



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**RAZONES PARA NO RECOGER RESULTADOS DE LA PRUEBA DE VIH.
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ESTER GUTIÉRREZ VELILLA

DIRECTORA:

DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. IVONNE NALLELY PÉREZ SÁNCHEZ
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. NANCY ELIZABETH RANGEL DOMÍNGUEZ
HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Ciudad de México

SEPTIEMBRE, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mi familia, maestros y amigos, por ser los pilares fundamentales de todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mostrado a través del tiempo.

Este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Índice

Introducción	3
Razones por las que los usuarios no regresan por su resultado	7
Resumen	7
Abstract	8
Antecedentes	10
Objetivos	16
Estudio 1.	16
Estudio 2.	17
Estudio 3.	17
Método	18
Diseño	18
Estudio 1.	18
Estudios 2 y 3.	18
Participantes	19
Estudio 1.	19
Estudios 2 y 3.	19
Mediciones	20
Estudio 1.	20
Estudios 2 y 3.	21
Procedimiento	21
Estudio 1.	21
Estudios 2 y 3.	21
Análisis estadísticos	22
Estudio 1.	22
Estudios 2 y 3.	23
Consideraciones éticas	23

Resultados _____	24
Estudio 1 _____	24
Características sociodemográficas y conductuales de los individuos con resultado negativo en la prueba de VIH _____	24
Asociaciones con no recoger los resultados de la prueba _____	27
Estudio 2 _____	31
Razones para no recoger resultados de la prueba de VIH _____	31
Estudio 3 _____	33
Factibilidad de la estrategia de localización telefónica _____	33
Discusión _____	34
Propuesta de intervención _____	41
Justificación _____	41
Intervención: Utilización de la entrevista motivacional dirigida a modificar la etapa de cambio en que se encuentran las personas que se realizan una prueba diagnóstica de VIH. _____	47
Medición _____	48
Procedimiento _____	50
Fases de la intervención _____	51
Ejemplo práctico _____	54
Conclusión general _____	57
Referencias _____	58
Apéndices _____	65
Apéndice 1: Cuestionario consentimiento informado _____	65
Apéndice 2: Cuestionario semiestructurado para entrevista telefónica _____	69
Adenda _____	70

Introducción

La respuesta frente a la infección por VIH sigue siendo un reto en nuestros días, a pesar de todos los avances en tratamiento y prevención. Se estima que mundialmente un alto porcentaje de personas no conoce su diagnóstico (World Health Organization, 2016), por lo que el diagnóstico tardío se ha convertido en uno de los principales problemas para el control de la infección. En México, el 55% de las personas con VIH se diagnostican cuando ya tiene complicaciones asociadas a SIDA (Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el SIDA, 2015).

En 2014, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), con el objetivo de lograr el control de la infección por VIH, estableció la iniciativa 90-90-90, que incluye tres objetivos principales: aumentar para el 2020 a 90% la proporción de personas que viven con VIH (PVVIH) que conocen su diagnóstico, que 90% tengan acceso a tratamiento antirretroviral y 90% alcance una carga viral indetectable.

De esta manera, parece urgente abordar el primer objetivo, incentivando que más personas se realicen la prueba diagnóstica de VIH; aunque sin olvidar que en varios estudios se ha reportado que muchas de las personas que se realizan pruebas no-rápidas de VIH nunca vuelven a recoger sus resultados. Por lo tanto, son problemas que deben ser abarcados conjuntamente; no sólo incentivando que las personas vayan a un centro diagnóstico a realizarse la prueba de

VIH, sino también, asegurando que esas personas vuelvan por su resultado y lo comprendan adecuadamente.

Para lograr avances en este ámbito, un primer paso es conocer las razones por las cuales las personas no regresan a la clínica a recoger su resultado. Para ello, se consideró importante identificar las características sociodemográficas y conductuales de estas personas “no-recolectoras”; y también conocer de primera mano cuáles eran los motivos que reportaban para no volver a recoger su resultado.

En la clínica en la cual se llevó a cabo el estudio, las personas con un resultado positivo que no regresan a recogerlo, son contactadas rutinariamente por el equipo de trabajo social en cuanto el resultado está disponible; por esta razón, en este estudio, se trabajó con los usuarios con resultado negativo, que hasta ese momento no habían sido tratados de localizar, y que eran los que realmente se podían identificar como “no-recolectores”, ya que llegaba a pasar más de un mes desde la toma de su prueba diagnóstica y su sesión de consejo psicológico sin que volvieran por su resultado.

Una vez identificadas las razones por las que los usuarios de esta población no regresan por su resultado, se pueden elegir, diseñar y llevar a cabo aquellas estrategias que logren superar las barreras con las que se encuentran estos usuarios.

Además, pensamos en ir más allá, y debido a que, en las asociaciones encontradas, se vio que la etapa de cambio del modelo

transteórico (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994) se relacionaba con regresar o no a recoger el resultado, se propuso la implementación de una intervención basada en el modelo de Entrevista Motivacional (Naar-King, Parsons, & Johnson, 2012) durante las sesiones de consejo psicológico realizadas antes de la prueba diagnóstica (consejo psicológico pre-test), para lograr que un mayor porcentaje de usuarios regresara por su resultados a las sesiones de consejo psicológico realizadas después de la prueba (consejo psicológico post-test).

El estudio es importante porque hasta el momento no se habían estudiado las razones por las que la población mexicana no regresaba a recoger sus resultados de la prueba diagnóstica de VIH. Además, para llevar a cabo acciones que aborden problemas como la cantidad de personas que no conocen su diagnóstico, es necesario basarse en las necesidades reales de cada población específica, como se intentó hacer en este estudio.

En la primera parte de este trabajo se muestra un estudio descriptivo realizado para conocer las características de los usuarios que no vuelven a recoger su resultado de una prueba diagnóstica de VIH no-rápida. En la segunda parte se realizó una entrevista a los usuarios que no regresaron por su resultado de la prueba diagnóstica para conocer las razones por las que no habían regresado. Además, como parte del tercer estudio, se invitó a los usuarios a volver a la clínica a recoger su resultado para conocer el porcentaje de personas que regresaban después de ser contactados telefónicamente. A continuación, derivada de los hallazgos del

estudio, se propuso una intervención basada en la Entrevista Motivacional que podría resultar eficaz para lograr que más personas volvieran a recoger su resultado de la prueba diagnóstica de VIH. Finalmente, se presenta, en una adenda, el reporte de actividades realizadas en la residencia en el Departamento de Investigación de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Razones por las que los usuarios no regresan por su resultado

Resumen

Introducción. Entre 7 y 54% de los usuarios que se realizan una prueba diagnóstica de VIH no regresan por su resultado, impactando negativamente en conocer su estatus de VIH y en la no realización de estrategias de prevención. Se llevaron a cabo tres estudios en una clínica especializada en VIH de la Ciudad de México. El objetivo del estudio 1 fue identificar características de los usuarios con resultado negativo que no vuelven a recogerlo; el del estudio 2 fue conocer las razones por las que no vuelven; y el del estudio 3 fue analizar la factibilidad de una estrategia de localización de estos usuarios. **Método.** En el estudio 1 se describió retrospectivamente a todos los usuarios que se realizaron una prueba diagnóstica de VIH y que tuvieron un resultado negativo durante 2016, calculando asociaciones con variables sociodemográficas y conductuales. Para los estudios 2 y 3, se realizó una entrevista telefónica a aquellos que no habían regresado por su resultado para conocer sus razones y para invitarlos a regresar. **Resultado.** En 2016, 729 usuarios tuvieron un resultado negativo y 40% (n=299) no lo recogieron. El análisis multivariado mostró que la prueba solicitada por un médico en lugar de por el usuario, así como estar en la primera etapa de cambio (precontemplación), se asociaron con no volver a recoger el resultado. Las principales razones reportadas para no recoger los resultados fueron: desconocimiento del proceso de recolección (23.6%, n=21), ya conocer el resultado (22.5%, n=20) y dificultades con el horario

(13.5%, n=12). La mitad de los usuarios localizados, volvieron a recoger su resultado después del contacto telefónico. **Conclusión.** Se necesita un mejor registro de la entrega de resultados, una mejora de la información proporcionada a los usuarios sobre el proceso de recolección y la implementación de estrategias alternativas para la recogida de resultados.

Palabras clave: VIH/SIDA, prueba diagnóstica de VIH, prevención de VIH, fallo en regresar, México.

Abstract

Introduction. Between 7% and 54% of users who undergo an HIV-test fail to collect their result, negatively impacting knowledge of HIV status and HIV prevention. Three studies were conducted at a Mexico City HIV clinic. The objective of study 1 was to identify the characteristics of users who have a negative HIV-test result and do not return to collect it; in study 2 it was to identify the reasons why they do not return; and in study 3 it was to analyze the feasibility of a telephone search strategy to promote returning by those who do not do so. **Method.** In Study 1, all users with negative HIV-test results during 2016 were retrospectively described, and associations with sociodemographic and behavioral variables were examined. In studies 2 and 3, a telephone interview was conducted on those who had not returned for their results in order to identify the associated reasons and to invite them to return. **Results.** In 2016, a total of 729

users obtained negative results and 40% (n = 299) failed to collect them. Multivariate analysis showed that a test requested by a physician rather than by the user, as well as being in the first stage of change (*precontemplation*) were associated with not collecting the result. The main reasons reported for not collecting the results were: ignorance of the collection procedures (23.6%, n = 21), “already knows the result” (22.5%, n = 20) and schedule difficulties (13.5%, n = 12). Half of the users who were located returned to the clinic to collect their results after the telephone prompt. **Conclusion.** Better recordkeeping of delivered results is needed, that users get better informed on the results collection process as well as implementing alternative strategies to collect results.

Key words: HIV/AIDS, HIV test, HIV prevention, fail to collect, Mexico.

Antecedentes

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), si bien actualmente suele clasificarse como enfermedad crónica controlable, aún se considera un problema crucial de salud pública, a pesar de todos los avances en prevención y tratamiento. En México, de las 190,000 personas que se calcula que viven con VIH, sólo el 63% conoce su diagnóstico. El 52% se encuentra bajo tratamiento antirretroviral, pero sólo el 34% ha logrado el control viral (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2016). Por lo tanto, un reto importante para frenar la epidemia es disminuir el alto porcentaje de personas que viven con VIH (PVVIH) que no conocen su diagnóstico (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014), ya que esto conlleva un aumento de la probabilidad de transmitir el virus a otras personas (Hall, Holtgrave, & Maulsby, 2012).

Se estima que el 49% de las nuevas transmisiones vienen de individuos que no conocen su diagnóstico (Hall et al., 2012). En todo el mundo, el 40% de las personas con VIH no conocen su estado serológico (World Health Organization, 2016); y en México, los datos nacionales ponen esa cifra en 37% (Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el SIDA, 2015). Para abordar este problema, es necesario fomentar la realización de pruebas de VIH, pero también asegurarse de que los individuos reciban y entiendan su resultado.

Entregar a tiempo un resultado positivo de la prueba de VIH es clave para una temprana canalización a los servicios de salud y para iniciar el tratamiento antiretroviral (TAR) oportunamente, con los beneficios individuales y de salud pública que esto implica. Pero también son de mencionarse los beneficios individuales y sociales de la entrega y comprensión de resultados negativos, aunque no comuniquen seropositividad.

