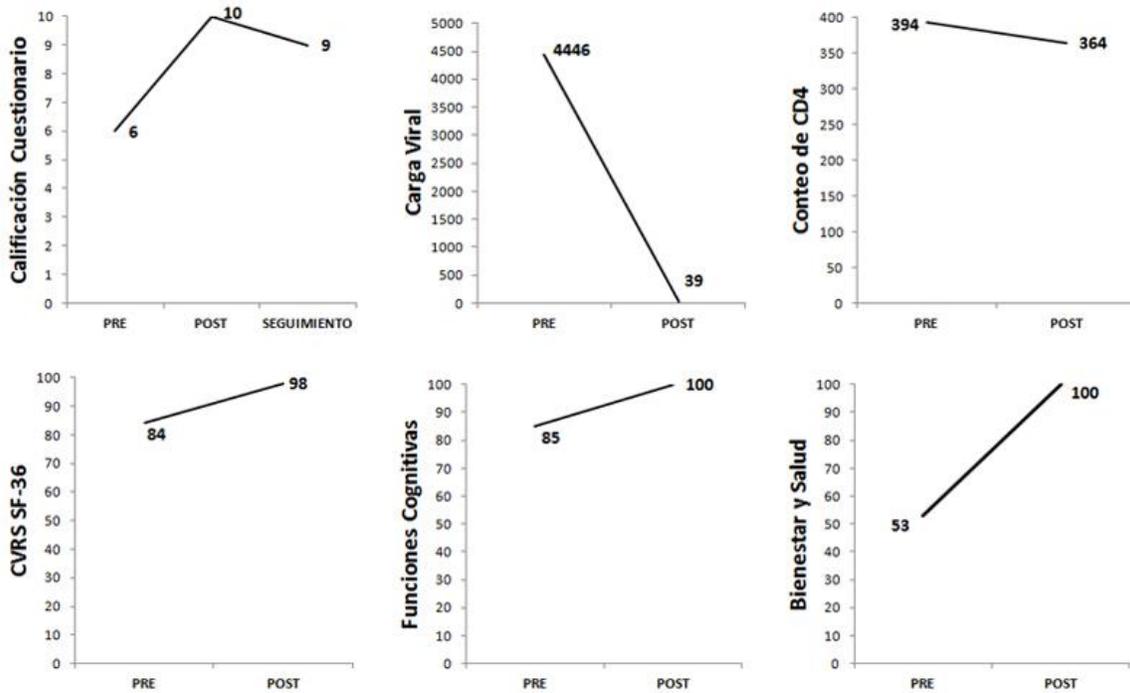


Figura 7. 1. Resultados del Participante 1.

El Participante 2 (Figura 7.2) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=3.7). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un decremento de un punto. El ingreso al TARV disminuyó en 1 409 202 copias de VIH su carga viral al seguimiento, pero no logró 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 tuvieron un incremento pero permaneció en inmunodeficiencia grave (<200 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un incremento con CCS de efecto leve (TEI=0.4). Sus funciones cognitivas obtuvieron un decremento sin CCS (TEI=0.1). En las preguntas de Bienestar y Salud obtuvo un incremento con CCS de efecto leve (TEI=0.3). Informó haber utilizado el carnet y su seguimiento fue electrónico. Su disminución de carga viral es consistente con sus incrementos leves de la CVRS y mantenimiento de sus Funciones Cognitivas.

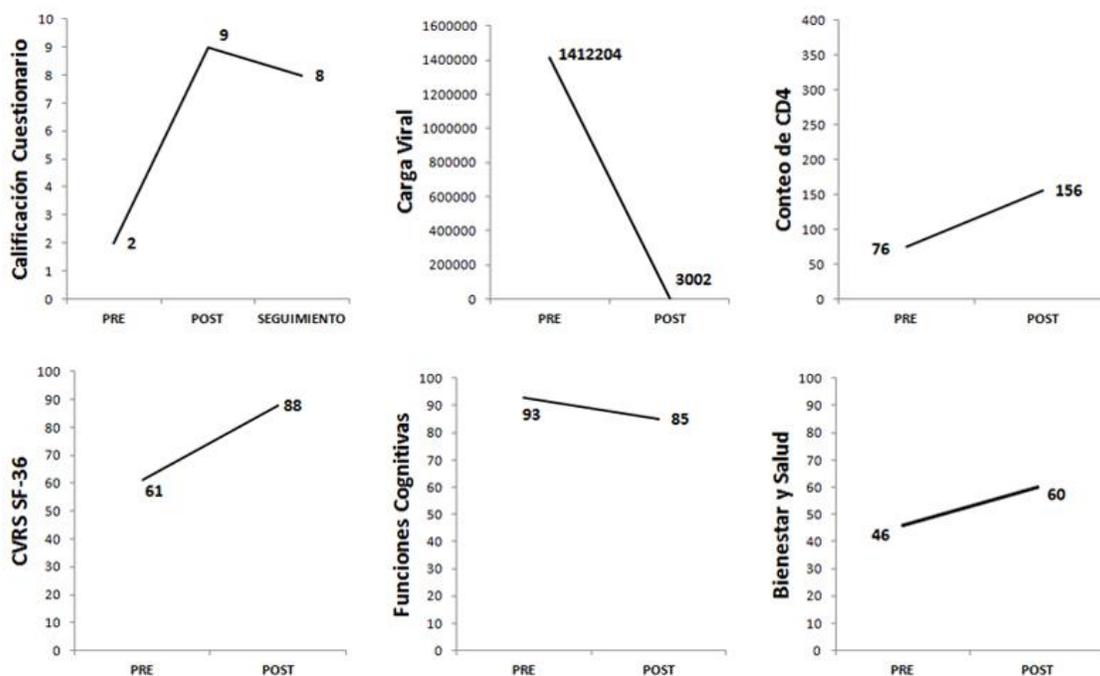


Figura 7. 2. Resultados del Participante 2.

El Participante 3 (Figura 7.3) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=2.6). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un decremento de 2 puntos. El ingreso al TARV no disminuyó su carga viral, por el contrario aumento en 1 087 424 copias de VIH/ mm³. Sin embargo, sus CD4 tuvieron un incremento, pasando de inmunodeficiencia grave (<200 CD4/mm³) a solo avanzada (200-349 CD4/mm³) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 disminuyó con un CCS de efecto leve (TEI=0.2). Sus funciones cognitivas no presentaron cambios (TEI=0.0). En las preguntas de Bienestar

y Salud tampoco hubo cambio (TEI=0.0). Este participante no asistió a su seguimiento físico, lo concluyó electrónicamente y informó haber utilizado el carnet.

Debido a que en este participante la carga viral aumentó pese al ingreso al TARV, su médico tratante le programó estudios de las variables fisiológicas para ver el comportamiento de las mismas y tomar una decisión médica pertinente. Por el motivo anterior en este participante se pudo obtener una medición más a un mes del seguimiento.

Al mes del seguimiento la carga viral disminuyó a 1 845 copias de VIH y los CD4 disminuyeron a 288 permaneciendo el participante en la categoría de inmunodeficiencia avanzada.

Lo anterior indica que el TARV no fue efectivo a un mes de tratamiento, lo que pudo deberse a una mala adherencia, sin embargo, participó en PPAT-ARV, o bien, que un mes de tratamiento fue poco tiempo en este paciente para observar una disminución de la carga viral, como siguieren sus variables fisiológicas.

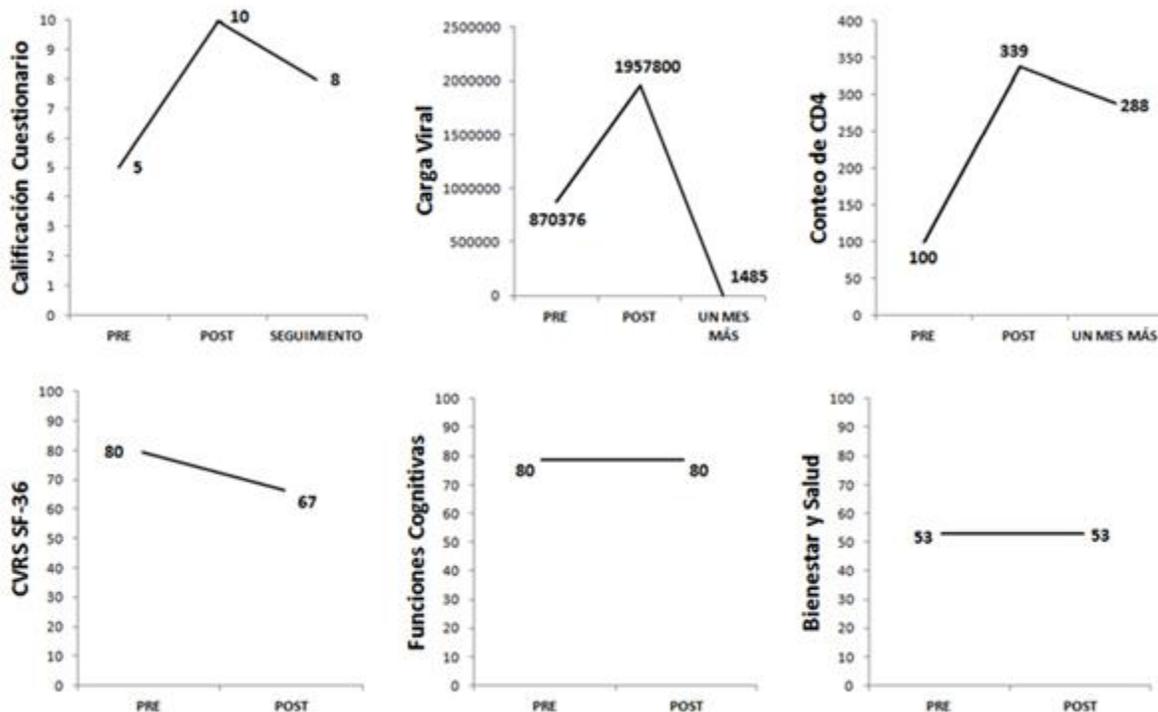


Figura 7. 3. Resultados del Participante 3.

El Participante 4 (Figura 7.4) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=1.1). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un aumento de un punto. El ingreso al TARV disminuyó en 91 102 copias de VIH su carga viral al seguimiento, pero no logró 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 disminuyeron pero permaneció en inmunodeficiencia leve (350-499 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un incremento con un CCS de efecto leve (TEI=0.2). Sus funciones cognitivas no mostraron cambios (TEI=0.0). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto grande (TEI=0.8). Informó no haber utilizado el carnet y su seguimiento fue electrónico. Su disminución de carga viral es consistente con sus incrementos en la CVRS y mantenimiento de sus Funciones Cognitivas.

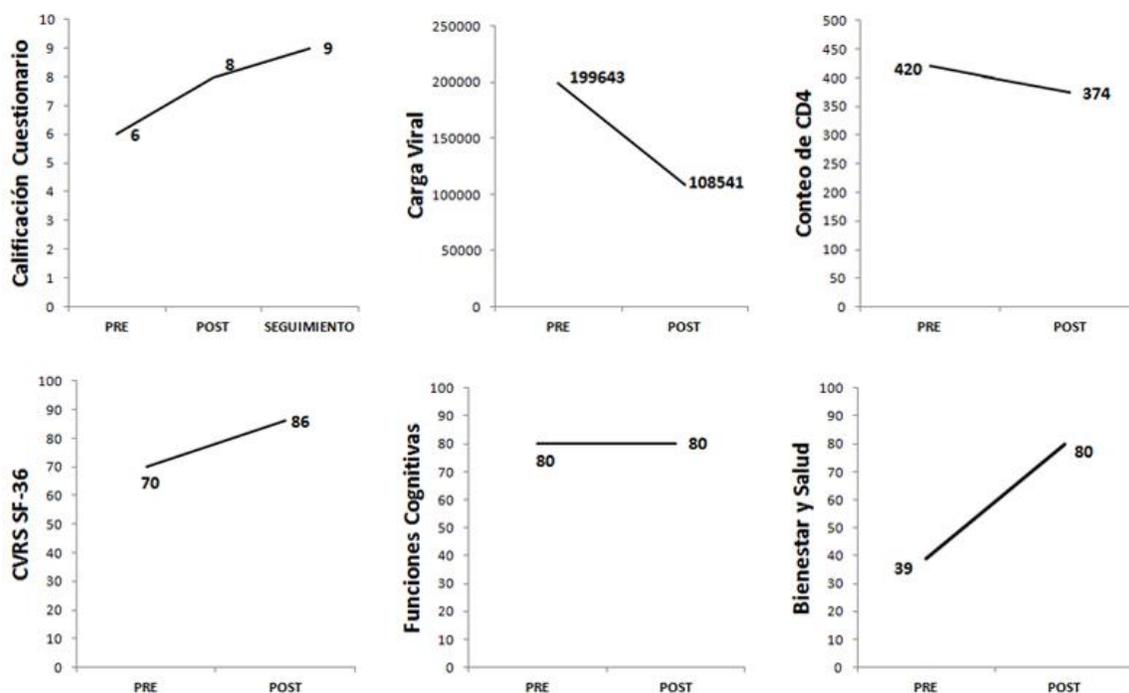


Figura 7. 4. Resultados del Participante 4.

El Participante 5 (Figura 7.5) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=2.6). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un decremento de un punto. El ingreso al TARV disminuyó en 65 869 copias de VIH su carga viral al seguimiento, pero no logró 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 aumentaron y pasó de inmunodeficiencia avanzada (200-349 CD4/mm³ de sangre) a leve (350-499 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un incremento sin CCS (TEI=0.1). Sus funciones cognitivas mejoraron sin CCS (TEI=0.1). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto grande (TEI=0.8). Informó no haber utilizado el carnet y su seguimiento fue electrónico. Su disminución de carga viral es consistente con sus incrementos en la CVRS y Funciones Cognitivas.

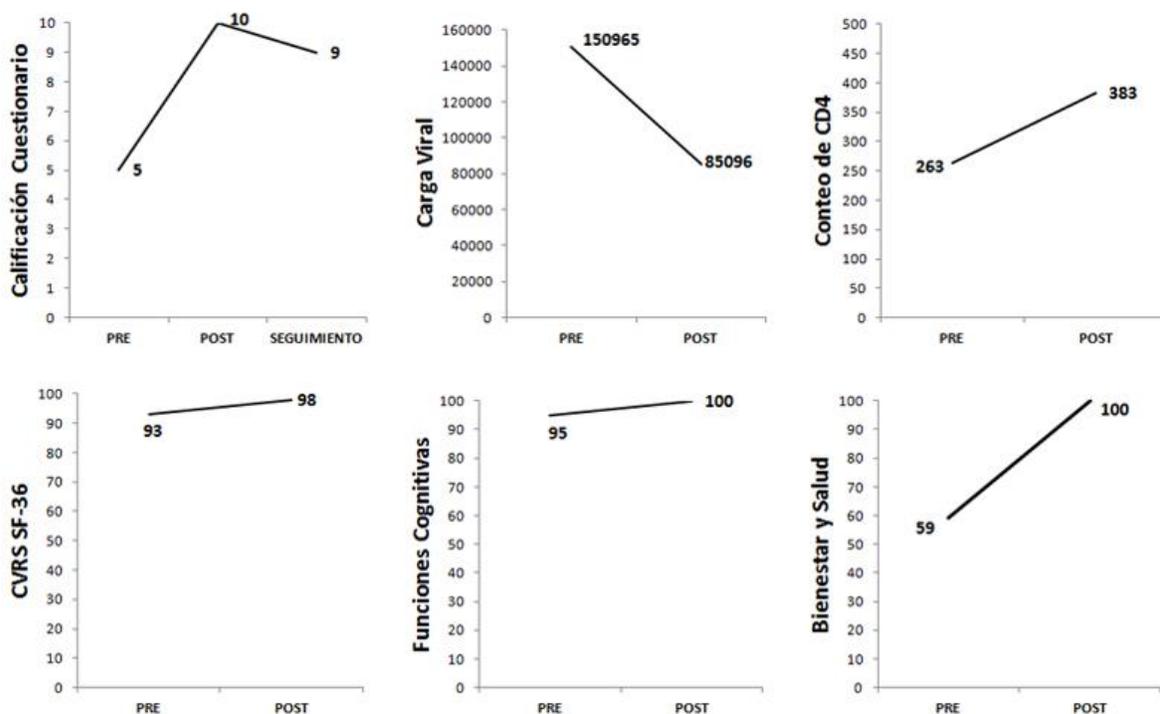


Figura 7.5. Resultados del Participante 5.