En primer lugar, la sesión de consejo psicológico ante un resultado negativo permite la discusión de estrategias de prevención y reducción de riesgo en el usuario (Downing et al., 1998; Hightow et al., 2003; Hong et al., 2011; Laanani et al., 2015; Matkovic Puljic, Kosanovic Licina, Kavic, & Nemeth Blazic, 2014; Mmbaga, Leyna, Mnyika, Hussain, & Klepp, 2009; Ng'ang'a et al., 2014; Ngangue, Bedard, Ngueta, Adiogo, & Gagnon, 2016; Slutsker, Klockner, & Fleming, 1992; Taquette, Rodrigues, & Bortolotti, 2017; Woldeyohannes et al., 2017). Además, la sesión de consejo psicológico post-test, con el conocimiento del resultado de la prueba, podría aumentar la probabilidad de que la persona vuelva para realizársela de nuevo; bien sea de forma periódica y rutinaria para las personas que lo necesiten, o una vez más para cerrar el “periodo de ventana” si es el caso.

Se llama periodo de ventana al lapso de tiempo en el que los anticuerpos contra el VIH se están todavía generando y pueden no ser detectables por la prueba (World Health Organization, 2016). Este periodo de ventana varía según la persona y el tipo de prueba que se utilice, pero generalmente va de 2 semanas a 6 meses. Si una

persona que ha adquirido VIH recientemente se realiza la prueba en este período, su prueba podría resultar negativa a pesar de tener el virus en su cuerpo, lo que sería un falso positivo; de ahí se deriva la importancia de volver a realizarse la prueba para cerrar este período de ventana y tener un resultado definitivo.

Estos beneficios obtenidos por la entrega de resultados negativos de la prueba de VIH contribuyen a frenar la epidemia y a la reducción de futuras transmisiones (Hong et al., 2011).

A pesar de los beneficios de la entrega de resultados, positivos y negativos, del 6.5% al 54% de los individuos que llevan a cabo una prueba diagnóstica de VIH no vuelven a recoger sus resultados (Chan, McNulty, & Tribe, 2007; Downing et al., 1998; Hightow et al., 2003; Keenan & Keenan, 2001; Laanani et al., 2015; Mmbaga et al., 2009; Ngangue et al., 2016; Sesay & Chien, 2012; Sullivan, 2004). Varios factores sociodemográficos, comportamentales y estructurales afectan a la recolecta de resultados de la prueba de VIH (Chan et al., 2007; Ngangue et al., 2016; Pahlavan et al., 2014; Sesay & Chien, 2012; Sullivan, 2004). En varios estudios se ha encontrado que las mujeres son significativamente más propensas a volver a recoger sus resultados que los hombres (Pahlavan et al., 2014; Sesay & Chien, 2012). Además, la orientación sexual (Pahlavan et al., 2014), la edad, el empleo, la razón para realizarse la prueba y el nivel de riesgo percibido (Ngangue et al., 2016) también se han asociado con volver o no a recoger los resultados de una prueba diagnóstica de VIH.

Una variable que podría verse relacionada con recoger o no el resultado de una prueba de VIH es la etapa de cambio en la que se encuentre la persona respecto del comportamiento que se requiere modificar; ya que si no percibe que se encuentra en riesgo de contraer VIH, es más probable que no regrese a recoger su resultado (Ngangue et al., 2016).

El concepto de etapa de cambio pertenece al Modelo Transteórico (MT). Esta propuesta busca explicar el proceso de cambio de un comportamiento a través de cinco etapas, llamadas de cambio, que describen diferentes niveles de motivación acerca de la *intención* de modificar un comportamiento. Estas etapas son: *precontemplación* (cuando la persona no tiene intención de cambiar su comportamiento), *contemplación* (cuando la persona tiene intención de cambiar en los siguientes seis meses), *preparación* (la persona ya planea activamente el cambio), *acción* (se empiezan a realizar cambios) y *mantenimiento* (el cambio se mantiene y se intentan evitar recaídas). Se ha propuesto que este cambio no es lineal, y que en la mayoría de ocasiones, las personas sufren recaídas y regresan a las primeras etapas de contemplación y precontemplación (Prochaska et al., 1994).

En la búsqueda realizada en la literatura científica, no se encontraron estudios en México que cuantifiquen el porcentaje de recolección de resultados de la prueba de VIH, ni que estudien las barreras y las razones por las que las personas fallan en recoger sus resultados. No se ha establecido si se trata de un problema que involucre solo a algunas personas o si por el contrario, son muy

numerosos los usuarios que no regresan por su resultado y que, por tanto, no conocen su estado serológico. Es importante conocer este dato, y sobre todo, cuáles son las razones que reportan, para poder desarrollar estrategias que se dirijan específicamente a solucionar estos motivos. De este modo, más personas podrían ser diagnosticadas a tiempo o podrían contactar al servicio diagnóstico para realizarse la prueba periódicamente. Con esto, la transmisión a otras personas también se reduciría, porque menos personas con VIH desconocerían su diagnóstico (Hall et al., 2012).

El Departamento de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) es un centro que, entre otros servicios, ofrece pruebas diagnósticas de VIH a pacientes de consulta externa, a población general y a pacientes hospitalizados. Este servicio en el CIENI, para la realización de la prueba de VIH, incluye sesión de consejo psicológico pre y pos-test, es decir, antes y después de la prueba diagnóstica de VIH, como indica la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-2010) (Secretaría de Salud, 2010).

Esta norma, además de incluir la indicación de realizar sesiones de consejo psicológico pre y post-test, establece como obligatorio obtener el consentimiento informado de la persona que va a realizarse la prueba de VIH y que ésta conozca y acepte que la realización de la prueba es voluntaria y confidencial. Establece que la sesión de consejo psicológico debe dar información, promover

conductas sexuales saludables, dar seguimiento a cada caso y asegurar que el resultado es recibido y entendido (Secretaría de Salud, 2010).

La sesión de consejo psicológico que se realiza en el CIENI sigue un modelo de reducción de riesgos basado en el modelo seguido en la Universidad de California (Alliance Health Project, 2013). Este modelo intenta reducir los efectos dañinos que producen los comportamientos. Para ello, se requiere realizar una evaluación de riesgos, que consiste en obtener información del usuario para ayudarlo a identificar las situaciones de su vida que podrían resultar riesgosas para adquirir VIH. La mayor parte de esta información se captura en el Cuestionario de Consentimiento Informado. Para obtener la información necesaria, y a la vez atender a las preocupaciones y dudas del usuario, se requieren seguir varios principios. La sesión de consejo psicológico debe centrarse en el usuario, atender al contexto de la persona, llevarse a cabo en sesiones individualizadas, reforzar los pequeños cambios positivos, el terapeuta debe ser neutral (no juzgar) y debe tener presente que la información por sí sola no produce cambios, y que el rol del consejero es limitado. En este contexto también se utiliza el concepto de *etapa de cambio* (Prochaska et al., 1994).

Aunque la forma y estructura de la sesión de consejo psicológico varía de un consejero a otro, los puntos a tratar son los mismos: se debe dar la información necesaria acerca del VIH/ SIDA, de las formas de transmisión y prevención, en qué consiste la prueba y cómo interpretar los resultados; además, se deben evaluar

los riesgos del usuario (sexuales y de uso de sustancias) y entrenar las estrategias de prevención necesarias en cada caso.

En cuanto al tiempo de prueba, en el CIENI se utilizan pruebas de laboratorio de cuarta generación (no rápidas), y su período de venta se cierra a los 3 meses. La entrega de resultados es después de 3-5 días hábiles, y los usuarios tienen que regresar tras este período a recoger su resultado. El servicio de prueba diagnóstica de VIH y la sesión de consejo psicológico se han realizado desde 2012, sin embargo, en 2015, un alto porcentaje (33.4%, n=233) de los usuarios con resultado negativo, no regresaron a recogerlo. El consentimiento informado de la prueba estipula que los individuos pueden ser contactados para darles seguimiento si no vuelven por su resultado o si así se necesita.

El procedimiento que se sigue en el CIENI cuando un usuario tiene un resultado positivo y no regresa por éste, consiste en que el servicio de trabajo social lo busca para localizarlo dada la urgencia de dar seguimiento médico y comenzar el tratamiento lo antes posible. Sin embargo, hasta ahora, la localización de usuarios que obtenían un resultado negativo y que no volvían por este, no se realizaba de forma sistemática.

Objetivos

Estudio 1.

- Describir las características sociodemográficas y conductuales de los usuarios que se realizaron una prueba diagnóstica de VIH en el 2016 y analizar la

asociación de estas variables con la no-recolección en los individuos con resultado negativo.

Estudio 2.

- Identificar las razones por las que los usuarios con un resultado negativo no vuelven a recogerlo.

Estudio 3.

- Conocer el impacto y la factibilidad de una estrategia de búsqueda de estos usuarios para conocer el porcentaje de estos que regresa por su resultado tras un contacto telefónico.

Método

En el servicio de consejo psicológico y prueba diagnóstica de VIH en el CIENI, la prueba es ofrecida de gratuitamente como parte del protocolo de investigación “Detección oportuna de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1), tuberculosis e infecciones de transmisión sexual en México en pacientes del INER”. El Comité de Ética del INER aprobó el protocolo de consejo psicológico y prueba diagnóstica de VIH así como la recolección de la información asociada. El estudio 1 se realizó usando la información del cuestionario estructurado aplicado a todos los usuarios del programa de consejo psicológico y prueba de diagnóstica de VIH del año 2016.

Diseño

Estudio 1.

Estudio retrospectivo, descriptivo y correlacional. Los datos sociodemográficos y conductuales de todos los usuarios con resultado negativo se recolectaron retrospectivamente y se hicieron comparaciones entre “colectores” y “no-colectores” del resultado de la prueba de VIH sobre estas variables sociodemográficas y conductuales.

Estudios 2 y 3.

Fueron estudios transversales y descriptivos. Se realizó una entrevista telefónica acerca de las razones para no volver a recoger los resultados de la prueba diagnóstica de VIH en aquellos

individuos que cumplieran con los criterios de inclusión, y se les invitó a regresar a recoger sus resultados.

Participantes

Estudio 1.

Criterios de inclusión:

- Individuos que se realizaron una prueba de VIH entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016.
- Obtuvieron un resultado negativo.

Estudios 2 y 3.

Criterios de inclusión:

- Usuarios mayores de 18 años.
- Hubieran dado personalmente el consentimiento informado para la prueba de VIH.
- Hubieran obtenido un resultado negativo
- No hubieran regresado a recoger su resultado en al menos un mes después de haberse realizado la prueba diagnóstica de VIH.

Criterios de exclusión:

- Usuarios con consentimiento subrogado, es decir, aquellos que estaban inconscientes o incapacitados para dar el consentimiento, y un familiar o personal de salud lo hacía por ellos.

Mediciones

Estudio 1.

Se recolectaron, con un cuestionario, las características sociodemográficas: el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación y la orientación sexual; la información conductual tal como pruebas previas de VIH, razón para realizarse la prueba y número de parejas sexuales, se recolectaron a través de una entrevista llevada a cabo por expertos en consejería en VIH (psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos). Al finalizar toda la entrevista, estos expertos determinaban en qué etapa de cambio se encontraban los usuarios según las respuestas recaudadas en la entrevista. Los datos se capturaron en el cuestionario estructurado que se aplica de rutina en el servicio de consejo psicológico para la prueba diagnóstica de VIH, elaborado y ajustado por el equipo de consejeros del CIENI de acuerdo a la experiencia con usuarios que se realizan la prueba diagnóstica (véase el Apéndice 1).

Para evitar sesgos debido a que algunos usuarios se habían realizado la prueba de VIH más de una vez en el mismo año, la unidad de análisis fue el número de individuos y no de pruebas. En estos usuarios que se realizaron la prueba en varias ocasiones, para los análisis se usó la información de la última prueba.

La variable de resultado *recogió* o *no-recogió* su resultado, se obtuvo de la información de seguimiento del servicio de consejo psicológico. No recoger el resultado se definió como no haber vuelto a recoger el resultado con al menos *un* mes de retraso tras la

realización de la sesión de consejo psicológico para la prueba diagnóstica de VIH.