El Participante 6 (ver Figura 7.6) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=5.0). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un incremento de un punto. El ingreso al TARV disminuyó en 4 175 copias de VIH su carga viral al seguimiento, pero no logró 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 aumentaron, pero permaneció en inmunodeficiencia leve (200-349 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un incremento con CCS de efecto leve (TEI=0.2). Sus funciones cognitivas no presentaron cambios (TEI=0.0). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto moderado (TEI=0.6). Informó haber utilizado el carnet sólo las dos primeras semanas y su seguimiento fue físico. Su disminución de carga viral es consistente con sus incrementos en la CVRS y mantenimiento de sus Funciones Cognitivas.

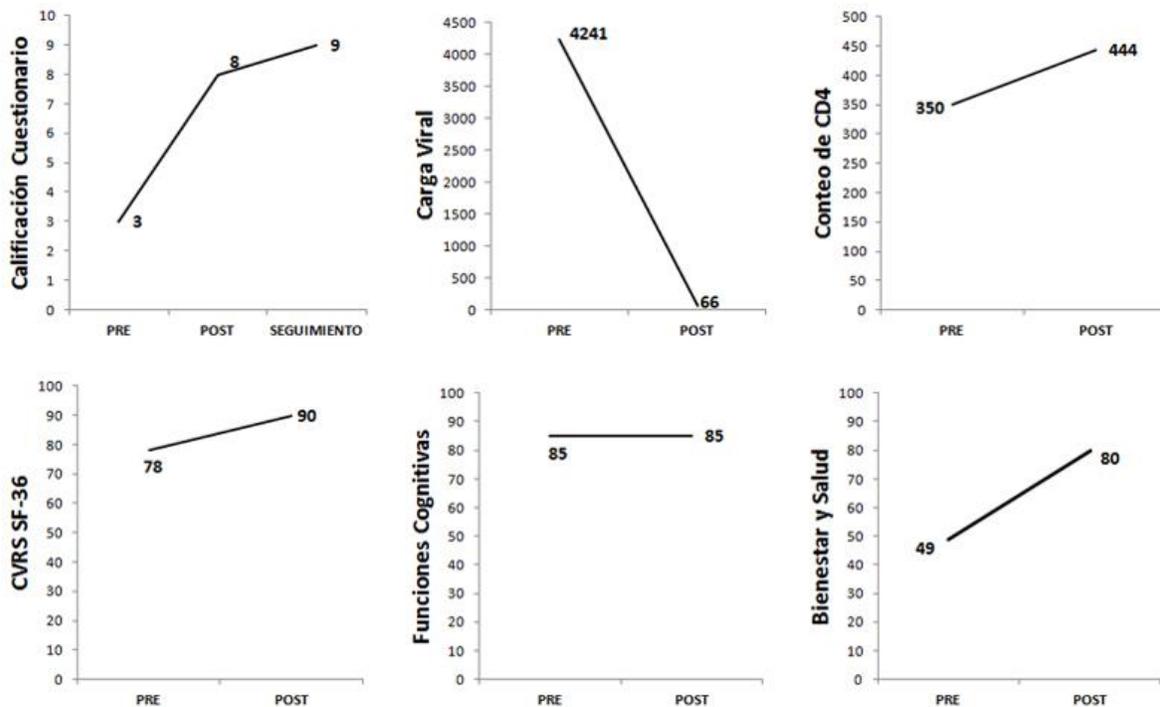


Figura 7. 6. Resultados del Participante 6.

El Participante 7 (Figura 7.7) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=2.1). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró un decremento de 2 puntos. El ingreso al TARV disminuyó en 32 028 copias de VIH su carga viral al seguimiento, pero no logró 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 aumentaron, pero se mantuvo en inmunodeficiencia leve (350-499 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un incremento sin CCS (TEI=0.1). Sus funciones cognitivas aumentaron sin CCS (TEI=0.1). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto moderado (TEI=0.3). Informó no haber utilizado el carnet y su seguimiento fue físico. Su disminución de carga viral es consistente con sus incrementos en la CVRS y Funciones Cognitivas.

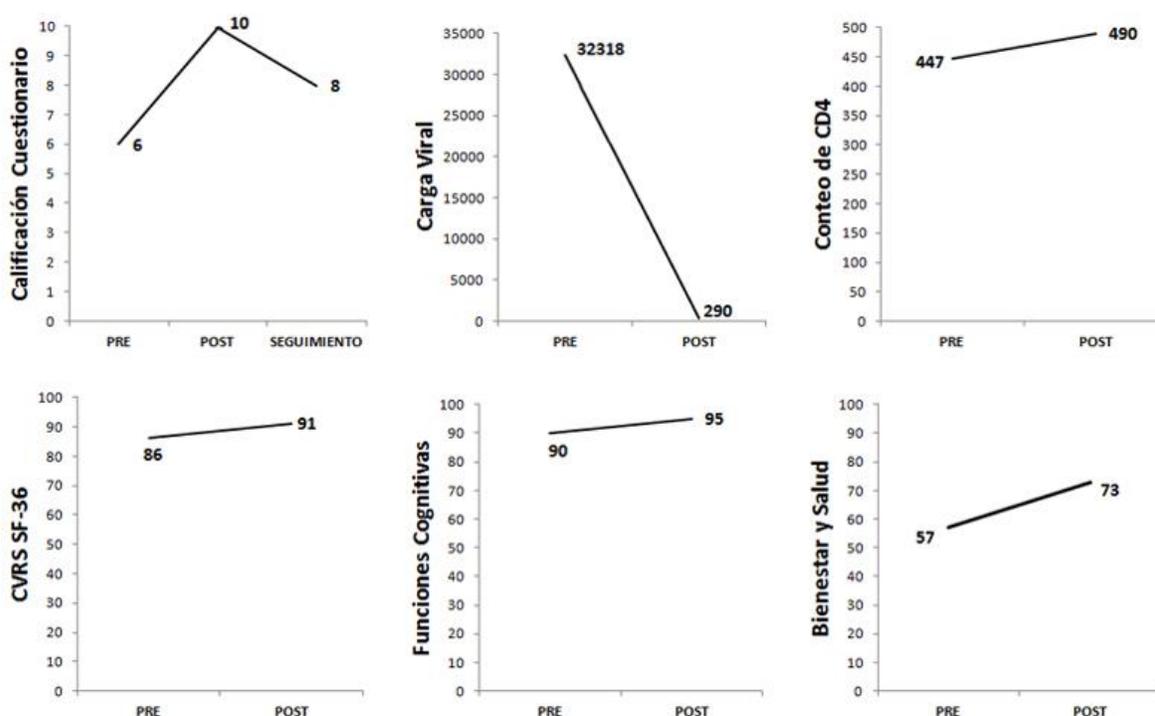


Figura 7. 7. Resultados del Participante 7.

El Participante 8 (Figura 7.8) obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=9.0). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario no mostró decremento. El ingreso al TARV disminuyó su carga viral hasta el objetivo del tratamiento que es 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 aumentaron pero permaneció en inmunodeficiencia grave (<200 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 obtuvo un decremento con un CCS de efecto leve (TEI=0.2). Sus funciones cognitivas aumentaron con CCS de efecto leve (TEI=0.2). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo decremento con CCS de efecto leve (TEI=0.3). Informó no haber utilizado el carnet y su seguimiento fue físico. La disminución en la CVRS es consistente con su estadio clínico de grave, según sus células CD4, aunque en carga viral logro el objeto del TARV.

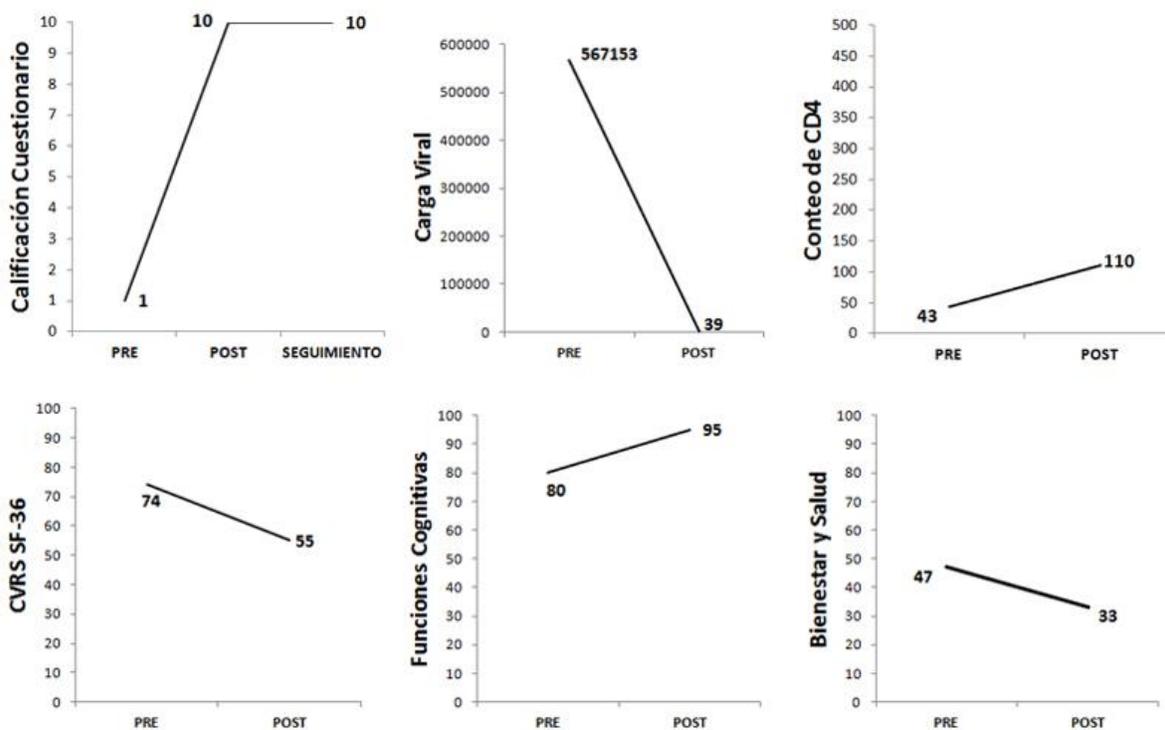


Figura 7. 8. Resultados del Participante 8.

El Participante 9 (Figura 7.9) no acudió a su seguimiento y no fue localizado vía telefónica para su seguimiento, sin embargo, se cuenta con sus variables fisiológicas porque éstas se obtienen de la base de datos de la Clínica Especializada Condesa para esta investigación. El participante 9 obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=2.1). El ingreso al TARV disminuyó en 360 966 copias de VIH su carga viral al seguimiento, pero no logró 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 aumentaron y paso de inmunodeficiencia avanzada (200-349 CD4/mm³ de sangre) a leve (350-499 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006). Su CVRS según el SF-36 al momento de la aplicación fue de 77 puntos, sus funciones cognitivas del 75% y en Bienestar y Salud de 46 %.

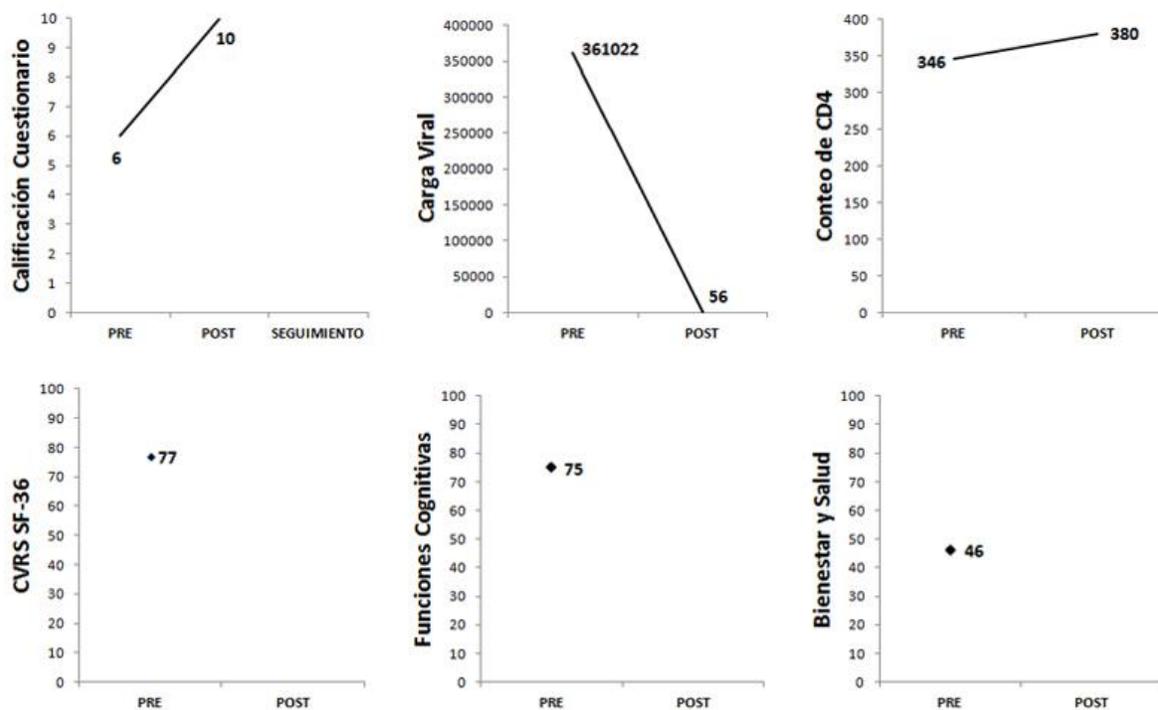


Figura 7. 9. Resultados del Participante 9.

El Participante 10 (ver Figura 7.10) no ingreso a TARV y no acudió a su seguimiento. Fue contactado vía telefónica y aceptó realizar el seguimiento de forma electrónica. El participante 10 obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=3.2). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario no mostró decremento. Su carga viral Pre fue de 47 788 copias de VIH/mm³ de sangre. Sus CD4 lo clasificaban en una inmunodeficiencia avanzada (200-349 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006), pero al seguimiento dijo que comenzaría tratamiento en las próximas semanas. Su CVRS según el SF-36 obtuvo un decremento sin CCS (TEI=0.0). Sus funciones cognitivas disminuyeron sin CCS (TEI=1.1). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto moderado (TEI=0.9).

Es importante mencionar que los pacientes en la CEC deben atravesar varias valoraciones, incluida la de salud mental, pero también deben acudir a odontología, nutrición, trabajo social, etc., para que se autorice su ingreso a TARV, lo que es consistente con el aumento en la escala de Bienestar y Salud, pues posiblemente percibe que está haciendo algo por su salud, que es acudir a la clínica a tramitar su ingreso a TARV, y más cuando ya ha sido autorizado, lo que es consistente a lo que refirió acerca de que está próximo a iniciar su TARV.

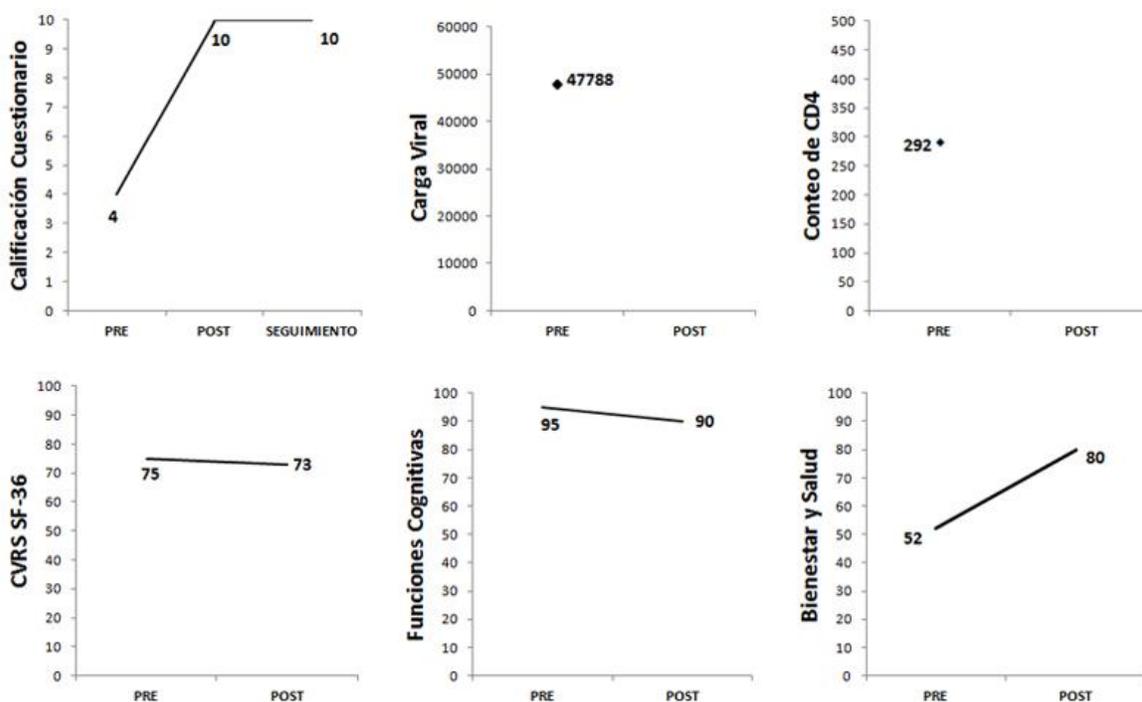


Figura 7. 10. Resultados del Participante 10.

Finalmente, el Participante 11 (ver Figura 7.10) no ingreso a TARV pues su conteo de CD4 lo clasifica como inmunodeficiencia no significativa (mayor o igual a 500 CD4/mm³ de sangre) según la OMS (2006), no obstante su carga viral era de 29 309. No acudió a su seguimiento, pero aceptó contestar los instrumento por vía electrónica y refirió no saber aún cuándo comenzaría TARV. El participante 11 obtuvo un CCS de efecto grande entre el cuestionario Pre y Post, que evaluó los conocimientos adquiridos en el PPATARV (TEI=1.1). En el seguimiento a un mes, la aplicación del cuestionario mostró volver a su calificación inicial de 7. Su CVRS según el SF-36 obtuvo un decremento sin CCS (TEI=0.0). Sus funciones cognitivas disminuyeron con CCS de efecto leve (TEI=0.2). En las preguntas de Bienestar y Salud hubo un incremento con CCS de efecto grande (TEI=0.9).

El conteo de CD4 del Participante 11 justifica el no haber ingresado a TARV. Su CVRS parece estar estable e incluso con un aumento en la percepción de bienestar y salud, que puede relacionarse con estar en seguimiento en la CEC hasta ser candidato a TARV. Sin embargo, la disminución de sus funciones cognitivas, es consistente con que en ausencia de TARV la enfermedad continua su progreso.

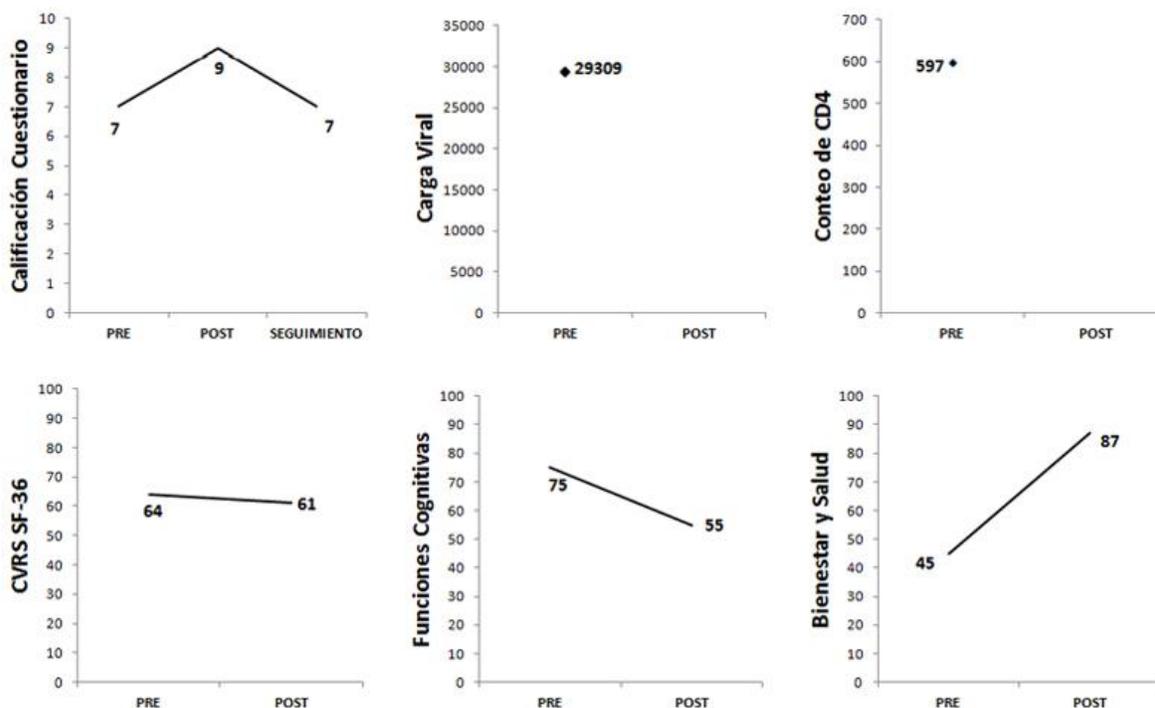


Figura 7. 11. Resultados del Participante 11.

7.6 Conclusiones

Las medias de los grupos de contraste permitieron contextualizar la media obtenida por el grupo de participantes en el PPAT-ARV sobre la información proporcionada, que fue medida con el cuestionario: *¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?*

El grupo de participantes obtuvo un incremento estadísticamente significativo en la media de los puntajes obtenidos en la aplicación Post del cuestionario, sobre la información proporcionada, con respecto a la media de puntuaciones Pre del cuestionario. El seguimiento a un mes de la información proporcionada en PPAT-ARV mostró un decremento en la media del grupo de participantes no significativo.

En el cuestionario sobre la información proporcionada en el PPAT-ARV la respuesta “No sé, fue utilizada en la aplicación Pre, pero ningún participante la utilizó en la aplicación Post ni en el seguimiento, lo que indica que en la aplicación Pre había información que desconocían.

La información con mayor desconocimiento pertenecía al área de TARV, acerca de que el objetivo del tratamiento consistía en obtener una carga viral indetectable, así como el significado de indetectable, y del área de Medidas particulares de salud para la infección por VIH, acerca de los alimentos a moderar y contraindicados cuando se está en TARV. Por otro lado, la información más conocida fue también del área del TARV con respecto a que al bajar la carga viral en consecuencia subían las defensas (células CD4) y que el VIH destruye principalmente las defensas.

La pregunta con más errores en la aplicación Post, con una frecuencia de 3 participantes que contestaron equivocadamente, fue sobre lo que evita el TARV. Sin embargo, el reactivo medía si el participante discriminaba la respuesta correcta “evita el sida” y los distractores “que las defensas bajen” y “enfermedades oportunistas”, que aunque se relacionan con el descenso de la carga viral, lo que evita el TARV es la progresión a la fase de sida.

La pregunta con más errores en la aplicación al seguimiento a un mes, con una frecuencia de 7 participantes que contestaron equivocadamente, fue con respecto al objetivo del TARV. El reactivo medía si el participante discriminaba la respuesta correcta “la indetectabilidad” del distractor “subir las defensas”, sin embargo, subir las defensas, aunque no es estrictamente el objetivo del TARV es una consecuencia relacionada, que además se reforzó en “La metáfora del reloj de arena”. Lo anterior indica que este reactivo es confuso.

La metáfora del reloj de arena obtuvo opiniones positivas de los participantes y lograron responder las preguntas durante su aplicación de manera favorable. Sin embargo, el carnet no mostró evidencia de eficacia y parece ser una actividad poco agradable o útil.

En cuanto al seguimiento, los participantes en el PPAT-ARV realizaron en su mayoría (60%) seguimientos electrónicos y informaron dar preferencias a otras actividades relacionadas con la recogida de medicamento, estudios de laboratorio y consultas médicas, que los seguimientos a Salud Mental de la CEC.

De los nueve participantes que ingresaron a TARV, ocho de ellos obtuvieron una disminución en su carga viral y aumento o estabilidad en el conteo de CD4 a un mes de seguimiento, sin embargo, un participante al mes de seguimiento aumentó su carga viral drásticamente, pese a que sus CD4 aumentaron, debido a esto, su médico tratante indicó nuevos estudios a un mes del seguimiento, logrando en un mes más de TARV la disminución drástica de su carga viral y mantenimiento de sus CD4. De los nueve participantes dos obtuvieron la indetectabilidad a un mes de TARV.

En cuanto a la CVRS en los ocho participantes que ingresaron a TARV y de quienes fue posible el seguimiento, según el SF-36 la CVRS siete presentó estabilidad a un mes de seguimiento y del participante que aumento su carga viral a un mes de seguimiento se observó un decremento con cambio clínicamente significativo (CCS) de efecto leve. De los siete participantes todos mostraron incrementos según el SF-36 obteniendo dos participantes incrementos sin CCS y los cinco restantes un incremento con CCS de efecto leve.

En los ocho participantes antes mencionados, las funciones cognitivas fueron estables mostrando dos participantes un aumento de ellas con un CCS de efecto leve, dos participantes con aumento sin CCS, un participante con decremento sin CCS y tres participantes obtuvieron la misma medición Pre y Post. Las preguntas sobre Bienestar y Salud en 7 de estos ocho participantes obtuvieron incrementos con un CCS, tres con efecto leve, uno con efecto moderado y tres con efecto grande.

Finalmente, el PPAT-ARV resultó ser útil en cuanto a proporcionar la información necesaria sobre la infección por VIH relacionada con la adherencia al TARV. “La metáfora del reloj de arena” obtuvo opiniones positivas en todos los casos. La evaluación de la CVRS mostró estabilidad en los participantes que ingresaron a TARV y el TARV ratificó su eficacia a un mes de seguimiento en siete participantes y en uno a dos meses (de los ocho que ingresaron al TARV). No obstante el uso del carnet no mostró evidencia de aceptación por los participantes, ni utilidad.

Capítulo 8. Conclusiones Generales

La Residencia en Medicina Conductual, Sede Ciudad Universitaria, del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, ha cumplido su objetivo en el presente trabajo, ya que el Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV), surgió de la detección de necesidades realizada por el residente durante su rotación por la Clínica Especializada Condesa (CEC) de la Ciudad de México, que atiende a personas con diagnóstico por infección de VIH, sobre un aspecto que estaba en sus posibilidades mejorar, y con ello aportó a la CEC un PPAT-ARV válido y evaluado en cuanto a su eficacia.

Es importante mencionar que, en la literatura científica actual, existe un consenso en la recomendación sobre que la atención al paciente recién diagnosticado con infección por VIH, incluya atención psicológica, dentro de la cual, se encuentra la Psicoeducación (Polo et al., 2016). Sin embargo, aunque la Psicoeducación es una estrategia común, la información presentada a las personas que la reciben por lo general no es validada como se hizo en el presente trabajo lo realiza.

En cuanto a las metáforas su uso para referirse a cuestiones de salud no es nuevo porque las metáforas han estado presentes en otras aproximaciones psicológicas como las psicodinámicas y más recientemente las de tipo cognitivo. En efecto, no hace mucho las metáforas se incorporaron en la Psicología científica dentro de la Terapia Cognitivo Conductual (Moix, 2006). Particularmente, en lo que se ha llamado su tercera ola, y más específicamente en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2004).

Por ejemplo, hace una década se decía las personas con diagnóstico por infección de VIH, que la enfermedad era como un ferrocarril que llegaría a la estación llamada sida, pero que la velocidad del ferrocarril, específicamente que fuera lento, dependía de que tomarán su medicamento de manera correcta. El problema es que, aunque las metáforas se han utilizada terapéuticamente, como es de esperarse no se someten dichas intervenciones a ningún criterio de evidencia empírica sobre su eficacia.

En este trabajo la inclusión de *“La Metáfora del reloj de área”* dentro del PPAT-ARV tiene el valor de contemplar su evaluación y aportar evidencia empírica del uso de metáforas en intervenciones psicológicas psicoeducativas.

El objetivo general de la investigación fue: “Sistematizar, validar y evaluar un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV) dirigido a pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH de la CEC, que comienzan TARV por primera vez”. El objetivo antes mencionado se logró al contestar dos preguntas de investigación.

El estudio 1 se realizó para contestar la primera pregunta de investigación que fue: ¿La sistematización de un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV), en pacientes con diagnóstico reciente por VIH, tendrá validez de contenido, en cuanto a los conocimientos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV?

Del estudio se concluye que el método de juicio de expertos permitió obtener la validez de contenido del PPAT-ARV obteniendo una aceptabilidad y concordancia casi perfecta en la evaluación de la información presentada a los 14 médicos de la CEC que participaron como jueces.

El estudio 2 se realizó para contestar la segunda pregunta de investigación que fue: ¿Un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV) en pacientes con diagnóstico reciente por infección de VIH, que inician TARV por primera vez en la Clínica Especializada Condesa (CEC), proporcionará los conocimientos mínimos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV?

La evidencia indica que el PPAT-ARV proporcionó los conocimientos mínimos necesarios sobre la infección por VIH relacionados con la adherencia al TARV, sirviendo los grupos de contraste para contextualizar dicha evidencia.

La información que presentó mayor desconocimiento por los participantes en el PPAT-ARV según la aplicación Pre del cuestionario ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?, fue la relacionada con el objetivo del TARV, el significado de indetectabilidad y los alimentos contraindicados al TARV. La información con mayor dificultad en la aplicación Post y seguimiento a un mes del cuestionario fue la relacionada con el objetivo del TARV, debido a que el reactivo tres que medía esta información, presenta respuestas relacionadas al objetivo y consecuencias positivas del TARV, que lo hacen confuso. Dicho reactivo requiere ser evaluado y modificados si el cuestionario se utiliza en futuras intervenciones.

En cuanto a “La metáfora del reloj de área” los 11 participantes en el PPAT-ARV lograron responder favorablemente las preguntas de entendimiento durante la aplicación de la misma, y su opinión al mes de seguimiento fue positiva (en los 10 participantes en los que se obtuvo seguimiento). Esto sugiere que la metáfora resultó ser una herramienta aceptada por los participantes y útil para reforzar la información proporcionada en el PPAT-ARV.

El carnet mostró no ser indispensable dentro del PPAT-ARV debido a que sólo 4 de 10 participantes, de quienes se logró el seguimiento, lo devolvieron estando completo tres y un participante sólo completó dos semanas.

La asistencia al seguimiento físico de 4 de 10 participantes indica una preferencia por seguimientos electrónicos para el monitoreo de la adherencia, debido a que los participantes informaron dar prioridad a la recogida de medicamento, pruebas de

laboratorio y seguimiento médico que a citas en Salud Metal relacionadas a la adherencia, pues una mayor asistencia física a la CEC implica un incremento en faltas escolares o laborales, que prefieren reservar a la prioridad antes mencionada y que consideran más importante.

La evaluación de las variables fisiológicas (carga viral y conteo de CD4) ratificaron la eficacia del TARV a un mes de su ingesta en siete de los ocho participantes que iniciaron TARV, y en un participante su eficacia se observó al segundo mes de TARV. El objetivo del TARV, que es la reducción a 40 o menos copias de VIH/mm³ de sangre, se logró en dos de los ocho participantes que iniciaron TARV.

La evaluación de la CVRS, según el SF-36 mostró incrementos con CCS de efecto leve en cuatro participantes, dos participantes con incremento sin CCS, y dos participantes que mostraron decrementos con CCS de grado leve, uno de estos dos últimos fue el participante que incrementó su carga viral drásticamente al mes de seguimiento y el otro participante, aunque logró la indetectabilidad sus CD4 continuaron en el estadio de inmunodeficiencia grave, lo que explica su decremento según el SF-36.

Los dos participantes que obtuvieron la indetectabilidad mostraron un incremento con CCS de grado leve en la escala de Funciones Cognitivas. Los demás participantes, seis de los ocho que iniciaron TARV y de quienes fue posible el seguimiento, no presentaron incrementos o decrementos con CSS.