Estudios 2 y 3.

Para la entrevista telefónica se usó un cuestionario semi-estructurado creado *ex profeso* para los estudios 2 y 3 (véase el Apéndice 2). Este cuestionario incluía fecha y hora de llamada, información sobre la identidad del usuario (nombre, apellido y número de teléfono), resultado de la llamada: (*localizado, no contestó, no se encontraba, no existe el número, no vive ahí, buzón de voz, fuera de servicio, ocupado, número equivocado o colgaron*), y a continuación, una pregunta abierta para explorar las razones por las que los usuarios no regresaban a recoger su resultado. En la sección final de la entrevista, se ofrecía agendar una cita para entregar los resultados. Con la primera versión del cuestionario se hizo un pequeño estudio piloto mediante 20 llamadas telefónicas a partir de las cuales se hicieron los ajustes necesarios.

Procedimiento

Estudio 1.

La información del formato del servicio de consejo psicológico de la prueba diagnóstica de VIH se recolectó, capturó y anonimizó para los análisis descriptivo y correlacional de los datos.

Estudios 2 y 3.

Para la entrevista telefónica, la información de los usuarios que cumplían los criterios de inclusión se copiaba a una lista

separada que incluía información de contacto, y un trabajador de la salud entrenado intentó contactarlos en cuatro periodos de tiempo: mayo, julio, diciembre de 2016 y enero de 2017). Se hizo un máximo de dos intentos de localización, en diferentes horarios a lo largo del día, para cada usuario. Si se localizaba al individuo y aceptaba la entrevista, se aplicaba el cuestionario semi-estructurado. Las respuestas a la pregunta abierta sobre las razones de la no recolección del resultado se anotaban tal cuál eran dadas por los usuarios. Después, se categorizaron por dos investigadores especializados en salud.

Análisis estadísticos

Estudio 1.

La información conductual, las características socio-demográficas y los datos de la entrevista se capturaron y analizaron mediante la versión 23 del programa estadístico SPSS usando frecuencias y porcentajes para los análisis descriptivos, y la prueba chi-cuadrado para analizar la relación entre las variables sociodemográficas con *recoger* o *no-recoger* los resultados de la prueba de VIH. Con el programa STATA versión 14, se realizaron análisis de asociación univariado y multivariado. Una vez calculados los *odds ratios* (OR) se realizó un análisis multivariado usando regresión logística incluyendo sexo, edad y las variables que se encontraron más frecuentemente asociadas con la *no-recolección* de resultados en el análisis univariado: nivel educativo, origen de la solicitud de la prueba y etapa de cambio. No se añadió la variable

razón para realizarse la prueba, aunque se encontró significativamente asociada con la no recolección de resultados, ya que estaba muy relacionada con la variable origen de la solicitud (colinealidad). De esta forma se obtuvieron los OR ajustados, los intervalos de confianza y el valor de las p. El nivel de significancia se estableció en p .05.

Estudios 2 y 3.

Las razones que los usuarios informaron para no recoger sus resultados, así como la información acerca de si lo habían hecho o no después de la llamada telefónica, se analizaron con estadística descriptiva, calculando frecuencias y porcentajes con SPSS versión 23.

Consideraciones éticas

Todas las llamadas telefónicas se hicieron de acuerdo con los lineamientos de confidencialidad sobre la realización de pruebas diagnósticas y su resultado estipulados en la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH (NOM-010-SSA2-2010) (Secretaría de Salud, 2010).

Resultados

Durante 2016, 877 pruebas diagnósticas de VIH se llevaron a cabo en el CIENI en 854 individuos (23 usuarios se realizaron la prueba en más de una ocasión el mismo año). Sesenta y ocho por ciento de los usuarios (729/854) obtuvieron un resultado negativo. En la mayoría de los casos, la solicitud de la prueba venía directamente del usuario (54.9%, n = 468), mientras que 385 (45.1%) de las pruebas las había solicitado un médico para pacientes hospitalizados.

Estudio 1

Características sociodemográficas y conductuales de los individuos con resultado negativo en la prueba de VIH.

De los 729 resultados negativos, sesenta y cinco por ciento (n = 410) pertenecían a hombres. La mediana de la edad fue 38 años (rango intercuartil [RIC] = 27-51). Cuarenta y dos por ciento reportaron estar solteros (n = 307) y la mayoría (n = 493, 67.6%) se declararon heterosexuales.

La mayoría informó saber leer y escribir (n = 623, 85.5%), con 32% (n = 233) teniendo sólo el nivel educativo primaria. La mitad de los individuos (50.8%, n = 370) informaron tener empleo en el momento de realizarse la prueba. Y a la mayoría de los usuarios (n = 301, 41.3%) se les categorizó en la etapa de cambio de pre-contemplación. La tabla 1 concentra las características sociodemográficas y conductuales de los individuos con resultados negativos en la prueba diagnóstica de VIH.

La mediana reportada del número de parejas sexuales a lo largo de la vida fue 4 parejas (RIC = 2-10). Cuarenta y ocho por ciento de los usuarios se había realizado al menos una prueba diagnóstica anteriormente (n = 350). La principal razón para solicitar la prueba fue referencia médica (69.1%, n = 504). Otras razones se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los usuarios con resultado negativo del servicio de prueba diagnóstica de VIH y consejo psicológico (2016).

	Usuarios con resultado negativo en la prueba de VIH		Cumplen criterios de inclusión para la entrevista telefónica ^a	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombres	410	56.2	124	57.7
Mujeres	319	43.8	91	42.3
Edad				
≥18 años	670	91.9	215	100
< 18 años	59	8.1	NA	NA
Estado civil				
Soltero	307	42.1	81	37.7
Casado	231	31.7	76	35.3
Unión libre	120	16.5	41	19.1
Separado / Divorciado	39	5.3	14	6.5
Viudo	20	2.7	3	1.4
Perdidos	12	1.6	NA	NA
Orientación sexual				
Heterosexual	493	67.6	179	83.3
Homosexual	70	9.6	21	9.8
Bisexual	20	2.7	3	1.4
Perdidos	146	20.0	12	5.6
Alfabetismo				
Si	623	85.5	189	87.9
No	67	9.2	14	6.5
Perdidos	39	5.3	12	5.6

Continuación Tabla 1.

	Usuarios con resultado negativo en la prueba de VIH		Cumplen criterios de inclusión para la entrevista telefónica ^a	
	n	%	n	%
Nivel educativo ^b				
Sin educación formal	105	14.4	24	11.2
Básico	233	32.0	77	35.8
Intermedio	178	24.4	65	30.2
Superior	190	26.1	47	21.9
Perdidos	23	3.2	2	.9
Empleo				
Desempleado	316	43.3	94	43.7
Empleado	370	50.8	110	51.2
Perdidos	43	5.9	11	5.1
Etapa de cambio				
Precontemplación	301	41.3	117	55.4
Contemplación	131	18.0	49	22.8
Listo para la acción	62	8.5	16	7.4
Acción	29	4.0	5	2.3
Mantenimiento	58	8.0	15	7.0
Perdidos	148	20.3	13	6.0
Pruebas previas				
No	344	47.2	89	41.4
Si	350	48.0	124	57.7
Perdidos	35	4.8	2	.9
Razón de la prueba ^c				
Situación de riesgo	46	6.3	6	2.8
Referencia médica	504	69.1	165	76.7
Rutina	99	13.6	30	14.0
Relación con p/ VIH+	80	11.0	14	6.5
Número de parejas sexuales				
0-2	199	27.3	73	34.0
3 - 5	149	20.4	55	25.6
6 - 10	117	16.0	37	17.2
> 10	127	17.4	42	19.5
Perdidos	137	18.8	8	3.7

Nota: NA = No aplica; ^a > 18 años, haber autorizado personalmente la realización de la prueba, tener un resultado negativo en la prueba diagnóstica de VIH y no haber recogido el resultado; ^b Básico incluye desde los 4 hasta los 15 años; intermedio incluye preparatoria (16-18 años) y/o carrera técnica; superior incluye universidad y posgrado; ^c Situación de riesgo incluye relación sexual no protegida y accidente laboral; relación con p/ VIH+ incluye madre/padre con VIH y pareja con VIH.

Asociaciones con no recoger los resultados de la prueba de VIH

Sesenta por ciento de los individuos con resultado negativo (n = 430) recogieron su resultado sin necesidad de realizar el contacto telefónico, antes del período especificado en el estudio para la localización. La mediana del tiempo que tardaron en recoger su resultado fue ocho días (RIC = 7-14). El 40% restante se consideraron no colectores.

Cuando se comparó recoger el resultado versus no recogerlo, no se encontró relación con sexo, orientación sexual, número de parejas sexuales o tener una prueba de VIH previa.

Los usuarios cuya prueba de VIH la había solicitado un médico fueron 2.1 veces más propensos a ser no colectores que los usuarios que habían solicitado la prueba ellos mismos (52.9% versus 22.4%, $\chi^2 = 72.799$ p<.001; OR 3.1 95% IC 2.15-4.64, p<.001).

Los usuarios sin educación formal fueron más propensos a ser no colectores del resultado que los usuarios que tenían nivel educativo superior (47.6% versus 27.89%; $\chi^2 = 12.792$ p=.005; OR .51 95% IC .26-.97, p=.041).

Los usuarios que se habían realizado la prueba por referencia médica fueron más propensos a ser no colectores que los usuarios cuya razón para hacerse la prueba era rutina (41.5% versus 29.3%, $\chi^2 = 25.769$ p<.001; OR .58 95% IC .36-.93, p=.024).

Asimismo, aquellos cuya razón era referencia médica eran más propensos a ser no colectores del resultado que los usuarios cuya razón era tener relación con una persona VIH+ (41.5% versus 18.7%, $\chi^2 = 25.769$ $p < .001$; OR .32 95% IC .18-.59, $p < .001$) y eran más propensos a ser no colectores del resultado que los usuarios cuya razón era haber tenido una exposición de riesgo (41.5% versus 17.4%, $\chi^2 = 25.769$ $p < .001$; OR .29 95% IC .13-.65, $p = .001$).

En cuanto a la etapa de cambio, los usuarios que se encontraban en la etapa de pre-contemplación fueron más propensos a ser no colectores que aquellos que se encontraban en la etapa de mantenimiento (34.5% versus 18.97%, $\chi^2 = 10.560$ $p = .032$; OR .46 95% IC .23-.92, $p = .029$). En la Tabla 2 se muestran los resultados del análisis univariado.

Tabla 2

Variables asociadas con no recoger resultados negativos de la prueba diagnóstica de VIH

	Colectores (n) % N=468	No colectores (n) % N=261	χ^2	Univariado OR (95% CI)
Sexo				
Hombres	(254) 61.9	(156) 38.0		1
Mujeres	(214) 67.1	(105) 32.9	2.057	.88 (.62-1.26)
Edad				
<14	(32) 61.5	(20) 38.5		1
15 - 29	(119) 64.7	(65) 35.3		.78 (.21-2.87)
30 - 44	(138) 60.0	(92) 40.0	5.232	.84 (.23-3.08)
45 - 59	(113) 71.1	(46) 28.9		.54 (.14-2.02)
≥ 60	(66) 63.5	(38) 36.5		.59 (.15-2.31)
Orientación sexual ^b				
Heterosexual	(330) 66.9	(163) 33.1		1
Homosexual	(51) 72.9	(19) 27.1	3.668	.75 (.43-1.32)
Bisexual	(17) 85.0	(3) 15.0		.36 (.10-1.24)

Continuación Tabla 2.

	Colectores (n) % N=468	No colectores (n) % N=261	χ^2	Univariado OR (95% CI)
Origen de la solicitud				
Usuario	(318) 77.6	(92) 22.4	72.799 ^a	1
Médico	(150) 47.0	(169) 52.9		3.09 (2.15-4.64) ^a
Nº parejas sexuales ^b				
0-2	(128) 64.3	(71) 35.7	2.883	1
3 - 5	(108) 72.5	(41) 27.5		.68 (.43-1.09)
6 - 10	(81) 69.2	(36) 30.8		.80 (.49-1.31)
> 10	(89) 70.1	(38) 29.9		.77 (.48-1.24)
Nivel educativo ^b				
Ninguno	(55) 52.4	(50) 47.6	12.792 ^a	1
Básico	(141) 60.5	(92) 39.5		.79 (.42-1.49)
Intermedio	(116) 65.2	(62) 34.8		.76 (.39-1.44)
Superior	(137) 72.1	(53) 27.9		.51 (.26-.97) ^a
Etapa de cambio ^b				
Precontemplación	(197) 65.4	(104) 34.5	10.560 ^a	1
Contemplación	(82) 62.6	(49) 37.4		1.14 (.75-1.76)
Listo para la acción	(48) 77.4	(14) 22.6		.58 (.30-1.11)
Acción	(22) 75.9	(7) 24.1		.59 (.25-1.44)
Mantenimiento	(47) 81.0	(11) 18.9		.46 (.23-.92) ^a
Razón de la prueba				
Referencia médica	(295) 58.5	(209) 41.5	25.769 ^a	1
Rutina	(70) 70.7	(29) 29.3		.58 (.36-.93) ^a
Relación con p/ VIH+	(65) 81.2	(15) 18.7		.32 (.18-.59) ^a
Exposición de riesgo	(38) 82.6	(8) 17.4		.29 (.13-.65) ^a
Pruebas previas VIH ^b				
No	(224) 65.1	(120) 34.9	.005	1
Si	(227) 64.9	(123) 35.14		1.01 (.74-1.38)

Nota: ^a $p < .05$; ^b Había valores perdidos para estas variables.

En el análisis multivariado, después de ajustar por las variables sexo, edad, nivel educativo y etapa de cambio, la variable origen de la solicitud (aOR 4.42, 95% IC 3.06-6.38, $p < .001$) se mantuvo significativamente asociada con la no recolección de resultados. En cuanto a la variable etapa de cambio, cuando se ajustó por sexo, edad, nivel educativo y origen de la solicitud, los

usuarios que se encontraban en etapa de pre-contemplación se mostraron significativamente más propensos a ser no colectores del resultado que los que se encontraban en la etapa de contemplación (aOR 1.75, 95% IC 1.07-2.88, $p=.026$). La Tabla 3 muestra el análisis multivariado con las asociaciones de estas variables sociodemográficas y conductuales con la no recolección de resultados.

Tabla 3

Análisis multivariado de las variables asociadas con no recoger resultados negativos de la prueba diagnóstica de VIH

	aOR ^a	(95% CI)
Sexo		
Hombres	1	
Mujeres	1.02	.69-1.49
Edad		
<14	1	
15 - 29	1.02	.25-4.27
30 - 44	.96	.23-3.94
45 - 59	.44	.10-1.88
≥ 60	.41	.09-1.81
Origen de la solicitud		
Usuario	1	
Médico	3.98	2.55-6.23 ^b
Nivel educativo ^c		
Ninguno	1	
Básico	.78	.39-1.58
Intermedio	.87	.41-1.85
Superior	.71	.33-1.52
Etapa de cambio ^c		
Precontemplación	1	
Contemplación	1.75	1.07-2.88 ^b
Listo para la acción	.88	.43-1.80
Acción	.77	.29-1.99
Mantenimiento	.75	.35-1.62

Nota: ^a Ajustado para sexo, edad, origen de la prueba y nivel educativo (N=569);

^b $p<.05$; ^c Había valores perdidos para estas variables.

Estudio 2

Razones para no recoger resultados de la prueba de VIH.

Doscientos quince individuos cumplieron los criterios de inclusión para la entrevista telefónica (ser mayor de 18 años, haber autorizado personalmente la realización de la prueba, tener un resultado negativo de la prueba de VIH y no haber vuelto a recoger su resultado con al menos un mes de demora) y se les intentó contactar vía telefónica.

Sus características sociodemográficas fueron similares a aquellas del total de individuos con resultado negativo (Tabla 1). El primer intento de localización se llevó a cabo en una mediana de 71 días (RIC = 50-104) después de la realización de la sesión de consejo psicológico pre-test. De estos 215 usuarios no colectores, el 56.7% se habían realizado la prueba por solicitud de su médico mientras estaban hospitalizados (n = 122), y el resto, por solicitud del propio usuario (43.3%, n = 93).

Treinta y cuatro por ciento (n= 74) de las 215 llamadas fueron contestadas en el primer intento, 53 por el individuo en cuestión y 21 por un familiar o amigo. En el segundo intento, se hicieron llamadas a 114 usuarios, 30.7% (n = 35) de las cuales fueron respondidas, 23 por el individuo en cuestión y 12 por un familiar o amigo. Después de los dos intentos, 109 de las 329 llamadas (33.1%) habían sido respondidas y de los 215 usuarios no colectores contactados, 76 (35.3%) habían sido localizados.

Las razones más frecuentes por las que el resto de llamadas no pudieron concretarse fueron: buzón de voz (n = 85, 25.8%), no contestaron (n = 33, 10%), no existe el número (n = 33, 10%) y no se encuentra la persona (n = 33, 10%).

Las principales razones que los usuarios y sus familiares informaron para no haber recogido sus resultados fueron: “No sabía que tenía que volver a recoger el resultado” (n = 21), “Ya conocía el resultado” (n=20) (debido a que algún médico se lo había comunicado pero no se había notificado al servicio de prueba diagnóstica y consejo psicológico) y “Dificultades con el horario” (n=12). Además, familiares contactados reportaron que cinco usuarios habían fallecido antes de recoger sus resultados. El resto de razones citadas se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

Razones reportadas por los usuarios del CIENI o sus familiares para no recoger los resultados de una prueba diagnóstica de VIH.

Razón	n	%
No sabía que tenía que regresar por su resultado	21	23.6
Ya conocía su resultado	20	22.5
Dificultades con el horario	12	13.5
Incapacidad de desplazarse a la clínica por problemas de movilidad	10	11.2
Esperaba a tener consulta en el centro	6	6.7
Fallecimiento	5	5.6
Vivir en otro estado / provincia	4	4.4
Olvido	4	4.5
Pérdida de identificación oficial necesaria para recoger resultados	3	3.4
Problemas de distancia	3	3.4
Problemas económicos	1	1.1

Estudio 3

Factibilidad de la estrategia de localización telefónica.

La mayoría (84.2%, n = 64) de los 76 individuos localizados aceptó verbalmente la invitación a volver por sus resultados, y al menos el 50% (n = 38), efectivamente volvió al centro a recogerlos. Por lo tanto, los dos intentos de localización telefónica resultaron en una tasa de recolección secundaria de 38/215 (18%).

Considerando una media de tres minutos por cada llamada respondida y un minuto por cada llamada no respondida, se invirtió un total de 9.1 horas para conseguir que 38 de 215 pacientes llamados volvieran por su resultado, una tasa de rendimiento de 14 minutos por cada resultado recuperado.

Discusión

El estudio señala el alto porcentaje (40%) de individuos que no vuelven a recoger su resultado de la prueba diagnóstica de VIH en una clínica especializada en VIH en la Ciudad de México

El análisis multivariado mostró que la no recolección, en los usuarios del CIENI, está asociada con que la prueba fuera solicitada por un médico en lugar de directamente por el usuario y con la etapa de cambio en que se encontraba la persona. Las principales razones que los individuos localizados citaron para no haber recogido sus resultados fueron: ya conocer el resultado, desconocimiento de la necesidad de volver a recoger el resultado y conflictos con los horarios.

En los estudios que se han realizado en centros voluntarios de pruebas diagnósticas de VIH, donde las personas solicitan una prueba voluntariamente y por iniciativa propia, los porcentajes de individuos que no recogen sus resultados son más bajos que en este estudio, y varían entre 6% y 27% en países desarrollados (Chan et al., 2007; Laanani et al., 2015; Slutsker et al., 1992; Sullivan, 2004) y entre 14% y 30% en países en vías de desarrollo (Downing et al., 1998; Ngangue et al., 2016; Sesay & Chien, 2012). Sin embargo, en los estudios llevados a cabo en escenarios clínicos, donde la prueba es ofrecida por alguien más (generalmente el médico del paciente), y no es solicitada por iniciativa propia del usuario, el porcentaje de individuos que no vuelven a recoger sus resultados se incrementa

hasta llegar al 50% o más (Hightow et al., 2003; Keenan & Keenan, 2001; Mmbaga et al., 2009).

El servicio de prueba diagnóstica de VIH y consejo psicológico de este estudio se encuentra dentro de un hospital de tercer nivel que proporciona pruebas de VIH a pacientes hospitalizados y de consulta externa cuyos médicos sugieren la prueba; y a población general que la buscan por iniciativa propia; esto permite estudiar ambos tipos de poblaciones. El presente estudio muestra que tener una prueba solicitada por un médico está fuertemente asociado con no recoger el resultado de ésta.

Este hallazgo es importante a la hora de tener en cuenta la recomendación del *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) de ofrecer la prueba de VIH a todos los adultos y adolescentes en escenarios clínicos (Jover-Diaz, Cuadrado, Matarranz, & Calabuig, 2012) y no esperar a que las personas con alto riesgo vayan por iniciativa propia pidiendo la prueba, porque cuando el test es ofrecido por alguien más, muchos individuos suelen no regresar a recoger sus resultados.

En cuanto a la asociación con la etapa de cambio, las personas que estaban en la primera etapa de cambio (precontemplación) tenían más posibilidades de no volver a recoger sus resultados; lo que tiene sentido ya que las personas que se encuentran en esta etapa, no creen estar en riesgo o no quieren pensar en este (Prochaska et al., 1994). Por lo tanto, estas personas podrían pensar que no son susceptibles de contraer VIH o podrían preferir no

preocuparse del tema, lo que llevaría a que no regresaran a recoger sus resultados.

Las principales razones descritas por los usuarios contactados telefónicamente para no volver a recoger sus resultados de la prueba de VIH se relacionan con cuestiones institucionales y de comunicación. Los individuos no sabían que tenían que regresar a recoger sus resultados. La gran mayoría (85.7%) de aquellos que dieron esta razón eran pacientes hospitalizados cuya prueba diagnóstica de VIH fue solicitada por un médico. Este hecho señala áreas de oportunidad en la comunicación médico-paciente, incluyendo explicar, de forma verbal y escrita, el proceso de recolección de resultados una vez que el paciente deje el hospital, y la importancia de recoger los resultados de una prueba de VIH, incluso si estos son negativos.

Algunos individuos habían recibido verbalmente sus resultados a través de su médico, pero el servicio de prueba diagnóstica y consejo psicológico no había sido informado, señalando áreas de mejora en la comunicación interna y la recolección de información para mantener un mejor registro de la entrega de resultados. Esto se podría resolver por el personal del servicio de prueba diagnóstica de VIH y consejo psicológico mediante la búsqueda activa de los médicos que solicitaron la prueba de VIH. Mejoras en la comunicación interna y en la explicación de los pasos necesarios a los pacientes podría reducir la tasa de no recolección de resultados.

Las barreras estructurales y dificultades en el acceso a los servicios de salud (horario, problemas de movilidad, distancia, problemas económicos, etc.) también juegan un rol importante en la no recolección de resultados, según reportaron los entrevistados. Aumentar los horarios de atención, enviar los resultados a otros centros de salud geográficamente más accesibles para el usuario, implementar la entrega de resultados por teléfono o email, como ha sido probado en otras clínicas (Matkovic Puljic et al., 2014; Snyder et al., 2012), son estrategias que probablemente deberían considerarse para reducir el número de resultados no entregados.