Los dos participantes que no ingresaron a TARV, según el SF-36 mostraron decrementos sin CCS, en funciones cognitivas los dos presentaron decrementos uno sin CSS y uno con CCS en grado leve. En cuanto a las preguntas de Bienestar y Salud los dos presentaron incrementos con CSS uno de efecto grande y otro moderado, lo cual, quizá pueda deberse al hecho de que están siendo tratados en la CEC, aunque no comienza TARV todavía.

La conclusión general es que el PPAT-ARV fue sistematizado al conseguir la validez de contenido por el método de juicio de expertos, y que mostró ser eficaz para proporcionar la información necesaria sobre la infección por VIH relacionada con la adherencia al TARV según la evidencia empírica obtenida. De los ocho participantes que ingresaron a TARV y de quienes fue posible el seguimiento, el TARV ratificó su eficacia reduciendo la carga viral al mes en siete participantes y en uno a dos meses. En dos participantes el TARV y la adherencia al mismo, lograron la indetectabilidad a un mes de TARV. En el conteo de CD4 y la CVRS siete participantes mostraron estabilidad con aumentos modestos y un participante disminuyó su CVRS con un CCS de efecto leve, debido a que, a pesar de la reducción de su carga viral a indetectable a un mes de seguimiento y el incremento leve de sus CD4, se estabilizó dentro del estadio de grave según la OMS (2006).

Sugerencias para estudios posteriores

Entre las áreas de oportunidad en cuanto al diseño de esta investigación se encuentran los siguientes: aunque los grupos de contraste permitieron la contextualización de los datos, el grupo de participantes en el PPAT-ARV requeriría un grupo de comparación. Los datos se analizaron en grupo en una primera parte, el análisis de cada participante es el dato que obedece al diseño de N=1, siendo cada participante agregado una réplica de este diseño un número mayor de participantes permitiría hacer comparaciones con grupos contrastados y estadística más robusta.

El reactivo 3 generó respuestas confusas, convendría buscar conocer de manera clara la discriminación entre el objetivo del TARV ya que que los participantes asocian la recuperación de CD4, que es la consecuencia más notoria y relacionada con el objetivo del TARV.

Consideraciones de la investigación

El descenso del área de Rol Emocional, según el SF-36, muestra evidencia de que el primer mes de TARV requiera además de información válida y confiable, herramientas que permitan acoplarse a un tratamiento de por vida, como lo son, por ejemplo, reestructuración cognitiva, solución de problemas y regulación emocional, siendo este aspecto una orientación para futura investigaciones.

Consideraciones sobre la sede y el programa de residencia en Medicina Conductual

La CEC orienta su atención a facilitar el tratamiento de sus usuarios, por lo cual favorece protocolos que se adecuen a este punto. Además, apoya intervenciones que favorezcan en lo posible a todos sus usuarios, que sean breves, concisas y que la investigación sobre la misma, no demande demasiados requisitos para el usuario de la CEC o entorpezca su tratamiento.

Por otro lado, en cuanto al programa de residencia en Medicina Conductual es en el área de la infección por VIH convendría agregar a la formación del residente más herramientas de diagnóstico clínico y conocimientos de fisiología y anatomía humanas para una mejor interacción con los demás especialistas de salud en las sedes hospitalarias.

El PPAT-ARV ha logrado en cuanto a la sede, acorde a sus necesidades, una Psicoeducación válida y eficaz para ser aplicada en una sesión, y en cuanto al programa de residencia en Medicina Conductual, ha conseguido la práctica profesionalizante, al detectar una necesidad en la sede y proponer una solución a través de la investigación que aquí se presenta.

Referencias

- ABMR Academy of Behavioral Medicine Research (1978). *Academy of Behavioral Medicine Research Steering Committee Meeting April 10-11, 1978. Institute of Medicine National Academy of Sciences*. Washington, D. C.: D. Hamburg, Anfitrión, steering committee for the formation of a society of behavioral medicine. Recuperado 6 de Julio de 2015, de <http://storage.cloversites.com/academyofbehavioralmedicineresearch/documents/IOM%20minutes%20creating%20ABMR%20041278.pdf>
<http://storage.cloversites.com/academyofbehavioralmedicineresearch/documents/IOM%20minutes%20creating%20ABMR%20041278.pdf>
- Agudelo-Gonzalez, S., Murcia-Sanchez, F., Salinas, D., y Osorio, J. (2015). Infecciones oportunistas en pacientes con VIH en el hospital universitario de Neiva, Colombia. 2007-2012. *Infectio Asociación Colombiana de Infectología*, 19(2), 52-59.
- Alcamí, J. (2008). Ciclo replicativo del VIH. Dianas terapéuticas consolidadas y dianas potenciales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 26(12), 3-10.
- Alcamí, J., y Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(3), 216-226.
- Al-Dakkak, I., Patel, S., McCann, E., Gadkari, A., Prajapati, G., y Maiese, E. M. (2013). The impact of specific HIV treatment-related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(4), 400-414.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., y Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490.
- Arauzo, S., Blanck, J. G., y Bermúdez, G. (1992). SIDA: aportaciones conductuales para su prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 169-176.
- Arrondo, V. A., Sainz, S. M. L., Andrés, E. E. M., Iruin, S. A. I., y Napal, L. V. (2009) Factors associated with adherence in HIV patients. *Farmacia Hospitalaria*, 33(1):4-11.
- Ausubel, D.P. (1963). *The psychology of meaningful verbal learning*. New York: Grune & Stratton.
- Ausubel, D. P., Novak, J. D., y Hanesian, H. (1983) *Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo* (2a ed.). México: Trillas.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart y Winston.
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., Dauguet, C., Axler-Blin, C., Vézinet-Brun, C., Rouzioux, C., Rozenbaum, W., y Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired. *Science*, 220(4599), 868-971.
- Bautista-Arredondo, S., Serván-Mori, E., Silverman-Retana, O., Contreras-Loya, D., Romero-Martínez, M., Magis-Rodríguez, C., Uribe-Zuñiga, P., y Lozano, R. (2015). Exploración del rol de la oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por sida en México. *Salud Pública de México*, 57(2), S153-S162.

- Beck, A.T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Blanchard, E. B. (1979). Biofeedback: A Selective Review of Clinical Applications in Behavioral Medicine. En J. R. McNamara (Ed.), *Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis* (pp. 131-156) United States: Springer.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 795-796
- Birk, L. (Ed.). (1973). *Biofeedback: Behavioral medicine*. New York: Grune & Stratton.
- Caballero, S. N. P. (2015). *Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH-SIDA: Evaluación e Intervención*. (Tesis inédita doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Sede Ciudad Universitaria, México.
- Chen, W., T, Wantland, D., Reid, P., Corless, I. B., Eller, L. S., Iiping, S., Holzemer, W. L., Nokes, K., Sefcik, E., Mende, M., R., Voss, J., Nicholas, P., Phillips, J. C., Brion, J. M., Rose, C. D., Portillo, C. J., Kirkse, K., Sullivan, K. M., Johnson, M. O., Tyer-Viola, L, y Webel, A. R. (2013). Engagement with Health Care Providers Affects Self- Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 4(11): 256.
- CENSIDA Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida. (2012). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia_arv_vih.pdf
- CENSIDA Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida. (2014a). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de casos de sida Actualización al 30 de junio de 2014. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf
- CESIDA Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida. (2014b). La epidemia del VIH y el sida en México. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
- CDC Center Disease Control. (1992). 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep.*, 41(RR-17). Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>
- CDC Centers for Diseases Control. (2008). Revised Surveillance Case Definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection s and AIDS among children aged 18 months to < 13 years - United States. . *MMWR Recomm Rep.*, 57(RR-10). Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5710.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Correa, M. V. B., y Hernández, M. H. B. (2006). La Psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 463.
- D'Zurrilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy (Vol.1)*. New York: Academic Press.
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Schuster, R. M., y Safren, S. A. (2010). ACT HEALTHY: A combined cognitive-behavioral depression and medication adherence treatment for HIV-infected substance users. *Cognitive and behavioral practice*, 17(3), 309-321.
- Da Silva, J., Bunna, K., Bertonia, R. F., Neves, O. A., y Traebert, J. (2013). Quality of life of people living with HIV. *AIDS Care*, 25(1), 71-76.
- Delgado, R. (2011). Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(1); 58-65.
- Díaz, A. F. y Fernández, R. G. (1999). Constructivismo y aprendizaje significativo. En *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo* (pp. 13-33). México: Mc Graw Hill.
- Domingo, P., y Lozano F. (2011). Manejo de la toxicidad para fármacos antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(7); 535-544.
- Donley, J. E. (2011). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(1), 1-10.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. NY: Lyle Stuart.
- Eysenck, H.J. (1959). Learning theory and behaviour therapy II. Clinical aspects. *Archives of General Psychiatry*, 26, 496-501.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., y Gutiérrez, D. (2001). Ambiente Familiar y Psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados Preliminares. *Salud mental*, 24(4), 36.
- García, F., Álvarez, M., Bernal, C., Chueca, N., y Guillot, V. (2011). Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(4), 297-307.
- González, G., M. D. J., Rodríguez A., F. A., Páez, A. F., Robles, G. R., Altamirano R. M., Atilano, G. O. E., Buenrostro, J. M. H. y Cambero, G., E. G. (2006). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana: propiedades psicométricas de la versión en español del SF-36. *Psiquiatría*, 22(3), 5-7.
- Guidano, V., y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Lasso, B. M. (2011). Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. *Revista Chilena de Infectología*, 28(5), 440-460.
- López-Amaro, O. V. (2011). *Efectividad de la Psicoeducación en la Calidad de Vida en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor*. (Tesis inédita de maestría). Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina, México.
- Luciano, S. M. C., y Valdivia, S. M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., y Walser, R. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger and Context Press.
- Mandevile, P. B. (2005). El coeficiente de correlación intraclase (CCI). *Ciencia Universidad Autónoma de Nuevo León*, 7(3), 414-416.

- Mweete D. N., West, S. J., Dave, J. A., Levitt, N. S., y Lambert, E. V. (2014). Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*, 14, 676. Recuperado del: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-676.pdf>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: la nueva terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, y D. Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. NY: Guilford Press.
- Haynes, R. B. (1979). Introduction. En R. B. Haynes, D. L. Sackett, y D. W. Taylor (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp.1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. C. F., Baptista, L. M. P. (2010) *Metodología de la investigación*. Ed. 5a. México: Mc Graw Hill.
- Horvath, T., Azman, H., Kennedy, G. E., & Rutherford, G. W. (2012). Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *The Cochrane Library*.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kazdin, E. A. (2011). *Single-Case Research Designs. Methods for Clinical and Applied Settings* (2a ed.). New York: Oxford University Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives*. NY: Guilford Press.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. NY: Guilford Press.
- López-amaro, V. O. (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor. (Tesis de maestría). Instituto Politécnico Nacional, México, D.F.
- Louwagie, M. J., Bachmann, M. O., Meyer, K., Booyens, F. R., Fairall, R. L., y Heunis, C. (2007). Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life in South African adults with human immunodeficiency virus infection: A cross-sectional analytical study. *BMC Public Health*, 7(244), 1-10. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2194770/pdf/1471-2458-7-244.pdf>
- Lozano, F., y Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(6), 455-465.
- Lozano de León, N. F. (2014). Infección por VIH (I). *Medicine*, 11(49), 2893-2901.

- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bering (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. NY: Wiley.
- Mahoney, M.J. (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice*. NY: Springer.
- Magis, R. C. (2015) Panorama Epidemiológico de las Personas que viven con VIH en México. PowerPoint. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/princ>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. NY: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Moix, Q. J. (2006) Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 116-122
- Monegro, F., Quiñones M., y Rodríguez, M. (1987). Medicina Conductual: Nuevo Paradigma para la evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Acta Médica Dominicana*, 9(5), 165-177.
- Montagnier, L., Gruest, J., Chamaret, S., Dauguet, C., Axler, C., Guetard, D., Nugeyre, M F., Barre-Sinoussi, J.C., Chermann, Brunet, J., B. (1984). Adaptation of lymphadenopathy associated virus (LAV) to replication in EBV-transformed B lymphoblastoid cell lines. *Science*, 225(4657), 63-66.
- Neimeyer, R.A. (1986). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapy*. Londres: Harper & Row Publishers.
- Nogués S. X., Sorli, R. M. L., y Villar, G. J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de medicina interna*, 24(3), 138-141.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- OMS Organización Mundial de la Salud (2013). *VIH/SIDA Nota descriptiva No. 360*. Octubre. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2010). Estrategia 2011-2015. Llegar a cero. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2014). Hoja informativa. Datos estadístico mundiales. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_es.pdf

- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2013a). Tratamiento 2015. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_es.pdf
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2013b). *El SIDA en cifras*. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2014). Hoja informativa. Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014/factsheet>
- OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud/OMS Organización Mundial de la Salud (2009). Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños. Washington: PAHO. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf
- OPS Organización Panamericana de la Salud (2006). Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS. (Organización Panamericana de la Salud). Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/HIVrelated_Language_PAHO_2006_Update.pdf
- Pardo, A., y Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de psicología*, 29(2), 301-310.
- Paterson, D., Swindelles, S., Wagener, y M., Singh, N. (2002). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infections. *Annals of Internal Medicine*, 133(1): 21-30.
- Patiño, T. L. C. (2013). Efectos de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH. (Tesis maestría) Sede Ciudad Universitaria, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University Press.
- Peñarrieta, M. I, Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A. M., Gonzales, N., Flores, F., y Del Angel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-37.
- Piña, L. J. A. (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida: una propuesta integradora. *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1(3), 47-62.
- Piña-López, J. A., y Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407.
- Polo et. al. (2016) Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(1), 53-e1. doi:10.1016/j.eimc.2015.07.018
- Plaud, J.J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57(9), 1089-1102.
- Pomerleau, O. F. (1979). Behavioral Medicine. The Contribution of the Experimental Analysis of Behavior to Medical Care. *American Psychologist*, 34(8), 654-663.

- Pomerleau, O. F., y Brady, J. P. (1979). Introduction: The scope and promise of behavioral medicine. In O. F. Pomerleau y J. P. Brady (Eds.), *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore, Md.: Williams & Wilkins.
- Rascón, G. M. L., Hernández, D. V., Casanova, R. L., Alcántara, C. H., y Sampedro, S. A., (2011). Guía Psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Riveros, R. A., Sánchez-Sosa, J. J., y Del Águila M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual moderno.
- Rodríguez, O. R. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
- Rodríguez, P. V. (2013). *Alteraciones durante el sueño en pacientes obesos: Funciones Ejecutivas y Calidad de Vida*. (Tesis inédita doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Sede Ciudad Universitaria, México.
- Romero, C. R. (2007). *Microbiología y parasitología humana*. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana.
- Rueda, S., Park-Wyllie, L. Y., Bayoumi, A., Tynan, A. M., Antoniou, T., Rourke, S., y Glazier, R. (2006). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *The Cochrane Library*.
- Ruiz, F. M. A., Díaz, G. M. I. y Villalobos, C. A. (2011). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safren, S.A., Otto, M.W., y Worth, J. (1999). Life-Steps: Applying cognitive-behavioral therapy to patient adherence to HIV medication treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6:332–341.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1151-1162.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Célis, A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Psicología Pirámide, pp. 473-492.
- Sánchez-Sosa, J.J., y González-Puente, J. A. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. México: Sede Ciudad Universitaria/UNAM/CONACYT.
- Schwartz, G. E., y Weiss, S. M. (1978a). Yale Conference of Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 39(6), 377-381.
- Scott, D. F. (1976) Biofeedback: Behavioral Medicine. *Journal Neurology Neurosurgery y Psychiatry*, 39(12), 1244.
- Silverthorn, D. U., Johnson, B. R., y Ober, W. C. (2014) *Fisiología Humana: un enfoque integrado*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Simoni, J. M., Wiebe, J. S., Saucedo, J. A., Huh, D., Sanchez, G., Longoria, V., Bedoya, C. A., y Safren, S. A. (2013). A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.-Mexico border: The Nuevo Día study. *AIDS and Behavior*, 17, 2816–2829.