Otra estrategia que podría mostrarse efectiva es utilizar pruebas rápidas de VIH, donde el usuario recibe el resultado entre 20 y 60 minutos después de realizarse la prueba. Las pruebas rápidas han demostrado altas tasas de recolección (Grusky, Roberts, & Swanson, 2007; Keenan & Keenan, 2001), y en muchas ocasiones son más baratas (Brauer, De Villiers, & Mayaphi, 2013). Sin embargo, también tienen algunas desventajas, su sensibilidad suele ser menor que en las pruebas de laboratorio (Brauer et al., 2013), y el periodo de ventana suele ser mayor, ya que la mayoría de las pruebas rápidas son todavía ELISAs de tercera generación, en contraste con las pruebas de cuarta generación que se utilizan en muchos laboratorios (Brauer et al., 2013). Además, las pruebas rápidas eliminan la posibilidad de llevar a cabo una sesión de consejo psicológico post-test después de un tiempo de reflexión tras la sesión de consejo psicológico pre-test.

Esta sesión de consejo psicológico post-test tiene ventajas y también desventajas. Por un lado, es importante para la prevención del VIH (Hightow et al., 2003; Laanani et al., 2015; Matkovic Puljic et al., 2014; Ng'ang'a et al., 2014; Ngangue et al., 2016; Taquette et al., 2017; Woldeyohannes et al., 2017) y refuerza los conceptos clave y la importancia de volver a realizarse la prueba, para cerrar un periodo de ventana o para realizarla periódicamente en caso necesario. Pero por otro lado, el requisito de volver a la clínica para la sesión de consejo psicológico post-test demanda más esfuerzo por parte de los usuarios, lo que podría reducir la probabilidad de que vuelven y, por tanto, de conocer el resultado de su prueba de VIH.

El presente estudio exploratorio mostró que dos intentos de llamada lograban localizar un tercio de los usuarios con resultado negativo que no habían recogido su resultado, la mitad de los cuales regresó por éste. Considerando el tiempo invertido en la realización de llamadas, podría ponerse cuestión la relación costo-efectividad de esta estrategia de intento de localización como procedimiento de rutina, aunque el objetivo del estudio no era evaluar esto de manera específica.

Un factor importante que podría influir en el bajo número de usuarios localizados podría ser el hecho de que los intentos de llamada fueran hechos sólo durante la mañana, coincidiendo con los horarios de trabajo de la mayoría de la población. Realizar llamadas en la tarde/noche podría resultar en mejores tasas de localización. Además, 86 de las 206 llamadas no contestadas fueron a buzón de voz, lo que sugiere la posibilidad de que un tercer intento de

localización podría alcanzar a más individuos. Sin embargo, a no ser que surja evidencia más sostenible para el uso de esta estrategia, el uso de pruebas rápidas o la entrega de resultados por teléfono con sesión de consejo psicológico post-test parecen ser más efectivas para lograr que más personas conozcan y entiendan el resultado de su prueba diagnóstica de VIH. Cualquier estrategia elegida debería ponerse en práctica junto con estrategias para mejorar la comunicación interna de la institución.

Sugerencias para estudios posteriores.

Sería conveniente incluir, en la parte descriptiva del estudio, algunas variables importantes como riesgo percibido de contraer VIH, estigmatización percibida, conocimiento sobre VIH / SIDA o nivel socioeconómico, ya que podrían ser factores importantes para que los usuarios no recojan sus resultados. También convendría reducir el posible sesgo en los resultados acerca de las razones para no recoger los resultados, ya que una tercera parte de los usuarios buscados no se localizó. Sin embargo, las características de los usuarios que sí se localizaron fueron muy similares a las de los 215 individuos que fueron buscados, solo diferían mínimamente en la razón para solicitar la prueba. Más intentos de localización, o a diferentes horarios, podrían solventar esta limitación.

Conclusión

El porcentaje de personas que se realiza una prueba de VIH y no regresa por sus resultados es alto y la principal razón es la falta de conocimiento del individuo acerca del proceso de recolección de resultados. La recolección de resultados, con su correspondiente

sesión de consejo psicológico post-test, es un asunto importante por el rol que cumple como forma de prevención. En el futuro, es necesario adaptar las características de la prueba de VIH a las necesidades de los individuos, así como a la etapa de cambio en la cual se encuentra cada usuario. Del mismo modo, es importante asegurarse de que los usuarios entiendan la importancia y el procedimiento de recoger los resultados de la prueba diagnóstica de VIH.

Propuesta de intervención

Justificación

Se ha demostrado consistencia en los numerosos estudios que evalúan intervenciones basadas en el Modelo Transteórico (MT) sobre la efectividad para impulsar el cambio en diferentes problemas de comportamiento relacionados con la salud, tales como abuso de sustancias, hábitos de ejercicio, comportamientos sexuales riesgosos, etc (Prochaska et al., 1994).

Es importante identificar la etapa de cambio en que se encuentra la persona acerca de la realización de un comportamiento, ya que dependiendo de esta, las actitudes hacia el cambio van a ser diferentes, y por lo tanto, la intervención que se elija, también deberá depender de la etapa de cambio. Por ejemplo, en el caso del estudio realizado en el CIENI, la mayor parte de los usuarios estudiados, más del 40% (n = 301), se encontraban en etapa de precontemplación, lo que hace diferente sus necesidades a si estuvieran en la etapa de preparación.

Cuando una persona se encuentra en la etapa de precontemplación, las razones pueden ser varias; en el caso del VIH, las personas pueden estar desinformadas sobre las consecuencias de sus comportamientos sexuales, pueden creerse incapaces de llevar a cabo los cambios necesarios, como uso del condón o realización de pruebas periódicas, o ni siquiera se toman el tiempo de pensar acerca de la posibilidad de adquirir VIH. En la mayoría de las ocasiones, quienes se encuentran en la etapa de precontemplación se muestran resistentes al cambio y a presiones externas (Prochaska et

al., 1994). También se ha documentado que esta etapa se asocia a tener una pareja que no apoya el cambio (Hacker, Brown, Cabral, & Dodds, 2005).

Las personas que se encuentran en la etapa de contemplación están mucho más abiertas a la información y retroalimentación acerca de su problema y de cómo llevar a cabo el cambio, aunque se encuentran ambivalentes ante los pros y contras de cambiar su comportamiento, por lo que pueden permanecer años en esta etapa. (Prochaska et al., 1994). En el caso del VIH, las personas pueden reconocer que tener relaciones sexuales sin protección es peligroso, pero a la vez reconocen que no obtienen el mismo placer, lo que los hace ambivalentes y no se deciden a llevar a cabo el cambio.

Las personas que se encuentran en la etapa de preparación están pensando en el cambio (por ejemplo, empezar a usar condón) en el próximo mes y empiezan a realizar pequeños pasos en ese sentido (hablar con su pareja acerca del tema) que los acerquen a este cambio. En la etapa de acción las personas modifican abiertamente su comportamiento. El mantenimiento comienza tras seis meses de cambios exitosos, y siempre puede darse una recaída, un hecho habitual en la mayoría de los intentos de cambiar comportamientos (Prochaska et al., 1994). En el caso del VIH, es posible que la persona, tras varios meses utilizando condón, un día no lo encuentre y decida tener relaciones sexuales sin él, lo que supondría una recaída en el comportamiento que se estaba intentando modificar.

Las formas de impulsar el paso de una etapa a la siguiente, son numerosas y dependientes del problema específico. Se puede impulsar el cambio a través del trabajo con el nivel de riesgo percibido, con la autoeficacia, el balance motivacional, la concientización, la auto-reevaluación, el control de estímulos, el contra-condicionamiento, el reforzamiento, etc. Las personas que se encuentran en la etapa de pre-contemplación utilizan, en general, estas estrategias menos que aquellos que se encuentran en cualquiera de los otros grupos (Prochaska et al., 1994). Para pasar de la etapa de pre-contemplación a la de contemplación, los procesos cognitivos y emocionales son más efectivos; mientras que para lograr avances en las etapas posteriores, resulta más efectivo centrarse en procesos conductuales (Cabral, Cotton, Semaan, & Gielen, 2004).

Las intervenciones diseñadas para cambiar comportamientos riesgosos sobre el estilo de vida suelen ser menos exitosas de lo deseado, ya que suelen estar diseñadas para gente que está lista para realizar cambios, siendo que, en la práctica, en la mayoría de situaciones, las personas no lo están (Prochaska et al., 1994). Además, una buena intervención para lograr un cambio en el comportamiento tiene que ir más allá de simplemente proporcionar información, y debe tener en cuenta el contexto socioeconómico y cultural de la persona a la que va dirigido (Cabral et al., 2004). Intervenciones diseñadas a partir de la etapa de cambio en que se encuentra la persona podrían ser más eficaces que aquellas que se diseñan de manera estándar para todos los usuarios. Además, los

esfuerzos requieren centrarse en encontrar las técnicas más efectivas para ayudar a pasar de cada una de las etapas a la siguiente.

A pesar de que en la búsqueda realizada no se han encontrado intervenciones basadas en el MT para conseguir que las personas que se realizan una prueba de VIH vuelvan por su resultado, sí se han probado intervenciones de este tipo para la prevención del VIH y la reducción de comportamientos sexuales de riesgo. El MT ha demostrado su relación con la variable uso de condón (Gazabon, Morokoff, Harlow, Ward, & Quina, 2007), en un estudio que aplicaba el MT para incrementar el uso del condón en mujeres con alto riesgo de adquirir VIH en Estados Unidos, logró que aquellas mujeres que se expusieron a la intervención, fueran más propensas a pedir a sus parejas que usaran condón que aquellas que no participaron, además, era más probable que hubieran avanzado, al menos, a la siguiente etapa de cambio (Cabral et al., 2004). En otro estudio sobre comportamientos sexuales riesgosos en jóvenes con VIH entre 16 y 25 años, se encontró que la autoeficacia mediaba el efecto de la etapa de cambio sobre el uso del condón (Naar-King et al., 2006). Otra intervención basada en el MT se mostró efectiva como forma de prevención de VIH, de ITS y de embarazo en mujeres adolescentes (Hacker et al., 2005).

Una intervención en el marco del MT, basada en evidencia, que se ha mostrado efectiva para promover el cambio conductual en muchos problemas de comportamiento es la Entrevista Motivacional (EM) (Naar-King et al., 2012). Es una intervención breve que trata de resolver la ambivalencia ante del cambio (Miller & Rollnick, 1999).

Se trata de un método de comunicación colaborativo, que promueve la autonomía del paciente o usuario (Rollnick, Miller, & Butler, 2008), está centrado en las fortalezas del paciente, orientado en objetivos específicos, y que fomenta la motivación y el compromiso con el cambio conductual (Dillard, Zuniga, & Holstad, 2017). Es una técnica basada en la empatía, la colaboración y el apoyo, y está diseñada para producir cambios rápidos en comportamientos relacionados con la salud (Kiene, Bateganya, Lule, & Wanyenze, 2016). Esta intervención, utiliza algunas técnicas específicas como las preguntas abiertas, el reflejo, el resumen, etc. para favorecer la expresión de argumentos para el cambio (Naar-King et al., 2012).

El personal de salud que utiliza técnica de Entrevista Motivacional se basa en algunos principios básicos. El primero, es resistirse a decirle al paciente lo que es correcto, ya que puede producir lo contrario a lo que se busca. El segundo principio consiste en entender las razones y motivaciones del usuario, haciendo a un lado las propias. El tercero es el uso de empatía y, el cuarto principio consiste en empoderar al paciente para que se perciba capaz de llevar a cabo el cambio (Rollnick et al., 2008).