- Skinner, B. F. (1953) *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Smith, S. R., Rublein, J. C., Marcus, C., Brock, T. P., & Chesney, M. A. (2003). A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient education and counseling*, 50(2), 187-199.
- Soroudi, N., Perez, G. K., Gonzalez, J. S., Greer, J. A., Pollack, M. H., Otto, M. W., y Safren, S. A. (2008). CBT for medication adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected patients receiving methadone maintenance therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 93-106.
- Spivack, G., y Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Suinn, R. M., y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: a non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- SS/CONASIDA/CENSIDA Secretaría de Salud/ Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA/ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida. (2014). *Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH* (6ª ed.). Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Hernández-Quero, J., y Buela-Casal, G. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. *Psicología y Salud*, 14(2), 229-235.
- Tshabalala, J., y Visser, M. (2011). Developing a cognitive behavioural therapy model to assist women to deal with HIV and stigma. *South African Journal of Psychology*, 41(1), 17-28.
- Uribe, A. J. I., Aguilar, V. J., Zacarías, S. X. y Aguilar, C. A. (2015). Modelos Explicativos del Uso de Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904-1915.
- Urzúa, M. A., y Caqueo-Uriazar, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1) 61-71.
- Velarde-Jurado, E., y Ávila-Figueroa, C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Ventura, C. J. M., Martín, C. M. T., Morillo, V. R., Yébenes, C. M., y Casado, G. M. A. (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farmacia Hospitalaria*, 38(4), 291-299.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- WHO World Health Organization (1990). Interim proposal for a WHO Staging System for HIV infection and Disease. *Weekly Epidemiological Record*, 65(29):221-4.
- WHO World Health Organization (2006). Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>
- WHOQOL World Health Organization Quality of Life (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 10, 1403-1409
- Wilson, K. G., y Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Zamora, L., y Gatell, J., M. (2014). Eficacia del tratamiento antirretroviral de inicio basado en lopinavir/ritonavir más 2 análogos de nucleósidos/nucleótidos en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana-1. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Cl*, 32(3); 2-6.

Anexos

A1. Formato de aplicación para el juicio de expertos.

VALIDACIÓN DE DIAPOSITIVAS PARA UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



**CONCEPTOS BÁSICOS IMPLICADOS
EN EL TRATAMIENTO POR
INFECCIÓN DE VIH**

Material Psicoeducativo Elaborado por

Roberto Neria Mejía¹

Supervisado por

Dra. Riveros Rosas Angélica², Dr. Rodríguez Pérez Víctor³, Dr. Vega Ramírez E. Hamid⁴

¹ Estudiante de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual

² Tutora del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual, UNAM

³ Supervisor Académico, Psicólogo Clínico del Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa

⁴ Supervisor *in situ*, Coordinador del Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa

FOLIO: 000

Especialidad del Médico participante: _____
Años que ha ejercido en general: _____ Años que ha ejercido en la CEC: _____

INSTRUCCIONES

El Programa de Salud Mental (PSM) de la Clínica Especializada Condesa (CEC) y el Posgrado de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realizan una investigación para evaluar un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Anti-Retroviral de Alta Actividad (TARAA) en pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH que acuden a la CEC, así como evaluar el impacto del TARAA en su Calidad de Vida. El estudio está a cargo del Psicólogo Roberto Neria Mejía, residente de la Maestría en Medicina Conductual de la UNAM, quien realiza esta validación con la supervisión del Dr. Víctor Rodríguez Pérez del PSM de la CEC, y la tutoría de la Dra. Angélica Riveros Rosas de la UNAM.

El Programa Psicoeducativo utilizará diapositivas para explicar los puntos indispensables, que se sugiere, conozcan los pacientes que iniciarán o están iniciando TARAA, por ese motivo se pide la valoración de los médicos tratantes de pacientes con VIH para participar en este proceso de validación, calificando cada una de las diapositivas, de acuerdo a su opinión profesional, señalando con una cruz si es importante o no importante. En caso de considerarla importante indicar qué tan importante en una escala de 1% al 100%, dónde 1% es poco importante y 100% es extremadamente importante. Si desea hacer alguna observación o comentario puede hacerlo sobre la diapositiva o en las líneas destinadas a las observaciones.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Destruye los **CD4** que son tus **DEFENSAS**

1

El **VIH** es la causa del **sida**

VIH → **SIDA**

Síndrome de **I**nmuno **D**eficiencia **A**dquirida

2

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

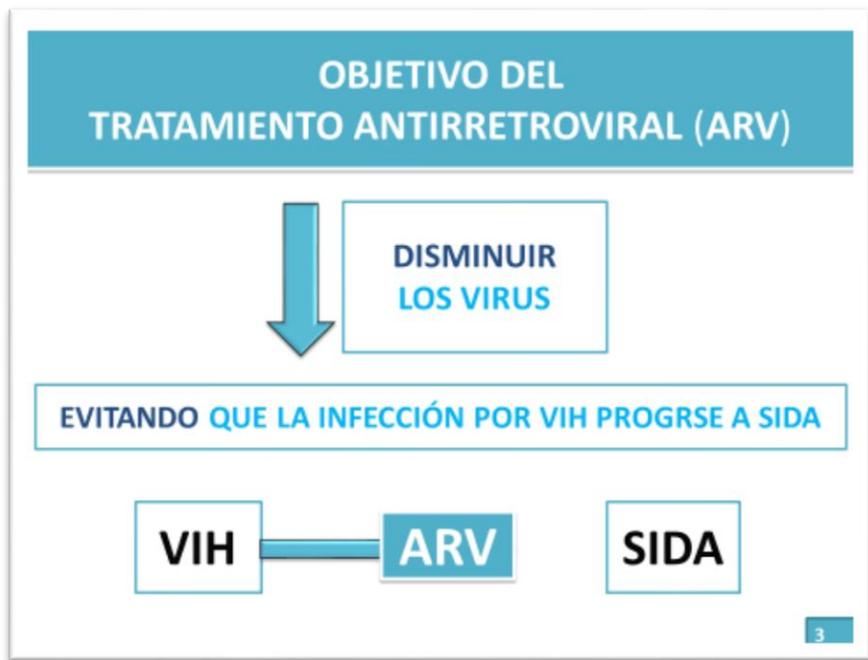
NO IMPORTANTE IMPORTANTE

POCO IMPORTANTE | EXTREMADAMENTE IMPORTANTE
1% | 100%

POCO IMPORTANTE | EXTREMADAMENTE IMPORTANTE
1% | 100%

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:



NO IMPORTANTE IMPORTANTE

POCO IMPORTANTE 1% ————— EXTREMADAMENTE IMPORTANTE 100%

OBSERVACIONES:

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

POCO IMPORTANTE 1% ————— EXTREMADAMENTE IMPORTANTE 100%

OBSERVACIONES:

CONTEO DE CD4

Estudio para saber
cuántas defensas
CD4
hay en la sangre

5

El tratamiento
ARV
BAJA
LA CARGA VIRAL
(Virus)

↑

Y
en consecuencia

↓

SUBEN
DEFENSAS
(CD4)

DISMINUYE
APARICIÓN
ENFERMEDADES
OPORTUNISTAS

6

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

POCO IMPORTANTE
1%
100%
 EXTREMADAMENTE IMPORTANTE

OBSERVACIONES:

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

POCO IMPORTANTE
1%
100%
 EXTREMADAMENTE IMPORTANTE

OBSERVACIONES:

SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO

PUEDEN PRESENTARSE ALGUNOS EFECTOS

En caso de presentarse **POCO A POCO DISMINUIRAN** hasta que tu organismo se adapte al medicamento

7

ADHERENCIA AL MEDICAMENTO

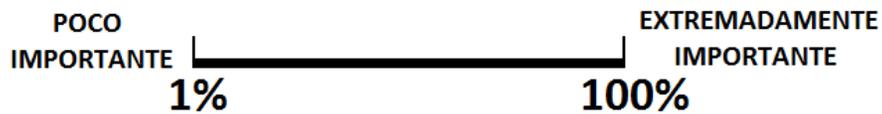
Es tomar tu medicamento **TODOS LOS DÍAS** y a la **MISMA HORA**

La **ADHERENCIA** a tu medicamento permite que se logre el objetivo de disminuir los virus, evitando que la infección por VIH progrese a sida

8

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

NO IMPORTANTE IMPORTANTE



OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:

MEDIDAS GENERALES

HÁBITOS ALIMENTICIOS

- 3 comidas
- 2 colaciones
- Tomar 2 litros de agua al día

9

MEDIDAS GENERALES

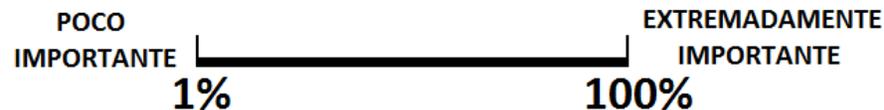
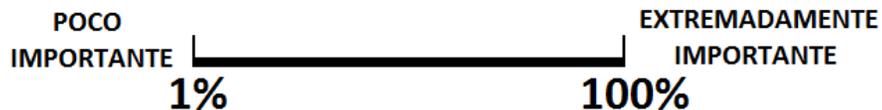
HIGIENE DE SUEÑO

- Dormir por lo menos 7 horas
- Dormir en un horario regular

10

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

NO IMPORTANTE IMPORTANTE



OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:

MEDIDAS GENERALES

DISMINUIR USO DE DROGAS

- Moderar o eliminar el consumo de **ALCOHOL** y **TABACO**
- Evitar el consumo de drogas como: **cocaína, marihuana, poppers, tachas, solventes** y drogas en general

11

MEDIDAS ESPECÍFICAS

REALIZAR EJERCICIO MODERADO

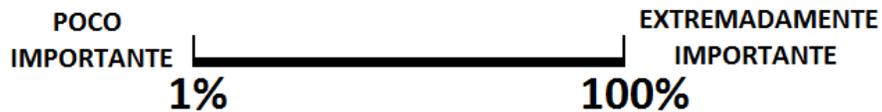
MODERAR EL CONSUMO DE:

- **ESTIMULANTES**, como **CAFÉ** o **CHOCOLATE**
- **ALIMENTOS ALTOS EN GRASAS**

Puedes consumirlos moderadamente en horarios distintos y alejados de la toma de tu medicamento ARV

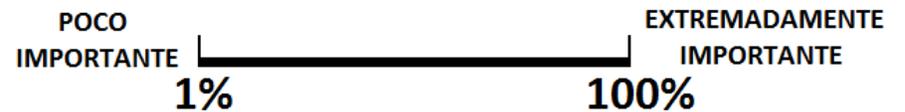
12

NO IMPORTANTE IMPORTANTE



OBSERVACIONES:

NO IMPORTANTE IMPORTANTE



OBSERVACIONES:

MEDIDAS ESPECÍFICAS

EVITAR CONSUMIR

- **Suplementos o medicamentos sin recomendación** de tu médico tratante
- **AJO** crudo y/o cocido **EN EXCESO** porque disminuye la absorción del medicamento ARV

13

MEDIDAS ESPECÍFICAS

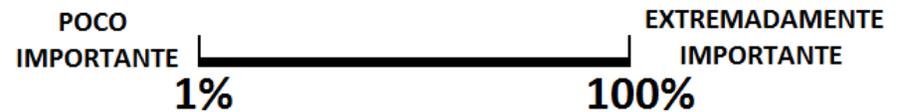
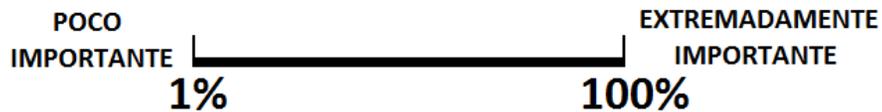
NO CONSUMIR

- **HIERBA DE SAN JUAN** porque es **PELIGROSA** cuando se toma medicamento ARV
- **TORONJA** porque afecta el funcionamiento del medicamento ARV

14

NO IMPORTANTE IMPORTANTE

NO IMPORTANTE IMPORTANTE



OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:

MEDIDAS ESPECÍFICAS

EVITAR LA REINFECCIÓN

Usa **condón** con lubricante al tener sexo oral, anal o vaginal tanto con pareja VIH+ como VIH-

15

NO IMPORTANTE IMPORTANTE



OBSERVACIONES:

A2. Transcripción de las observaciones realizadas por los jueces.

Diapositiva	Observaciones	Diapositiva	Cambios
1	Explicar que son los CD4	1	Se agrega explicación sobre los CD4
	Hacer énfasis en lo que es la infección por VIH y que no es SIDA explicando con claridad lo que es uno y otro		
	Conviene explicar que el CD4 es una "raza" dentro de los glóbulos blancos o defensas		
	Agregar linfocitos (es su nombre) no número		
2	¿Cuándo se considera SIDA?	2	Se agrega explicación sobre la fase de SIDA.
	SIDA debe ir en mayúsculas siempre por ser un acrónimo	3	Se agrega una diapositiva para explicar diferencia entre tener sida y tener VIH.
	Y que el SIDA equivale a un conjunto de enfermedades muy graves y dolorosas	4	Se agrega una diapositiva con una figura humana quien realiza el siguiente diálogo: ¿Cómo se puede evitar el SIDA? Con una buena adherencia al Tratamiento Antirretroviral único método que ha demostrado eficacia. ¿Y qué es eso? Primero hablemos del tratamiento antirretroviral.
	Tal vez agrega una diapositiva que diferencie que es tener SIDA y que es ser portador de VIH (eso les preocupa a los pacientes)		
3	Una diapositiva que hiciera saber al paciente que si está en etapa avanzada podría mejorar, estaría excelente aquí.	5	Se hace énfasis en que el tratamiento Antirretroviral evita el SIDA poniendo en rojo la palabra EVITA. Se agrega la "e" que falta.
	Evitar que la infección progrese a SIDA o que continúe teniendo más complicaciones y recupere su salud		
	Se debe comentar con los pacientes que	6	Se agrega una diapositiva en la que

	<p>el objetivo del TARV es mantener el virus indetectable. Corregir errores de ortografía</p> <p>Sobre la diapositiva señala un NO para indicar que con el antirretroviral no se continua a SIDA</p> <p>Alcanzar el objetivo del tratamiento es bajar la carga viral que sea lo más relevante de la diapositiva</p> <p>Falta una "e" en progrese</p>		<p>una imagen de una figura humana se pregunta ¿Cómo EVITA el TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL que la infección por VIH progrese a SIDA?</p> <p>Se agrega una diapositiva para explicar que el objetivo del tratamiento es bajar la carga viral.</p>
4	<p>Decir cada cuanto se debe realizar/Indetectable es 40 y no 50 CD4</p> <p>Necesario <40 copias manejar a los pacientes el concepto de viremias de bajo nivel "sus riesgos"</p> <p>En la CEC <40 es indetectable. En el IMMSS <20 es indetectable.</p> <p>Buscar bien el parámetro ya que tenemos resultados con 40 copias???</p> <p>CV indetectable será maneja en que cifra</p> <p>Yo sustituiría la palabra virus por copias en el primer recuadro</p> <p>Qué importancia tiene la carga viral indetectable en el paciente con VIH.</p> <p>Agregar "Ser indetectable sólo depende de ti"</p> <p>Indetectable no es cura</p>	8	<p>Queda como parámetro de indetectable para la Clínica Especializada Condesa 40 o menos copias. Es importante señalar que el parámetro depende de la sensibilidad de la técnica.</p>
5	<p>Considero que el lenguaje es sencillo y se puede hablar como sinónimo de defensas glóbulos blancos (Leucocitos)</p> <p>De forma secundaria suben los CD4, lo principal es estar indetectable, he notado que les importa más que suban sus defensas a estar indetectable</p> <p>Explicar la constante fluctuación de los CD4 por diversas situaciones</p>	10	<p>Se agrega que la baja de CD4 aumenta la probabilidad de enfermedades oportunistas. Y que en la Clínica Especializada Condesa el Conteo de CD4 y Carga Viral se realizan en la misma ocasión. La explicación de que son los CD4 y explicar que también se llaman glóbulos blancos ya se agregó en la diapositiva 1. Además se explica primero el contenido de la diapositiva 6, y</p>