La Entrevista Motivacional se ha mostrado efectiva tanto en intervenciones de una sola sesión como en intervenciones de varias sesiones; también ha recibido apoyo como técnica que puede usarse por sí sola y en conjunto con otras estrategias de cambio de comportamiento (Dillard et al., 2017). Especialmente, en individuos que se encuentran ambivalentes al cambio, ha demostrado su

efectividad estando centrada en el cliente y actuando como un método directivo de impulsar la motivación intrínseca al cambio (Naar-King et al., 2006). También ha mostrado sus efectos en el cambio de comportamiento tanto en personas VIH positivas como personas sin VIH en varios meta-análisis.

Una revisión sistemática sobre la EM y comportamientos de riesgo en PVVIH mostró que esta era efectiva tanto en la promoción de la adherencia al tratamiento, como en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo (Naar-King et al., 2012). Un estudio realizado en Uganda en el que se comparó un grupo control (consejo psicológico con atención estándar) con un grupo con consejo psicológico con EM reveló que la intervención que incluía la EM lograba reducir significativamente los comportamientos sexuales riesgosos en las evaluaciones de seguimiento a los tres y seis meses (Kiene et al., 2016).

En otra revisión sistemática acerca de la EM, se encontró que existía una relación positiva entre esta y el cambio conductual en PVVIH. La EM se mostró efectiva en la mejora de comportamientos sexuales de riesgo, adherencia al tratamiento antiretroviral, abuso de sustancias y salud mental en PVVIH (Dillard et al., 2017).

Además, se ha encontrado, que en comportamientos adictivos, una intervención breve puede ser tan efectiva como tratamientos más extensos, y más efectiva que no aplicar ningún tratamiento (Miller & Rollnick, 1999) y se ha demostrado que una breve sesión de consejo psicológico centrada en el cliente usando la entrevista

motivacional es una técnica efectiva para el cambio conductual de varios comportamientos de riesgo en PVVIH (Kiene et al., 2016). Por esto, se decidió realizar la propuesta de una intervención breve para conseguir que más personas volvieran a recoger su resultado de la prueba diagnóstica de VIH.

Intervención: Entrevista motivacional dirigida a modificar la etapa de cambio en que se encuentran las personas que se realizan una prueba diagnóstica de VIH.

Se propone realizar una intervención basada en el MT, que utilice la EM durante la sesión de consejo psicológico pre-test para incentivar el cambio conductual respecto a los comportamientos riesgosos para adquirir VIH en las personas que se realizan una prueba diagnóstica. Como mostraron los resultados del estudio 1, si la persona se encuentra en etapa de precontemplación, y no cree que adquirir VIH sea una posibilidad para él/ella, es más probable que no vuelva a recoger su resultado, sin embargo, si se consigue que la persona empiece a pensar en el VIH como una posibilidad, pero que a la vez puede ser prevenida, será más probable que se interese en el tema y vuelva a recoger su resultado.

En este sentido, la intervención buscaría lograr que las personas avanzaran en la etapa de cambio respecto a los comportamientos riesgosos que pueden llevar a adquirir VIH; entre estos comportamientos que se van a incentivar, está la realización de la prueba diagnóstica de VIH pero sobre todo, volver a recoger el resultado. Y este será el objetivo final de la intervención, aumentar

el porcentaje de usuarios que regresa a recoger los resultados de su prueba diagnóstica de VIH.

Medición

Etapa de cambio: Se propone realizar una evaluación pre-post tratamiento que mida la etapa de cambio en la que se encuentra la persona antes y después de la intervención. Para medir en qué etapa de cambio se encuentra el usuario al llegar por primera vez al consejo psicológico pre-test, se usará el método descrito por los autores del MT (Prochaska, Norcross, & Diclemente, 2013). Los autores proponen realizar una serie de preguntas simples que identifiquen en qué etapa de cambio se encuentra la persona. Se presenta un ejemplo:

-¿Crees que la posibilidad de adquirir VIH representa un problema para ti?

Si responde que sí, la persona está en la etapa de contemplación, preparación o acción; si responde que no, entonces se encuentra en precontemplación o en mantenimiento.

Después se continúa con la pregunta:- *¿Cuándo tienes intención de cambiar las conductas que son riesgosas para adquirir VIH?*

(Si responde que algún día, la persona está en la etapa de contemplación; si responde que, en el próximo mes, la persona se encontraría en etapa de preparación; si responde que ahora, se encuentra en la etapa de acción; si responde que no tiene intención de cambiar nunca porque no representa un problema para él/ella,

entonces está en la etapa de precontemplación, y si responde que no va a cambiar porque ya lo está haciendo desde hace algunos meses, se encuentra en la etapa de mantenimiento).

Para mayor claridad, en la Figura 1 se muestra en un diagrama de flujo acerca de cómo se tomarían las decisiones según las respuestas que dieran los usuarios a estas preguntas.

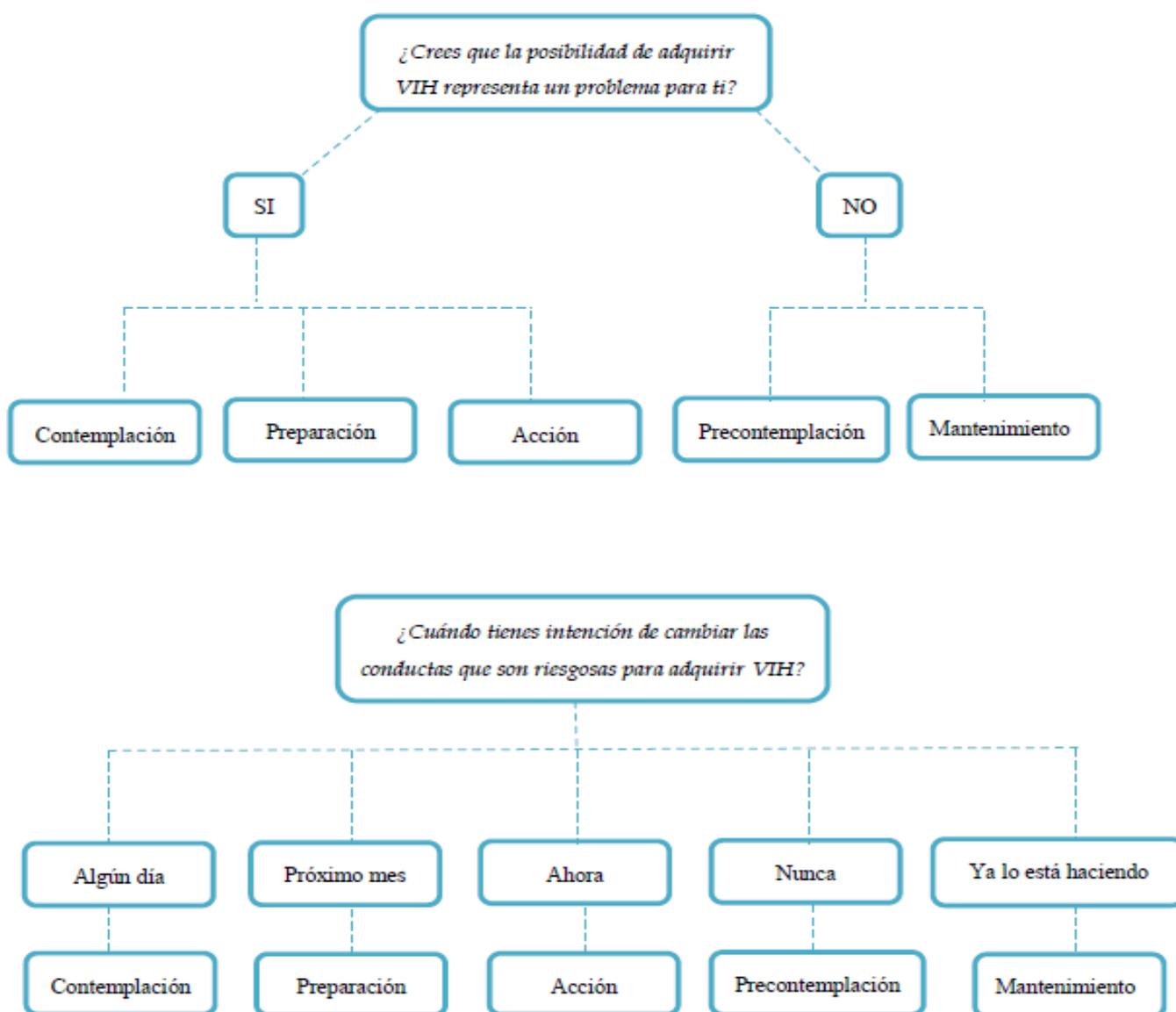


Figura 1. Diagrama de toma de decisiones sobre la etapa de cambio en que se encuentra el usuario.

Tras establecer en qué etapa de cambio se encuentra el usuario antes de la intervención, se llevará a cabo la entrevista habitual implementando la intervención, y de nuevo, se realizará la evaluación post-tratamiento, al final de la sesión de consejo psicológico pre-test, con las mismas preguntas para evaluar si durante la intervención la persona avanzó a siguientes etapas de cambio. En las personas que regresen por su resultado, en su consejo psicológico post-test se podría re-evaluar la etapa de cambio en la que se encuentran a modo de seguimiento.

Procedimiento

La intervención se llevará a cabo en aquellos usuarios conscientes que acepten voluntariamente realizarse la prueba diagnóstica de VIH. Estos usuarios, antes de que participen en la entrevista estándar de la sesión de consejo psicológico, serán evaluados, con las preguntas propuestas, sobre la etapa de cambio en que se encuentran. Tras establecer esto, se llevará a cabo la entrevista estándar de la sesión de consejo psicológico pre-test, implementando en ella la intervención basada en la EM. Finalmente, antes de terminar la sesión, de nuevo los usuarios responderán las preguntas que evaluarán si han avanzado de etapa de cambio tras la intervención. Y, en las que regresen al consejo psicológico post-test para conocer su resultado, se evaluará de nuevo la etapa de cambio a modo de seguimiento.

Para llevar a cabo esta intervención, basada en la EM (Miller & Rollnick, 1999) a lo largo de todo el proceso, se implementarán seis

elementos que son necesarios para que las intervenciones breves sean efectivas.

- **Feedback:** Se compartirá con el usuario la evaluación acerca de su estado actual respecto a los comportamientos relacionados con el VIH que está llevando a cabo.
- **Responsabilidad:** Se hará énfasis en la responsabilidad del usuario sobre su propio cambio.
- **Información:** Se proporcionará la información necesaria para propiciar el cambio.
- **Menú:** Se darán al usuario varias opciones de acción y no solo una.
- **Empatía:** Durante toda la intervención se utilizará la empatía como base.
- **Autoeficacia:** Como elemento clave, se fomentará el sentido de autoeficacia de la persona, es decir, se impulsará la creencia sobre su habilidad para llevar a cabo el cambio con éxito.

Fases de la intervención.

Fase 1. Construcción de la motivación para el cambio

Esta fase se realizará con mayor hincapié en aquellos usuarios que se encuentren en la fase de pre-contemplación o contemplación, es decir, aquellos que no creen que tengan un problema o que no están seguros de querer llevar a cabo un cambio en su comportamiento. Para los usuarios que necesiten construir

motivación para el cambio, se utilizarán las siguientes técnicas de manera combinada.

- Preguntas abiertas: Se realizarán para obtener información de parte del usuario, y facilitar el diálogo.
- Escucha reflexiva: Se llevarán a cabo repeticiones, parafraseo, reflejo de sentimientos y aquello necesario para lograr que el paciente se sienta comprendido y asegurarse de que lo que se entendió fue lo que la persona quería decir.
- Resumen: Esta técnica puede servir para reforzar lo que se ha dicho, para comprobar que la comprensión del consejero es adecuada o para hacer que el usuario sea consciente de su ambivalencia. Un avance importante se consigue si la persona logra percibir la discrepancia entre el lugar en el que se encuentra y el lugar al que quiere llegar.
- Validar: Se realizarán comentarios positivos y de apoyo hacia el usuario como *“Creo que es muy positivo que haya decidido venir a hacerse la prueba de VIH”*.
- Provocar afirmaciones auto-motivadoras: Se intentará inducir a que sea el usuario el que reconozca el problema, que exprese preocupación acerca de este y su intención de cambiar, además de optimismo hacia el cambio. Para ello, se deben hacer preguntas directas, reforzar cuando el usuario realice este tipo de afirmaciones y utilizar el balance motivacional, para que sea el usuario el que exprese argumentos a favor del cambio, desventajas de

mantener ese comportamiento, beneficios del cambio... es decir, pros y contras de cada decisión. Ejemplos:

-¿Hasta qué punto le preocupa la posibilidad de contraer VIH?

-¿Qué razones tiene para cambiar su comportamiento sexual?

-¿Qué le hace pensar que si decidiera empezar a utilizar el condón, tendría éxito?

Fase 2. Fortalecimiento del compromiso para el cambio

Esta parte de la intervención se implementará cuando el usuario se encuentre en fase de preparación para la acción, ya conoce los beneficios del cambio, realiza afirmaciones auto-motivadoras y es consciente de las consecuencias de seguir con el mismo comportamiento, por lo que quiere hacer algo al respecto. Para lograr esto, se utilizarán las siguientes técnicas, no necesariamente en este orden, sino que se integrarán en toda la fase de intervención:

- **Recapitular:** En este punto se hará un resumen de la situación actual del usuario, se integrará todo lo comentado para decidir qué se hará después.
- **Preguntas clave:** Se preguntará al paciente qué quiere hacer, en lugar de decirle lo que debe hacer. Serán preguntas abiertas que promuevan que el usuario hable y piense sobre su problema. Un ejemplo de estas preguntas sería: *“¿Qué podría hacer?, ¿Qué opciones tiene?”*
- **Información y consejo.** Si el participante pide consejo, se le darán algunas ideas sobre qué puede hacer, aunque se

espera que la mayoría de las ideas provengan de él mismo. Si se proporciona la información solicitada, se debe dejar que el usuario decida si se ajusta a su problema y a su persona y si le sirve de utilidad, o no.

- **Negociación del plan de cambio:** A partir de las ideas del usuario, se negociará un plan de cambio. Se empezará estableciendo los objetivos a los cuales el usuario se quiere dirigir, para después valorar opciones y las consecuencias de cada uno de estos cursos de acción, y, finalmente, se establecerá el plan definitivo, con los pasos que va a seguir, las personas que lo pueden ayudar, y los resultados que se esperan obtener.
- **Comprometerse:** Se busca conseguir que el usuario apruebe el plan y acepte llevarlo a cabo. Un elemento que puede ayudar es hacer público el plan, por lo que se puede proponer que el usuario comunique el plan a algún familiar, de esta forma, se fortalecerá el compromiso.

Ejemplo práctico

A continuación se muestra un pequeño diálogo como muestra de cómo aplicar estas técnicas y estrategias de la entrevista motivacional en una sesión de consejo psicológico pre-test de VIH para lograr que el usuario empiece a cuestionarse el riesgo que tiene de adquirir el virus y exprese sus propias preocupaciones al respecto.

-C: Me gustaría que me comentara qué preocupaciones tiene acerca de la adquisición de VIH, si es que tiene alguna.

-P: Yo sé que tengo relaciones sexuales con varias personas, y dicen que eso es peligroso. Pero la verdad, yo no creo que vaya a tener VIH, porque prácticamente a todas las personas con las que tengo relaciones las conozco bien y se ve que están sanas.

-C: Me comentas que algunas personas dicen que tener relaciones sexuales con varias personas es peligroso en relación a la adquisición del VIH, pero, ¿Qué piensas tú al respecto? ¿Te preocupa?

-P: Pues creo que sí debe haber algo de riesgo porque no utilizo condón en mis relaciones sexuales, y tengo dos conocidos que se enfermaron y tampoco lo usaban. Ellos se veían muy mal cuando estaban enfermos, y la gente ya no quería estar con ellos.

-C: Entonces reconoces que tener relaciones sexuales sin usar condón puede ser peligroso para adquirir VIH, ¿Te preocupa que te ocurra lo mismo que a tus conocidos?

-P: No sé, nunca lo había pensado. Supongo que sí me da miedo, pero creo que ellos tenían relaciones con cualquiera, yo siempre conozco a las mujeres con las que estoy, por eso nunca uso condón, porque confío en ellas.

-C: A pesar de que dices que confías en las personas con las que estás, reconoces que no usar condón puede resultar en adquirir VIH y que te preocupa enfermar y que la gente no quiera estar contigo. ¿Cuál de estas cosas te produce más miedo?

-P: Supongo que mi salud es lo que más me preocupa.

-C: Debe haber sido difícil para ti venir aquí, debes estar algo preocupado por ti y porque el médico te sugirió venir. No es fácil hacer lo que estás haciendo y tiene mucho mérito.

-P: Si, al principio no quería venir, pero me quedé algo preocupado pensando en lo que me propuso mi médico, además pensé que no perdía nada viniendo.

-C: Entiendo que estés preocupado y me gustaría ayudarte a conocer qué riesgo estás corriendo y qué puedes hacer al respecto.

Tras lograr que la persona reconozca sus riesgos y preocupaciones, sería el momento de brindarle la información necesaria sobre transmisión y prevención de VIH, así como cualquier información que se detectara necesaria.

Conclusión general

El estudio de los motivos por las que las personas dejan de recoger sus resultados de la prueba diagnóstica de VIH es importante tanto cuando son positivos, para la pronta canalización, como cuando son negativos, para implementar estrategias preventivas. La importancia de este estudio radica en que es necesario para poder comprender los problemas que las personas enfrenten a la hora de regresar a la clínica, y poder abordarlos de forma efectiva.

Para tratar con la falta de entendimiento del proceso de recolección y las deficiencias en el registro de resultados entregados, mejoras en la comunicación interna así como médico-paciente, son necesarias. En cuanto a las barreras estructurales que dificultan el regreso de los usuarios, las pruebas rápidas u otras formas de entrega, parecerían ser eficaces. Para abordar las barreras relacionadas con la falta de riesgo percibido, puede ser beneficioso trabajar con la etapa de cambio en que se encuentra la persona. La entrevista motivacional parece ser una técnica basada en evidencia que podría producir resultados eficaces como ha hecho en otras ocasiones con en este tipo de comportamientos relacionados con la salud. Por todo lo anterior, el estudio aportaría evidencia que puede ser muy valiosa para tratar los problemas relacionados con la infección del VIH, con las personas que no conocen su diagnóstico y con la transmisión del virus.

Referencias

- Alliance Health Project. (2013). Online Basic HIV Counselor Information Training
- Brauer, M., De Villiers, J. C., & Mayaphi, S. H. (2013). Evaluation of the Determine™ fourth generation HIV rapid assay. *Journal of Virological Methods*, 189(1), 180-183.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jviromet.2013.01.017
- Cabral, R. J., Cotton, D., Semaan, S., & Gielen, A. C. (2004). Application of the transtheoretical model for HIV prevention in a facility-based and a community-level behavioral intervention research study. *Health Promotion Practice*, 5(2), 199-207. doi:10.1177/1524839903258765
- Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el SIDA. (2015). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA*. Mexico.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2016). *Cascada del continuo de atención del VIH: Total, Secretaria de Salud y poblaciones clave*. Mexico: Secretaria de Salud.
- Chan, E., McNulty, A., & Tribe, K. (2007). Who returns for HIV screening test results? *International Journal of STD & AIDS*, 18(3), 171-174. doi:doi:10.1258/095646207780132479
- Dillard, P. K., Zuniga, J. A., & Holstad, M. M. (2017). An integrative review of the efficacy of motivational interviewing in HIV

management. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 636-646.
doi:10.1016/j.pec.2016.10.029

Downing, R. G., Otten, R. A., Marum, E., Biryahwaho, B., Alwano-Edyegu, M. G., Sempala, S. D. & Rayfield, M. A. (1998). Optimizing the delivery of HIV counseling and testing services: the Uganda experience using rapid HIV antibody test algorithms. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18(4), 384-388.

Gazabon, S. A., Morokoff, P. J., Harlow, L. L., Ward, R. M., & Quina, K. (2007). Applying the transtheoretical model to ethnically diverse women at risk for HIV. *Health Education and Behavior*, 34(2), 297-314. doi:10.1177/1090198105285328

Grusky, O., Roberts, K. J., & Swanson, A. N. (2007). Failure to return for HIV test results: a pilot study of three community testing sites. *Journal of the International Association Physicians in AIDS Care*, 6(1), 47-55. doi:10.1177/1545109706297530

Hacker, K., Brown, E., Cabral, H., & Dodds, D. (2005). Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics. *Journal of Adolescence Health*, 37(3 Suppl), S80-93.
doi:10.1016/j.jadohealth.2005.05.007

Hall, H. I., Holtgrave, D. R., & Maulsby, C. (2012). HIV transmission rates from persons living with HIV who are aware and unaware of their infection. *Aids*, 26(7), 893-896.
doi:10.1097/QAD.0b013e328351f73f

- Hightow, L. B., Miller, W. C., Leone, P. A., Wohl, D., Smurzynski, M., & Kaplan, A. H. (2003). Failure to return for HIV posttest counseling in an STD clinic population. *AIDS Education and Prevention, 15*(3), 282-290.
- Hong, N. T. T., Wolfe, M. I., Dat, T. T., McFarland, D. A., Kamb, M. L., Thang, N. T., & Del Rio, C. (2011). Utilization of HIV Voluntary Counseling and Testing in Vietnam: An Evaluation of 5 Years of Routine Program Data for National Response. *AIDS Education and Prevention, 23*(3 supplement), 30-48.
doi:10.1521/aeap.2011.23.3_supp.30
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Switzerland.
- Jover-Diaz, F., Cuadrado, J. M., Matarranz, M., & Calabuig, E. (2012). Greater acceptance of routine HIV testing (opt-out) by patients attending an infectious disease unit in Spain. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 11*(6), 341-344. doi:10.1177/1545109712456879
- Keenan, P. A., & Keenan, J. M. (2001). Rapid hiv testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counseling rates. *AIDS Education and Prevention, 13*(6), 541-550.
- Kiene, S. M., Bateganya, M. H., Lule, H., & Wanyenze, R. K. (2016). The Effect of Motivational Interviewing-Based Counseling During Outpatient Provider Initiated HIV Testing on High-

Risk Sexual Behavior in Rural Uganda. *AIDS Behavior*, 20(9), 1928-1936. doi:10.1007/s10461-016-1377-y

Laanani, M., Dozol, A., Meyer, L., David, S., Camara, S., Segouin, C., & Troude, P. (2015). Factors associated with failure to return for HIV test results in a free and anonymous screening centre. *International Journal of STD & AIDS*, 26(8), 549-555. doi:10.1177/0956462414545795

Matkovic Puljic, V., Kosanovic Licina, M. L., Kavic, M., & Nemeth Blazic, T. (2014). Repeat HIV testing at voluntary testing and counseling centers in Croatia: successful HIV prevention or failure to modify risk behaviors? *PLoS One*, 9(4), e93734. doi:10.1371/journal.pone.0093734

Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.