	Pero... ¿Cómo son los CD4? O ¿Qué son los CD4		después el contenido de la diapositiva 5, siendo esta diapositiva la 10 en el versión final.
6	Disminuye el riesgo de infecciones oportunistas	9	Se quita la palabra aparición. Se puntualiza que ha bajar los virus por el tratamiento antirretroviral en consecuencia suben las defensas (CD4) y disminuyen enfermedades oportunistas. El orden del contenido cambia y se explica primero este contenido quedando como la diapositiva 9 en la versión final.
	No todos los pacientes con CD4 bajos al diagnóstico, tendrán grandes incrementos en el CD4 después de iniciar el TAR depende del momento del diagnóstico, etc. De ahí la importancia del diagnóstico temprano y el inicio del TAR.		
	Dividir esta diapositiva en 2 partes y luego unirla en una. Agregar caritas :) :(Yo quitaría la palabra "aparición" y solo pondría disminuyen.		
7	Importante en este punto hacer saber al paciente que poco porcentaje los síntomas son intolerables y se tiene que cambiar el tratamiento	11	Se puntualiza que los efectos secundarios son tolerables, que poco a poco disminuirán hasta que su organismo se adapte al medicamento, y que para saber más especificaciones puede preguntar a su médico tratante.
	Los efectos son al momento de tomar el medicamento y a mediano o largo plazo requiere la supervisión del médico con exámenes de sangre de forma regular. El beneficio de tomar ARV es mucho mayor que el posible riesgo de un efecto tóxico		
	Sobre la diapositiva coloca una carita feliz y una flecha se interpreta sugiere se suba la información		
	Coloca acento en la A de disminuirán sobre la diapositiva.		
	¿Qué efectos secundarios se pueden presentar?		
Agrega que deben preguntar a sus médicos cuáles son.			
8	En sentido estricto el horario no a afectar si no es a la misma hora, ya que el fármaco alcanza un 1c -50 efectiva.	12	Se simplifica el concepto de buena adherencia, se agregan los riesgos de la mala adherencia y re reitera

	<p>Más importante el tomar diario.</p> <p>Riesgo de la mala adherencia: -El virus muta y el medicamento ya no tiene efecto. -Un Tx que no funciona hace que enfermedad avance. -Es importante hacer énfasis en la puntualidad estricta.</p> <p>Y remarcar que también exista la presencia de mutaciones que favorezcan la resistencia al TAR</p> <p>Sobre la diapositiva en donde dice TODOS LOS DÍAS sugiere que ponga: L-M-M-J-V y donde dice MISMA HORA pone un dibujo de un reloj y escribe: marcarlo</p> <p>SIDA en mayúsculas</p> <p>¿Con o sin alimentos?</p> <p>Como con la tarjeta de crédito la consecuencia la pagas sólo tu como paciente</p>		que la buena adherencia evita el SIDA.
9	Considero que el paciente puede ajustar sus horarios de acuerdo a su estilo de vida, para no impactar tanto en la misma.	15	Se agrega una diapositiva que explica: Finalmente, existen algunas medidas GENERALES y PARTICULARES importantes al tomar TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
	Puede acudir con el nutriólogo.	16	
10	Sobre la diapositiva escribe: Higiene personal es más importante.		El contenido de las medidas generales se puntualiza en una diapositiva, que es colocada en la diapositiva 16 de la versión final.
11	Explicar que algunos ARV como EFV, puede hacer que en un EGO salga positivo cannabis.		
	Dividirlo en 2 diapositivas		
	Podrían agregar "Si te entachas se te olvidan"		
12	Particularmente chocolate y café considero no tiene impacto en los efectos farmacológicos y tolerancia al TARA	17	Las medidas generales se puntualizan en una diapositiva, que es colocada en la diapositiva 17 de la versión final.
	Cada TARV tiene indicaciones		

	<p>específicas. Hay ARV que DEBEN tomarse con alimentos y otros en ayuno. Creo que la diapositiva puede ser confusa.</p> <p>Sobre la diapositiva escribe: sin recuerdo, refiriéndose a un marco que delimita tres enunciados.</p> <p>Podría agregar: "Es deseable estar dormido mientras pasan los efectos" o "El sueño es vida".</p>		
13	<p>Comentas también sobre la hierba de San Juan y Toronja.</p> <p>Existen ARV con contraindicaciones de otros medicamentos.</p> <p>Poner imágenes.</p>		
	<p>Muy importante es la toronja sólo en cantidades excesivas.</p> <p>Sobre la diapositiva: Y otras hierbas es la de San Juan...</p> <p>Poner una calavera.</p>		
14	<p>Sugiero herbolaria en general (yo les digo nada que no venga en bolsita (como la manzanilla).</p>	18	<p>Se agrega una diapositiva para enfatizar NO consumir hierba de San Juan ni drogas, y se agrega una imagen. Esta diapositiva queda colocada en la diapositiva 18 de la versión final.</p>
		19	<p>Se agrega una diapositiva que dice: TOMAR TU MEDICAMENTO TODOS LOS DÍAS ¡SOLO DEPENDE DE TI! ¡GRACIAS! Esta diapositiva queda colocada en la diapositiva 19 de la versión final.</p>
15	<p>Evitar el riesgo de infección o de adquirir otras ITS. Otras ITS tienen daño a la salud y son un factor de riesgo para el TARV no funcione.</p> <p>Y el frotamiento de órganos sexuales entre ellos, boca, ojos, ano... etc.,</p>	13	<p>Se agrega una diapositiva que explica la reinfección y sus consecuencias. El contenido se coloca en la diapositiva 13 de la versión final.</p>

hemos detectado muchas ITS más por ello que por VIH.		
Incluir la leyenda: Cambio de cavidad= cambio de preservativo.		
Agregar una apuntando sobre ITS y el riesgo que tendrían las partes si contraen algunas de ellas.	14	Se puntualiza y hace énfasis en que en toda relación se use condón y que recuerde que cambio de cavidad es igual a cambio de preservativo.
La reinfección fortalece al virus; favorece resistencia.		
Evitar la co-infección de VHB, VHC e ITS no solo re infectar.		

A3. Formato del Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Programa de Salud Mental (PSM) de la Clínica Especializada Condesa (CEC) y el Posgrado de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realizan una investigación para evaluar un Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH. Igualmente, se evaluará su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). El Programa Psicoeducativo es una explicación detallada de los puntos más importantes que se necesitan conocer cuando se inicia tratamiento antirretroviral. Esta investigación pretende comprobar si este Programa Psicoeducativo es entendible y útil para los pacientes que están por iniciar o recientemente han iniciado tratamiento antirretroviral en la CEC.

Tu participación es importante porque nos permitirá saber si este programa efectivamente es entendible y útil. La investigación tiene dos momentos que se detallan a continuación:

Cita de 1ª. Vez (60 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir a tu cita de rutina en el Área de Salud Mental para tu entrevista de 1ª. Vez. • Resolver un cuestionario para evaluar el Programa Psicoeducativo. • Se te aplicará el Programa Psicoeducativo. • Se te dará un carnet para que registres la toma de tu medicamento por un mes. • Resolver un cuestionario para evaluar el Programa Psicoeducativo después de que se aplique. • Resolver un cuestionario sobre tu Calidad de Vida Relacionada con la Salud. • Se te programará cita a un mes para retroalimentar el carnet.
Seguimiento (30 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> • Nos darás tu opinión sobre el carnet de adherencia que se te dio. • Resolverás el cuestionario de Calidad de Vida Relacionada de nuevo. • Se termina tu participación en la investigación.

Tu participación en la investigación es totalmente voluntaria y podría generarte algunos síntomas ansiosos o afectivos, pero si así suceden, puedes solicitar una cita en el Área de Salud Mental en el momento que lo necesites. Este Programa Psicoeducativo te ofrece el beneficio de resolver tus dudas sobre el tratamiento antirretroviral. Puedes desear NO participar en la investigación y esto no cambiará la forma habitual de tratamiento y seguimiento por parte de la CEC o del área de Salud Mental. También puedes dejar de participar en cualquier momento, incluso si ya concluíste con todas las citas de seguimiento que tuviste durante la investigación.

Tu participación en esta investigación es confidencial y los datos que se obtengan serán identificados solo con tu número de expediente de la CEC y no con tu nombre o algún otro dato que podría identificarte. Igualmente, estos datos serán manejados solo por el responsable principal de esta investigación. Si tienes alguna duda o deseas pedir los

resultados al finalizar el estudio, puedes dirigirte con el responsable principal de la investigación, el Psic. Roberto Neria Mejía¹, o con los supervisores, el Dr. Víctor Rodríguez Pérez², el Dr. Hamid E. Vega Ramírez³, y la Dra. Angélica Riveros Rosas⁴.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en una investigación que evaluará si un programa psicoeducativo es útil y entendible para los pacientes de la CEC que tienen el diagnóstico reciente de infección por VIH y que acaban de empezar o van a empezar el tratamiento antirretroviral. Entiendo que si acepto participar, se me citará en dos ocasiones con una duración aproximada de 60 minutos la primera y 30 minutos la segunda cita. Además, se me pedirá contestar algunos cuestionarios en cada una de las citas. Mis respuestas se sumarán a las de otros participantes y se analizarán en su conjunto. Mi identidad será resguardada de manera confidencial y solo se usará mi número de expediente dentro de la CEC para fines de esta investigación. El único que tendrá acceso a estos datos será el investigador principal.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella. Igualmente, se me han contestado claramente todas las dudas que he tenido, por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi atención habitual en la Clínica Especializada Condesa.

Nombre completo y firma del (la)
participante

Psic. Roberto Neria Mejía

México, D.F. a ____ de _____ de 2015.

1 Estudiante de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual (contacto: robertoneria@hotmail.com).

2 Supervisor Académico, Psicólogo Clínico del Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa.

3 Supervisor *in situ*, Coordinador del Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa.

4 Tutora del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual, UNAM.

A4. Encuesta del Estado de Salud SF-36.

Exp.: _____

Fecha: _____

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36**(Versión Mexicana)**

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. Conteste cada pregunta **poniendo una "X" a su respuesta**. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, diría que su salud es:				
Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?				
Mucho peor ahora que hace un año.	Algo peor ahora que hace un año.	Más o menos igual ahora que hace un año.	Algo mejor ahora que hace un año.	Mucho mejor ahora que hace un año.
3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades?				
ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto	
a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.				
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol.				
c. Levantar o llevar las compras del mercado.				
d. Subir varios pisos por la escalera.				
e. Subir un piso por la escalera.				
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.				
g. Caminar más de diez cuadras.				
h. Caminar varias cuadras.				
i. Caminar una cuadra.				
j. Bañarse o vestirse.				
4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?				
ACTIVIDADES	SI	NO		
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.				
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.				
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.				
d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).				
5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?				
ACTIVIDADES	SI	NO		
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.				
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.				
c. No ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.				

6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?							
Nada.	Un poco.	Más o menos.	Mucho.	Demasiado.			
7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?							
Ningún dolor.	Muy poco.	Poco.	Moderado.	Severo.	Muy severo.		
8. Durante el último mes, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?							
Nada.	Un poco.	Más o menos.	Mucho.	Demasiado.			
9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.							
¿Cuánto tiempo durante el último mes...	Siempre.	Casi siempre.	Muchas veces.	Algunas veces.	Casi nunca.	Nunca.	
a. Se ha sentido lleno de vida?							
b. Se ha sentido muy nervioso?							
c. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle?							
d. Se ha sentido tranquilo y sosegado?							
e. Ha tenido mucha energía?							
f. Se ha sentido desanimado y triste?							
g. Se ha sentido agotado?							
h. Se ha sentido feliz?							
i. Se ha sentido cansado?							
10. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?							
Siempre.	Casi siempre.	Algunas veces.	Casi nunca.	Nunca.			
11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?							
FRASE	Definitivamente falsa.	Falsa.	No sé.	Cierta.	Definitivamente cierta.		
a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.							
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.							
c. Creo que mi salud va a empeorar.							
d. Mi salud es excelente.							

A5. Escalas del INCAVISA.

Exp.: _____

Fecha: _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

INCAVISA

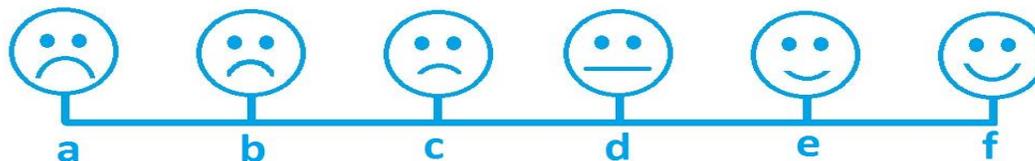
INSTRUCCIONES: Por favor conteste cada pregunta **poniendo una “X” a su respuesta**. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible y siéntase en libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda.

ESCALA DE FUNCIONES COGNITIVAS.	0% Nunca	20% Casi nunca	40% Pocas veces	60% Frecuentemente	80% Casi siempre	100% Siempre
1. Se me olvida en dónde puse las cosas.						
2. Se me olvidan los nombres.						
3. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.						
4. Tengo problemas con mi memoria.						

ESCALA DE BIENESTAR Y SALUD.

1. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



**La peor
calidad de vida
posible
Tan mala o peor
que estar muerto (a)**

**La mejor
calidad de vida
posible**

	0% Muy mala	20% Mala	40% Regular	60% Buena	80% Muy buena	100% Excelente
2. Mi salud en general es...						
3. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?						

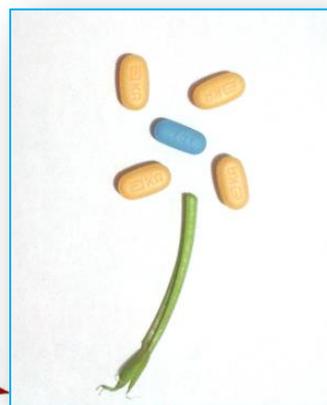
A6. Cuestionario: ¿Qué tanto sabes de tu tratamiento?

A7. Manual de Aplicación del Programa Psicoeducativo de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (PPAT-ARV).

MANUAL DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

PPAT-ARV

Neria Mejía Roberto
Riveros Rosas Angélica
Rodríguez Pérez Víctor



PRESENTACIÓN

Este manual contiene los pasos para aplicar un Programa Psicoeducativo de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad dirigido a personas con diagnóstico reciente por infección de VIH.

El manual detalla el método a seguir para proporcionar a la persona con diagnóstico reciente de infección por VIH los conocimientos básicos sobre el funcionamiento, el objetivo y algunas medidas generales y particulares a considerar cuando se inicia Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA).

Todo lo anterior está dirigido para que la persona con diagnóstico reciente de infección por VIH comprenda la importancia medular de la ADHESIÓN al TARAA, y esto influya en la toma correcta y cotidiana de su tratamiento antirretroviral para evitar la progresión de la infección por VIH a SIDA, y con ello lograr mantener una Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al grado de que la persona con infección por VIH, que logra el objetivo del TARAA, realice sus actividades cotidianas tanto personales como en el sentido laboral y social de manera cotidiana.

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a que la persona con diagnóstico reciente por infección de VIH y que está por iniciar o recientemente ha iniciado Tratamiento Antirretroviral del Alta Actividad (TARAA), comprenda la importancia medular de la ADHESIÓN al TARAA, y esto influya en la toma correcta y cotidiana de su tratamiento antirretroviral para evitar la progresión de la infección por VIH a SIDA, y con ello logre mantener una Calidad de Vida Relacionada con la Salud aceptable, al grado de que la persona con infección por VIH, que logra el objetivo del TARAA, realice sus actividades cotidianas tanto personales como en el sentido laboral y social de manera cotidiana.

¿QUIÉN PUEDE APLICAR ESTE MANUAL?

Los aplicadores de la Psicoeducación de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA) que este manual propone, pueden ser psicólogos, médicos y personal de enfermería o de trabajo social, que hayan sido capacitados con información básica sobre la infección por VIH.

¿QUÉ LENGUAJE SE PROPONE UTILICE EL APLICADOR?

Se propone que el aplicador independientemente de su formación como psicólogo, médico, personal de enfermería o de trabajo social, sea sencillo y entendible para la persona que está recibiendo la Psicoeducación. Por lo cual, el propio manual utiliza este tipo lenguaje sencillo. En caso de ser necesaria la inclusión de vocabulario técnico como, por ejemplo, carga viral, se recomienda traducir en términos de metáforas sencillas como lo hace este manual con la metáfora del reloj de arena. De cualquier modo se sugiere que el aplicador sea paciente y establezca un clima de confianza (buen rapport). Es importante que el aplicador pregunte las veces que sea necesario si la persona psicoeducada tiene alguna duda y/o desea saber algo relacionado con su tratamiento, procediendo a

explicarle, y que de NO estar contenido en este manual se le refiera al especialista pertinente. Finalmente, se recomienda que los aplicadores no familiarizados con el tratamiento cotidiano de personas con infección por VIH sean capacitados por especialistas que tenga dicha experiencia.

¿LA APLICACIÓN ES INDIVIDUAL O EN GRUPO?

Este manual ha sido validado para su aplicación de forma individual, por lo cual, todo está diseñado para que la psicoeducación sea uno a uno, es decir, un aplicador y un persona a psicoeducar. Aunque es probable que este manual pueda servir en grupos focales o grupos más grandes, aún no hay investigación en ese sentido sobre este programa psicoeducativo.

¿QUÉ PASOS INCLUYE ESTE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA SU APLICIÓN?

El aplicador debe realizar los siguientes pasos:

- 1.** Presentación y buen rapport.
- 2.** Exposición de las diapositivas del programa Psicoeducativo.
- 3.** Metáfora del reloj de arena.
- 4.** Registro de auto-motivoreo: CARNET

La forma de llevar a cabo los pasos anteriores por el aplicador se detallan a continuación.

PRESENTACIÓN Y BUEN RAPPORT

La presentación del aplicador y el establecimiento de un clima de confianza o buen rapport es el primer paso para comenzar la aplicación de este programa psicoeducativo.

El aplicador puede comenzar con un saludo indicando el nombre del paciente tomado previamente de su carnet o expediente, después puede indicar su nombramiento académico y en lo subsecuente pedir que se le llame por su nombre. En lo que sigue explique a la persona psicoeducada que puede interrumpir y preguntar cualquier duda que tenga sobre su tratamiento antirretroviral de una manera amable, por ejemplo:

¡Buenos días Juan! Yo soy el Psicólogo Roberto Neria y el día de hoy es mi tarea atenderle. En lo que sigue, si le parece bien, puede llamarme solo Roberto e interrumpirme en cualquier duda que tenga sobre alguna palabra que yo mencione y no comprenda. Y sobre todo interrumpirme y preguntarme cualquier duda que tenga sobre su tratamiento antirretroviral que está por iniciar o que ha iniciado recientemente.

Proceda a preguntar:

¿Ya inició Juan a tomar tratamiento antirretroviral?

Si la respuesta es que ya ha comenzado pregunte desde hace cuánto lo ha comenzado y registre su respuesta en la lista de chequeo del programa que está en los anexos de este manual.

Independientemente de si la respuesta es que está por comenzar o que ha comenzado recientemente el tratamiento antirretroviral, se procederá a realizar la presentación del programa psicoeducativo, lo cual, puede realizarse de la siguiente manera:

A continuación realizaré una breve exposición sobre algunas cosas como lo son el objetivo del tratamiento, sus beneficios y algunas medidas generales y particulares que deben considerarse al estar tomando tratamiento antirretroviral para que los beneficios sean los esperados. Recuerde, cualquier duda que surja o le venga a la mente sobre su tratamiento antirretroviral interrúmpame en ese momento.

EXPOSICIÓN DE LAS DIAPOSITIVAS DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

El programa Psicoeducativo se realiza explicando cada una de las diapositivas. Para cada diapositiva es necesario cumplir con el objetivo específico de cada una de ellas.

El objetivo específico de cada diapositiva es explicar al psicoeducado el **CONTENIDO BÁSICO** de cada diapositiva.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 1	
Explicar que:	VIH significa Virus de Inmunodeficiencia adquirida. Cuando el VIH entra al cuerpo destruye principalmente las células CD4. Los CD4 son un tipo de linfocitos, también llamados glóbulos rojos, es decir, los CD4 son las DEFENSAS.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 2	
Explicar que:	El VIH es la causa del SIDA, que significa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA es la fase avanzada de la infección por VIH. La FASE DE SIDA es un conjunto de enfermedades graves y dolorosas debido a que las defensas han sido destruidas por el VIH.

Sólo en caso de que el psicoeducado pregunte sobre qué tipo de enfermedades graves y dolorosas puede padecer, se le explicará que podría ser, por ejemplo, como la neumonía, que es una infección en los pulmones.

Puede ser cuestionable no incluir en esta diapositiva diversas enfermedades asociadas a la fase de SIDA. Sin embargo, el objetivo no es

causar temor en el psicoeducado sobre la fase de SIDA, o que al colocar algunos ejemplos del abanico de posibles enfermedades, genere una idea de que tales enfermedades, que sirvan de ejemplo, deban darse, pues en realidad el orden y aparición de enfermedades en la fase de SIDA depende de cada caso clínico.

Es importante recordar que el objetivo es que el psicoeducado comprenda la importancia de adherirse al TARAA y con ello tome su medicamento. No obstante, es deseable que el aplicador conozca las enfermedades asociadas a la infección por VIH. Para ello el aplicador puede consultar en los anexos de este manual, el anexo titulado: Sistema de clasificación de la infección por VIH en adolescentes y adultos de 1993, donde aparecen las enfermedades asociadas a cada categoría de la infección por VIH.

Finalmente, es necesario que el facilitador recuerde su función de aclarar dudas. Sin embargo, si el psicoeducado desea saber más sobre las enfermedades en la fase de SIDA y el facilitador no puede resolver dudas médicas de las enfermedades que se incluyen en la fase de SIDA, será pertinente, referir al psicoeducado a su médico tratante para que éste atienda sus dudas y se pueda proseguir con la Psicoeducación sin perder de vista su objetivo.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 3	
Explicar que:	Es importante diferenciar entre tener VIH y tener SIDA. Tener VIH significa estar infectado y poder transmitir el virus. Tener SIDA significa llegar a la fase avanzada de la infección por VIH. Se puede tener VIH pero EVITAR EL SIDA.

En esta diapositiva el facilitador leerá las preguntas como preámbulo a explicar el Tratamiento Antirretroviral (TARV).

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 4	
Leer:	¿Cómo se puede evitar el SIDA? Con una BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. ¿Y qué es eso? Primero hablemos del Tratamiento Antirretroviral.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 5

Explicar que:	El TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EVITA que la infección por VIH progrese a SIDA. Incluso en fase de SIDA se puede mejorar a sólo tener VIH.
---------------	---

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 6

Leer:	¿Cómo EVITA el TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL que la infección por VIH progrese a SIDA?
-------	--

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 7

Explicar que:	El objetivo del tratamiento antirretroviral es BAJAR los virus hasta 40 o menos copias de VIH.
---------------	--

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 8

Explicar que:	Para saber cuántas copias del VIRUS hay en la sangre se realiza un estudio llamado CARGA VIRAL. 40 o menos copias del virus significa estar INDETECTABLE. Estar INDETECTABLE NO significa estar curado significa BAJAR los VIRUS y con ello EVITAR que se progrese a la FASE DE SIDA.
---------------	---

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 9

Explicar que:	Al BAJAR los VIRUS por el TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, en consecuencia, suben las defensas (CD4) y disminuyen las ENFERMEDADES OPORTUNISTAS.
---------------	--

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 10

Explicar que:	Al BAJAR los VIRUS por el TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, en consecuencia, suben las defensas (CD4) y disminuyen las ENFERMEDADES OPORTUNISTAS.
---------------	--

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 11	
Explicar que:	Al iniciar TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL pueden presentarse EFECTOS SECUNDARIOS que son MÍNIMOS y TOLERABLES. En caso de presentarse POCO A POCO DISMINUIRÁN hasta que el organismo se adapta al medicamento. Para saber más de estos posibles efectos secundarios pregunta a tu médico.

Existen diversos esquemas de TARAA, por lo cual, no es posible poner todos los posibles efectos secundarios de cada medicamento. No obstante, si el lugar donde se aplica este manual y el facilitador está capacitado para ello, puede comentar los posibles efectos secundarios del TARAA que el psicoeducado está por iniciar o está recientemente tomando.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 12	
Explicar que:	BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL significa tomar el medicamento TODOS LOS DÍAS y a la MISMA HORA. Los riesgos de la mala adherencia son: El virus muta (cambia) y el medicamento ya NO TIENE EFECTO. Recuerda el TARV con BUENA ADHERENCIA EVITA el SIDA.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 13	
Explicar que:	Es importante EVITAR infectarse de VIH de nuevo, lo cual, se llama REINFECCIÓN. EL SEXO PROTEGIDO EVITA LA REINFECCIÓN DE VIH y el adquirir otras enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, papiloma, hepatitis B o C lo cual, es una complicación.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 14	
Explicar que:	EN TODA RELACIÓN SEXUAL USA CONDÓN. Recuerda: Cambio de cavidad, cambio de preservativo.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 15	
--	--

Explicar que:	Finalmente, existen algunas medidas GENERALES y PARTICULARES importantes al tomar TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.
---------------	--

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 16	
Explicar que:	LAS MEDIDAS GENERALES son en cuanto LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS. Lo recomendado son 3 comidas al día y dos colaciones, además de tomar 2 litros de agua al día. En cuanto a HIGIENE DE SUEÑO se recomienda dormir por lo menos 7 horas y dormir en un horario regular, es decir, acostarse a la misma hora y levantarse a la misma hora. Además es importante DISMINUIR EL USO DE DORGAS. Moderar o eliminar el consumo de ALCOHOL y TABACO. Evitar el consumo de drogas en general: cocaína, marihuana, poppers, tachas, solventes, etc.

El psicoeducado puede preguntar sobre el consumo de alcohol y tabaco. La Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH (2014) sugiere dar el consejo sobre la necesidad de dejar de fumar en cuanto al tabaco. Sobre el alcohol la guía sugiere que su consumo se debe restringir a no más de una copa al día en mujeres y dos al día para hombres. La sugerencia sobre abandonar el consumo de alcohol debe motivarse en general y en particular en enfermedades asociadas con un elevado consumo de alcohol.

La sugerencia de este manual es que se invite a dejar de fumar y beber alcohol. En el caso del alcohol cuando se consuma que sea con moderación, lo que significa que sea en horarios alejados de la toma de su medicamento y no exceda de dos copas en un día, cuando decida beber alcohol de forma eventual.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 17	
Explicar que:	Las MEDIDAS PASTICULARES son puntos importantes a considerar en personas con VIH y son: EJERCICIO MODERADO: 30 minutos 5 veces por semana es lo recomendable. MODERAR CONSUMO DE ESTIMULANTES como el CAFÉ o CHOCOLATE. ALIMENTOS ALTOS EN GRASAS. Puedes consumirlos MODERADAMENTE alejados de la hora en que tomas tu medicamento. EVITAR CONSUMIR SUPLEMENTOS o MEDICAMENTOS SIN RECOMENDACIÓN de tu médico tratante. AJO crudo y/o cocido EN EXCESO porque disminuye la absorción del medicamento ARV. NO

	CONSUMIR TORONJA pues afecta el funcionamiento del ARV.
--	---

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 18	
Explicar que:	ES MUY IMPORTANTE NO CONSUMIR HIERBA DE SAN JUAN. ES PELIGROSA porque hace que el ARV pierda su efecto.

Se puede explicar al psicoeducado en esta diapositiva que la hierba de San Juan se vende en té o en suplementos naturistas para la depresión, pero que su interacción es negativa cuando se toma ARV porque disminuye la efectividad de los antirretrovirales al grado de que pierden su efecto y por ello es peligroso su consumo.

CONTENIDO BÁSICO DE LA DIAPOSITIVA 19	
Explicar que:	TOMAR TU MEDICAMENTO TODOS LOS DÍAS. ¡SOLO DEPENDE DE TI! ¡GRACIAS!

El facilitador pregunta si existe alguna duda y en caso de haberla la resuelve. Seguido a esto se comienza con la aplicación de la Metáfora del Reloj de Arena.

METÁFORA DEL RELOJ DE ARENA

Utilizando el Reloj de Arena (ver en anexos Elaboración del Reloj de Arena) el aplicador debe aprender la metáfora como aparece en este apartado para aplicarla. Se recomienda que el aplicador memorice la metáfora y la practique para su aplicación.

A continuación se presenta la metáfora del reloj de arena para su aplicación:

Metáfora del reloj de arena.

Este es un Reloj de Arena y nos servirá para explicar en forma metafórica la relación entre las MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL, EL VIH Y LAS DEFENSAS (CD4). Este lado del reloj de arena, que está lleno, representa los CD4 (las defensas) que están normales porque no hay infección por VIH. Este lado del reloj de arena, que está vacío, representa que no hay virus, porque no hay infección por VIH. Cuando el VIH entra al cuerpo comienza la infección. Lo cual, vamos a simbolizar dándole vuelta al reloj. Imagina que este es el momento en que el VIH entra al cuerpo, comenzando la infección. El VIH entonces comienza a hacer copias de sí mismo. Recuerda que la parte de arriba son los CD4, las defensas.

Recuerda que la parte de abajo representa la carga viral que son los virus de VIH.

1. ¿Qué está pasando con la carga viral? _____

Sube

2. ¿Qué está pasando con las defensas? _____

Bajan

Es decir, una vez que el VIH entra al cuerpo la carga viral, que son los virus, comienza a aumentar y los CD4, las defensas, a disminuir. Porque el VIH destruye las defensas. Al principio de la infección por VIH usualmente no se siente nada, no hay síntomas por lo que esta fase se llama ASINTOMÁTICA. Conforme la carga viral aumenta y las defensas disminuyen las enfermedades oportunistas aparecen y esa fase se llama SINTOMÁTICA. Si no hacemos nada, la infección por VIH progresará a la FASE DE SIDA. Sin embargo, para EVITAR que la infección por VIH progrese a SIDA está el medicamento antirretroviral.

Imagina que en este punto comienzas a tomar el medicamento. Lo cual, lo vamos a representar volteando el reloj de arena. Recuerda, ahora esta parte son tus defensas, y esta parte los virus.

3. Ahora ¿qué pasa con los virus, es decir, con la carga viral? _____

Baja.

4. ¿Qué pasa con las defensas, es decir, los CD4? _____

En CONSECUENCIA suben.

El medicamento, es decir, el tratamiento antirretroviral, tiene por objetivo BAJAR LA CARGA VIRAL, viral hasta INDETECTABLE, que son 40 o menos copias de VIH, lo cual NO es la cura, sin embargo, esto permite en CONSECUENCIA una recuperación

de las defensas, los CD4, aunque el objetivo del medicamento es controlar la infección por VIH EVITANDO que progrese a la fase de SIDA.

Recuerda tomar tu medicamento ANTIRRETROVIRAL todos los días y a la misma hora, es decir, una BUENA ADHERENCIA, solo depende de ti.

Cuando aparece una pregunta como: ¿Qué está pasando con las defensas? El aplicador debe dejar que pase un momento para que el psicoeducado emita una respuesta, si la emite y es correcta debe continuar.

Si la respuesta es incorrecta o no se emite respuesta, el aplicador debe instigar una o dos veces la respuesta dando pistas, sino hay respuesta aun así, se explicará la respuesta correcta.

Al terminar de aplicar la Metáfora se pedirá al psicoeducado realice la metáfora. En una primera ejecución se le apoyará corrigiendo y dando la información que requiera. En una segunda ejecución se permite realice la metáfora sin ayuda. Finalmente, SI HAY DUDAS SE ACLARAN y se agradece su asistencia y participación a esta Psicoeducación.

Lo primero es que escriba el retroviral o retrovirales que toma, y luego le asigne un número. Posteriormente ponga la hora en que el médico ha indicado la toma de su medicamento. Por ejemplo, si usted tomará Atripla lo llenaría de la siguiente manera:

Horario para ARV		
ARV	Número	Horario
ATRIPLA	1	10:00PM

Si en paciente toma más retrovirales se procede de la misma manera siendo el siguiente antirretroviral en número 2 y después se indicará el horario. Una vez al paciente haya llenado esta parte del Carnet con apoyo del aplicador se continua.

Después en la parte de abajo ponga el número del antirretroviral correspondiente y cuando tome su medicamento debe anotar la hora tal como viene en ejemplo. El aplicador muestra el ejemplo que viene en la parte posterior de Carnet que es el siguiente:

Horario para ARV		
ARV	Número	Horario
ATRIPLA	1	10:00PM

Anota la hora a la que tomaste tu vitamina cada día.
Semana del: _____

ARV	L	M	Mi	J	V	S	D
1	10:04	10:00	9:55				

Como puede ver debe indicar la hora y de ser posible el minuto como está en el ejemplo. Este registro sólo lo hará por 30 días. Recuerde, este Carnet es de apoyo para que logre adaptarse a la toma de su medicamento de la mejor manera. Finalmente, para conocer cómo se ha adaptado a la toma de su medicamento se le dará una cita de seguimiento en 30 días, en la cual deberá presentar este carnet para que nos pueda decir si ha tomado su medicamento estos 30 días en la hora adecuada, cómo se ha sentido con la toma de su medicamento y si tiene alguna duda respecto al medicamento nos lo haga saber. ¡Muchas gracias por hacer venido hoy a su cita! (Ver anexos para elaboración del Carnet).

ELABORACIÓN DEL RELOJ DE ARENA

MATERIALES:

- 2 Botellas de plástico de refresco o de agua del tamaño y forma en que se desee el Reloj de Arena.
- 250 gramos de azúcar.
- Pintura vegetal como se desee la intensidad del color de la azúcar a pintar.
- Plastilina epóxica que sirve para reparar cualquier material, que venden en las tlapalerías en dos barras de plastilina (verde y blanca) que se mezclan y endurece.
- 10cm de cinta velcro o contactel (que se pega y despega).
- 1 hoja del color que se desee sea la parte inferior y superior del reloj de arena.
- 3 hojas de foumi con brillo
1/8 de papel ilustración
- Silicón en tubo y pistola para silicón

PROCEDIMIENTO

- En un recipiente coloque el azúcar y vierta un poco de pintura vegetal, mézclelo y ponga a secar el azúcar.



- Deje secar perfectamente las botellas de plástico que utilizará.



- Procure que las tapas de las botellas sean como la de la imagen. Retire tapa sobrante. Prepare la plastilina epóxica y con ella una las tapas de las dos botellas. Espere a que sequen.



- Corte dos cuadrados de papel ilustración (o cartón) proporcionales a las botellas que eligió para el reloj de arena y fórrelas con founi usando silicón. Después con silicón péguelos como base a cada botella como en la imagen.



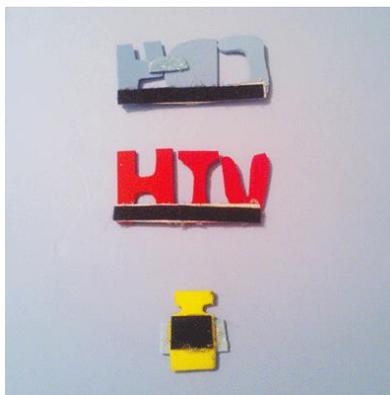
- Vierta la azúcar en una de las botellas de plástico y enrosque las botellas de tal suerte que queden como en la imagen.



- Elabore con fomi brillante las palabras VIH, CD4 y ARV (Antirretroviral). La etiqueta de ARV puede llevar la forma de un frasco de medicamento. Puede unir las letras de las palabras con una pequeña barra de cartón como se muestra en la imagen. Use silicón donde sea necesario.



- Detrás de las palabras coloque con silicón la cinta contactel que se unirá a las partes del reloj posteriormente indicadas. Vea la imagen.



- Coloque con silicón la cita contactel en la base superior e inferior del reloj de arena y sobre la plastilina epóxica que une las botellas como se muestra en la imagen.



- Coloque las palabras sobre cómo se indica en la imagen y el reloj de arena está listo.



ELABORACIÓN DEL REGISTRO DE AUTOMONITOREO: CARNET

A continuación se presenta el diseño para que pueda realizar el carnet.

Tapa delantera y posterior del Carnet.



La siguiente parte debe pegarse con las tapas a manera de acordeón.

Horario para ARV		
ARV	Número	Horario

Anota la hora a la que tomaste tu vitamina cada día.
Semana del: _____

ARV	L	M	Mi	J	V	S	D

Anota la hora a la que tomaste tu vitamina cada día.
Semana del: _____

ARV	L	M	Mi	J	V	S	D

Anota la hora a la que tomaste tu vitamina cada día.
Semana del: _____

ARV	L	M	Mi	J	V	S	D

Anota la hora a la que tomaste tu vitamina cada día.

A8. Carta de Intención para Colaboración Académica

CARTA DE INTENCIÓN PARA COLABORACIÓN ACADÉMICA.



Concurren la Dra. Andrea González Rodríguez, Coordinadora del Programa de VIH-SIDA de la Ciudad de México, el Dr. Jesús Casillas Rodríguez, Director Médico de La Clínica Especializada Condesa, en lo sucesivo "La Clínica" y el Dr. Juan José Sánchez Sosa, Coordinador del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, en lo sucesivo "La Coordinación", para manifestar su interés conjunto en estrechar relaciones de trabajo académico que beneficien las funciones de sus respectivas normatividades y los productos académicos, científicos y profesionales de ambas partes. Además, se establece como Supervisor *In Situ* al Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez y como Supervisor Académico al Dr. Victor Rodríguez Pérez.

Clausula primera: El Clínica y La Coordinación, de conjunto declaran que con el presente instrumento establecen formas de colaboración que incluyan, pero no se limiten a promover las siguientes acciones:

- a) Intercambio de profesores y estudiantes. La Clínica indicará, según su disponibilidad y propias necesidades, el número de alumnos que podrá aceptar de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual con una renovación del presente convenio cada dos años.
- b) Seminarios de discusión sobre tópicos de interés común;
- c) Realización conjunta o paralela de proyectos de investigación sobre temas de interés común;
- d) Visitas recíprocas entre académicos o estudiantes;
- e) Presentaciones conjuntas de investigación en foros científicos, académicos y profesionales;
- f) Organización conjunta de reuniones de investigación o académicas;
- g) Programas de formación continua para la actualización o capacitación de sus integrantes;
- h) Editar, publicar y difundir conjuntamente resultados de estudios e investigaciones en campos de interés común;
- i) Facilitar el intercambio de material bibliográfico, audiovisual e informático, para el buen desempeño de las partes en tareas conjuntas o paralelas;
- j) Proporcionar el acceso y las condiciones de trabajo académico a sus integrantes, para el desempeño de actividades científicas, académicas y profesionales, bajo supervisión, en los términos de la normatividad aplicable;
- k) Otras acciones que, a juicio de ambas partes, se consideren pertinentes.

Clausula Segunda: Términos de la relación.

- 1) Para hacer más eficiente la relación de La Clínica y La Coordinación, elaborarán y acordarán, de manera conjunta, un programa anual de trabajo.
- 2) En caso necesario, el financiamiento para las acciones del programa anual lo gestionarán ambas partes mediante los mecanismos de que disponen por separado, más los que de manera conjunta sean aplicables.
- 3) Ambas partes se comprometen a dar las facilidades para que el personal implicado en las tareas conjuntas cumpla con las responsabilidades asignadas, sin menoscabo de sus responsabilidades laborales en caso de haberlas.
- 4) Los productos de las acciones conjuntas serán administrados por ambas partes de común acuerdo, siempre buscando enaltecer la relación que les dio origen.
- 5) Ninguna de las acciones descritas en el presente instrumento implica compromiso laboral alguno para las partes.

Clausula Tercera: ambas partes manifiestan que la presente Carta de Intención es producto de la buena fe, y que su firma representa una relación a establecerse formalmente y por los cauces institucionales que correspondan, buscando que el beneficio se extienda a todos los integrantes de las comunidades académicas respectivas.

Cláusula Cuarta: La Clínica y La Coordinación, mediante mutuo acuerdo, establecerán las fechas de iniciación de las actividades motivo de la presente Carta de Intención.

Clausula quinta:

En apego a lo establecido en el Código Ético del psicólogo en vigor se hacen los siguientes señalamientos:

Artículo 56: el psicólogo, es este caso el Residente de Medicina Conductual:

- No presenta porciones o elementos del trabajo de otros como suyo.
- Se hace responsable y atribuye el crédito de autoría, sólo por el trabajo que haya llevado a cabo realmente o al que haya contribuido.
- La autoría principal y otros créditos de publicación reflejan con precisión las contribuciones científicas o profesionales relativas de los individuos involucrados, independientemente de su estatus relativo.
- La mera posesión de un cargo institucional, tal como jefatura de un departamento, no justifica el crédito de autoría.
- Las contribuciones menores a la investigación o la escritura de publicaciones se reconocen apropiadamente, en sitios tales como pies de página o enunciados introductorios.

Artículo 57: A un estudiante, en este caso al Residente en Medicina Conductual, se le enlista usualmente como autor principal de un artículo con múltiples autores, si dicho artículo está basado principalmente en la tesis del estudiante, y su participación en la planeación del diseño y conducción del estudio fue sustancial.

Clausula sexta:

Leído el presente documento y conformes con sus contenidos, los Representantes de ambas partes lo firman en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticinco días del mes de octubre del año dos mil trece.

Por La Clínica:

Dra. Andrea González Rodríguez
Coordinadora del Programa de VIH/SIDA
de la Ciudad de México

Dr. Jesús Casillas Rodríguez
Director Médico de la Clínica Especializada Condesa

Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez
Coordinador del Programa de Salud Mental
de la Clínica Especializada Condesa

Dr. Víctor Rodríguez Pérez
Psicólogo Clínico del Programa de
Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa

Por La Coordinación:

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Coordinador del
Programa de Maestría y Doctorado
en Psicología, UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



COORDINACIÓN DEL PROGRAMA
DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA



A9. Información presentada en diapositivas en el PPAT-ARV.



PSICOEDUCACIÓN PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Material Psicoeducativo Elaborado por

Roberto Neria Mejía¹

Supervisado por

Dra. Riveros Rosas Angélica², Dr. Rodríguez Pérez Víctor³, Dr. Vega Ramírez E. Hamid⁴

¹ Estudiante de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual

² Tutora del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual, UNAM

³ Supervisor Académico, Psicólogo Clínico del Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa

⁴ Supervisor *in situ*, Coordinador del Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Cuando el **VIH** entra al cuerpo destruye principalmente las células **CD4**

Los **CD4** son un tipo de linfocitos, también llamados glóbulos blancos o leucocitos, es decir:

Los **CD4** son las **DEFENSAS**

El **VIH** es la causa del **SIDA**



Síndrome de **I**nmuno **D**eficiencia **A**dquirida

El **SIDA** es la fase avanzada de la infección por VIH

FASE DE SIDA

Es un conjunto de enfermedades graves y dolorosas debido a que las defensas han sido destruidas por el **VIH**

TENER VIH

significa estar infectado por VIH y poder transmitir el virus

TENER SIDA

significa llegar a la fase avanzada de la infección por VIH

Se puede tener **VIH** pero **EVITAR** el **SIDA**

Diapositiva 4 con movimiento





Con una **BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL** único método que ha demostrado eficacia





Primero hablemos del
Tratamiento Antirretroviral

EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

EVITA

QUE LA INFECCIÓN POR VIH PROGRESE A SIDA



Incluso en fase de SIDA se puede mejorar a sólo tener VIH

Diapositiva 6 con movimiento



¿Cómo **EVITA** el
TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL
que la infección por
VIH progrese a **SIDA**?



**EL OBJETIVO DEL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
ES
BAJAR
LOS VIRUS
Hasta 40 o menos copias de VIH**

Para saber cuántas copias del **VIRUS** hay en la sangre se realiza un estudio llamado

CARGA VIRAL

40 o menos copias del virus
significa estar
INDETECTABLE

Estar **INDETECTABLE NO** significa estar curado

Significa **BAJAR** los **VIRUS** y con ello **EVITAR** que se progrese a la **FASE DE SIDA**



Al **BAJAR** los
VIRUS
por el
TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL



En consecuencia

SUBEN
DEFENSAS
(CD4)

DISMINUYEN
ENFERMEDADES
OPORTUNISTAS



Las **ENFERMEDADES OPORTUNISTAS** son aquellas que se aprovechan de que las **DEFENSAS** están bajas y se instalan en el cuerpo

Para saber cuántas Células CD4 (**DEFENSAS**) hay en la sangre se realiza un estudio llamado

CONTEO DE CD4

Los estudios de CARGA VIRAL y CONTEO DE CD4 se realizan en la misma ocasión

Al iniciar **TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)**
algunas personas
pueden presentar **EFFECTOS SECUNDARIOS** que son **TOLERABLES**

En caso de presentarse
POCO A POCO DISMINUIRÁN
hasta que el organismo se adapta al medicamento

Para saber más de estos posibles efectos secundarios
pregunta a tu médico tratante

BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

significa tomar el medicamento
TODOS LOS DÍAS y a la **MISMA HORA**

Los **riesgos de la mala adherencia** son:
El virus **muta** (cambia) y el medicamento ya **NO TIENE EFECTO**

Recuerda el **TARV con BUENA ADHERENCIA EVITA** el **SIDA**

Es importante **EVITAR** infectarse de **VIH** de nuevo, lo cual, se llama

REINFECCIÓN

EL SEXO PROTEGIDO EVITA LA REINFECCIÓN DE VIH
y el adquirir otras enfermedades de transmisión sexual
como **sífilis, gonorrea, papiloma, hepatitis B o C**
lo cual, es una complicación

**EN TODA RELACIÓN SEXUAL
USA CONDÓN**

Recuerda: Cambio de cavidad = Cambio de preservativo

Finalmente, existen algunas medidas
GENERALES y PARTICULARES
importantes al tomar
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

MEDIDAS GENERALES

HÁBITOS ALIMENTICIOS



- 3 comidas
- 2 colaciones
- Tomar 2 litros de agua al día

HIGIENE DE SUEÑO



- Dormir por lo menos 7 horas
- Dormir en un horario regular

MODERAR



- Consumo de ALCOHOL y TABACO

MEDIDAS PARTICULARES

**EJERCICIO
MODERADO**



- 30 minutos 5 veces por semana es lo recomendable

**MODERAR
COSUMO DE**



- **ESTIMULANTES** como **CAFÉ** o **CHOCOLATE**
 - **ALIMENTOS ALTOS EN GRASAS**
- Puedes consumirlos **MODERADAMENTE** alejados de la hora en que tomas tu medicamento

EVITAR CONSUMIR



- **SUPLEMENTOS** o **MEDICAMENTOS SIN RECOMENDACIÓN** de tu médico tratante
- **AJO** crudo y/o cocido **EN EXCESO** porque disminuye la absorción del medicamento ARV

NO CONSUMIR



- **TORONJA** pues afecta el funcionamiento del ARV

NO CONSUMIR

HIERBA DE SAN JUAN ES PELIGROSA

porque hace que el ARV pierda su efecto



DROGAS EN GENERAL

Cocaína, marihuana, poppers, tachas,
solventes, etc.



**TOMAR TU MEDICAMENTO
TODOS LOS DÍAS
¡SOLO DEPENDE DE TI!**

¡GRACIAS!

A10. Aprobación del Comité de ética.

Estudios de Posgrado
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Coordinación

Asunto: Dictamen Ético

A quien corresponda:

El objeto del presente es hacer de su conocimiento que, una vez revisada la documentación enviada correspondiente al proyecto titulado: **“Impacto de un programa psicoeducativo en la adherencia al tratamiento antirretroviral y calidad de vida relacionada con la salud en personas con diagnóstico reciente por VIH”**, el Comité Ético del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología ha dictaminado lo siguiente:

1- El proyecto cumple cabalmente con los artículos 13 y 14 Capítulo I del Título Segundo referente a Los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres humanos, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y en los que se hace énfasis respecto a que en la investigación con seres humanos debe prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos así como ajustarse a los principios éticos y científicos, lo cual se ve reflejado en la fundamentación y descripción de la metodología del citado proyecto.

2- Cumple asimismo con el artículo 17 del Capítulo antes mencionado, en cuanto a que la metodología que se empleará ubica al proyecto en la categoría de Investigación sin riesgo: la intervención que se propone se orienta sobre todo a lograr que a través de un programa psicoeducativo la adherencia al tratamiento antirretroviral de alta actividad se beneficie la calidad de vida de las personas de reciente diagnóstico de VIH.

3- Lo anterior coincide plenamente con lo estipulado en el Código Ético del Psicólogo en vigor, tanto en lo referente a que la metodología que será empleada con los participantes no conlleva la posibilidad de riesgo alguno ni en el aspecto físico ni psicológico (Artículo 12), se tendrá el consentimiento informado (Artículos 118, 119 y 120) y habrá confidencialidad tanto en la manera en que se obtendrán los datos como en la que se procesarán y almacenarán (Artículos 61, 62 y 67).

En virtud de lo anterior El Comité ha considerado que el proyecto revisado cumple con los requisitos éticos en vigor.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

ATENTAMENTE



“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Ciudad Universitaria, D.F. a 24 de febrero de 2015.

COORDINACIÓN DEL PROGRAMA
DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA

El Coordinador

Dr. Juan José Sánchez Sosa

UNAM
POSGRADO
Psicología