Mmbaga, E. J., Leyna, G. H., Mnyika, K. S., Hussain, A., & Klepp, K. I. (2009). Prevalence and predictors of failure to return for HIV-1 post-test counseling in the era of antiretroviral therapy in rural Kilimanjaro, Tanzania: challenges and opportunities. *AIDS Care*, 21(2), 160-167. doi:10.1080/09540120801982905

Naar-King, S., Parsons, J. T., & Johnson, A. M. (2012). Motivational interviewing targeting risk reduction for people with HIV: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 9(4), 335-343. doi:10.1007/s11904-012-0132-x

- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical model and condom use in HIV-positive youths. *Health Psychology, 25*(5), 648-652. doi:10.1037/0278-6133.25.5.648
- Ng'ang'a, A., Waruiru, W., Ngare, C., Ssempijja, V., Gachuki, T., Njoroge, I. & Kim, A. A. (2014). The status of HIV testing and counseling in Kenya: results from a nationally representative population-based survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 66* (Suppl 1), S27-36. doi:10.1097/qai.0000000000000102
- Ngangue, P., Bedard, E., Ngueta, G., Adiogo, D., & Gagnon, M. P. (2016). Failure to Return for Posttest Counseling and HIV Test Results at the Prevention and Voluntary Testing and Counseling Centers of Douala, Cameroon: An Evaluation of a Routine Five-Year Program. *AIDS Research and Treatment, 7*. doi:10.1155/2016/9720148
- Pahlavan, G., Burdet, C., Laouénan, C., Guiroy, F., Bouscarat, F., Tosini, W. & Bouvet, E. (2014). Predictors of return rate for an HIV-positive result in a French Voluntary Counseling and Testing centre. *International Journal of STD & AIDS, 26*(1), 33-36. doi:10.1177/0956462414528884
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Diclemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia, 19* (2), 10-15.

- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly*, 21(4), 471-486.
- Rollnick, S., Miller, W., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care*. New York: Guilford.
- Secretaria de Salud. (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Mexico.
- Sesay, C., & Chien, L. Y. (2012). Analysis of factors associated with failure to return for an HIV-test result in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*, 11(2), 83-89.
doi:10.2989/16085906.2012.698053
- Slutsker, L., Klockner, R., & Fleming, D. (1992). Factors associated with failure to return for HIV post-test counseling. *Aids*, 6(10), 1226-1227.
- Snyder, H., Yeldandi, V. V., Kumar, G. P., Liao, C., Lakshmi, V., Gandham, S. R., & Schneider, J. A. (2012). Field-based video pre-test counseling, oral testing and telephonic post-test counseling: Implementation of an HIV field testing package among high-risk Indian men. *AIDS Education and Prevention*, 24(4), 309-326. doi:10.1521/aeap.2012.24.4.309
- Sullivan, P. S., Lansky, A. & Drake, A. (2004). Failure to return for HIV test results among persons at high risk for HIV infection. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 35(7).

- Taquette, S. R., Rodrigues, A. O., & Bortolotti, L. R. (2017). Perception of pre- and post-HIV test counseling among patients diagnosed with aids in adolescence HIV test counseling for adolescents. *Ciencia Saude Coletiva*, 22(1), 23-30. doi:10.1590/1413-81232017221.23532015
- Woldeyohannes, D., Asmamaw, Y., Sisay, S., Hailesselassie, W., Birmeta, K., & Tekeste, Z. (2017). Risky HIV sexual behavior and utilization of voluntary counseling and HIV testing and associated factors among undergraduate students in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*, 17(121). doi:10.1186/s12889-017-4060-y
- World Health Organization. (2016). HIV/ AIDS. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>

Razón para hacerse la prueba:

- Embarazo
- Relación de riesgo
- Rutina
- Pareja con VIH
- Padre o madre con VIH
- Accidente laboral
- Referencia médica
- Violación
- Dx o sospecha de TB
- Invitación
- Otra
- Protocolo

¿Quién autoriza la prueba?:

- Usuario
- Familiar

Consejero pre test:

- Personal médico

¿Cómo se enteró del CIENI?:

- Amigos o sugerencia familiar
- Redes sociales: Twitter / Facebook
- Medio de comunicación
- Referencia médica
- Otra

Expediente INER:

Pabellón

Cama:

Dirección:

Teléfono:

IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE RIESGO

¿Ha iniciado vida sexual activa?: SI / NO

¿A qué edad?:

¿Con cuántas personas distintas ha tenido contactos sexuales?:

Estas personas han sido: -Hombres -Mujeres -Ambos

¿Cuántas han sido en los últimos 12 meses?:

Estas han sido:

- Hombres
- Mujeres
- Ambos

Se identifica cómo: -Heterosexual

-Homosexual

-Bisexual

Ha practicado:

-Sexo oral a lo largo de su vida: SI / NO

-Sexo oral en los últimos 12 meses: SI / NO

-Sexo vaginal a lo largo de su vida: SI / NO

-Sexo vaginal en los últimos 12 meses: SI / NO

De las 10 últimas veces, ¿en cuántas usó condón?: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Sexo anal a lo largo de su vida: SI / NO

-Sexo anal en los últimos 12 meses: SI / NO

De las 10 últimas veces, ¿en cuántas usó condón?: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En el sexo anal, usted es:

- Receptivo / pasivo

- Insertivo / activo

- Ambos / receptivo e insertivo

- No aplica (mujer / no sexo anal)

Motivo por el que no usa el condón consistentemente:

Fecha última relación sexual sin condón:

¿Utiliza algún método anticonceptivo?: SI / NO

¿Ha realizado trabajo sexual los últimos 12 meses?: SI/ NO

¿Le han diagnosticado alguna ITS en los últimos 12 meses?:

¿Cuál?:

-Si

-No

-No sé

-No aplica

¿Ha consumido o consume alguna sustancia?

-Alcohol

-Cannabis

-Cocaína

-Popper

-Anfetaminas

-Otras

¿Tiene relaciones sexuales sin condón bajo el uso de sustancias?: SI / NO

¿Ha compartido agujas o jeringas?: SI / NO

¿Ha estado como migrante en otro país?

SI / NO

¿Su pareja?: SI /

NO

INFORME DE RIESGOS IDENTIFICADOS**¿Alguna relación sexual que le preocupa al usuario?: SI / NO****¿Cuál?:****Etapas de cambio:**

-Precontemplación

-Acción

-Contemplación

-Mantenimiento

-Listo para la acción

-No aplica

Nota para la entrega de resultados (riesgos identificados y plan):**Fecha de toma de muestra:****ID LDV:****Fecha de entrega de resultados:****Ingresó al CIENI: SI / NO****Resultado de la prueba:****¿Dónde fue referido?:**

-Negativo

-Positivo

-Indeterminado

Consejero post-test:

Apéndice 2: Cuestionario semiestructurado para entrevista telefónica

Nombre:

Fecha 1:

Hora 1:

Teléfono:

Respondió llamada 1:

SI

Usuario*

Otra persona

NO

Resultado de la llamada 1:

Regresará por su resultado:

SI

Fecha en que regresará:

NO

Motivo:

Fecha 2:

Hora 2:

Teléfono:

Respondió llamada 2:

SI

Usuario*

Otra persona

NO

Resultado de la llamada 2:

Regresará por su resultado:

SI

Fecha en que regresará:

NO

Motivo:

***¿Por qué no había acudido antes por su resultado?**

Adenda

Actividades realizadas en el servicio de consejo psicológico de prueba diagnóstica de VIH del CIENI-INER durante la Residencia de Medicina Conductual de la Maestría en Psicología

Durante la residencia (de abril de 2016 hasta abril de 2017) en el Departamento de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI) en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) llevé a cabo 151 sesiones de consejo psicológico pre-test y 53 sesiones de consejo psicológico post-test.

De las sesiones de consejo psicológico pre-test, 68 (45%) habían sido solicitadas por el propio usuario, mientras que 83 (55%) habían sido solicitadas por un médico mientras los usuarios estaban en hospitalización. De las sesiones de consejo psicológico post-test que realicé, 44 (83%) habían sido solicitadas por el usuario, y 9 (17%) por un médico.

De las 151 sesiones de consejo psicológico pre-test, la mayor parte (n=97, 64.2%) fueron realizadas en hombres. Solamente 8 usuarios tenían menos de 18 años (5.3%), y la mediana de edad fue 38 años (RIC = 28-51). Cerca de la mitad de los usuarios (n = 70, 46.4%) se reportaron como solteros. La mayoría (n = 94, 62.3%) se identificaron como heterosexuales. El 88% (n = 133) podían leer y escribir, y el nivel educativo que predominaba era el básico (n = 48, 31.8%). El 54% (n = 82) contaba con un empleo a la hora de realizar la sesión de consejo psicológico pre-test.

Casi la mitad de los usuarios ($n = 72$, 47.7%) se encontraban en la etapa de cambio de precontemplación, y el mismo porcentaje de usuarios reportaba haberse realizado la prueba de VIH anteriormente al menos una vez en la vida. La razón más común ($n = 110$, 72.8%) para realizarse la prueba diagnóstica de VIH fue referencia médica. Y la mediana reportada de parejas sexuales a lo largo de la vida fue 5 parejas (RIC = 2-10).

De las 53 sesiones de consejo psicológico post-test, la mayor parte ($n=29$, 54.7%) fueron realizadas en hombres. Sólo 4 usuarios tenían menos de 18 años (7.5%), y la mediana de la edad fue 35 años (RIC = 30-44). El estado civil más comúnmente reportado fue soltero ($n = 20$, 37.7%). La mayoría ($n = 38$, 71.7%) se identificaron como heterosexuales. El 94% ($n = 50$) podían leer y escribir, y el nivel educativo que predominaba era el básico ($n = 20$, 37.7%). El 60% ($n = 32$) contaba con un empleo a la hora de realizar la sesión de consejo psicológico pre-test.

Casi la mitad de los usuarios ($n = 26$, 49.1%) se encontraban en la etapa de cambio de precontemplación. La mayoría de los usuarios ($n= 36$, 67.9%) reportaban haberse realizado la prueba de VIH anteriormente al menos una vez en la vida. La razón más común ($n = 28$, 52.8%) para realizarse la prueba diagnóstica de VIH fue referencia médica. Y la mediana reportada de parejas sexuales a lo largo de la vida fue 5 parejas (RIC = 2-10). El resto de características sociodemográficas de todas las sesiones de consejo psicológico realizadas por mí, durante este período, se muestran en la Tabla 5.

Todas las sesiones de consejo psicológico post-test pertenecían a usuarios que habían obtenido un resultado negativo de la prueba de VIH, ya que cuando el resultado es positivo, es un médico quien lo entrega. De las 151 sesiones de consejo psicológico pre-test, 128 (84.8%) obtuvieron un resultado negativo, y 23 (15.2%) obtuvieron un resultado positivo.

De los 151 usuarios a los que realicé la sesión de consejo psicológico pre-test, 105 (69.5%) regresaron por su resultado, la mediana del tiempo que tardaron en recogerlo fue 8 días (RIC = 7-12). Los otros 46 usuarios (30.5%) no regresaron a recogerlo. De las 53 sesiones de consejo psicológico post-test realizadas, en 10 (18.9%) ocasiones también había realizado yo misma la sesión de consejo psicológico pre-test.

Tabla 5.

Características sociodemográficas de las sesiones de consejo psicológico realizadas por Ester Gutiérrez durante el período de abril de 2016 a abril de 2017

	Sesiones de consejo psicológico pre-test		Sesiones de consejo psicológico post-test	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombres	97	64.2	29	54.7
Mujeres	54	35.8	24	45.3
Edad				
≥18 años	143	94.7	4	7.5
< 18 años	8	5.3	49	92.4
Estado civil				
Soltero	70	46.4	20	37.7
Casado	41	27.2	17	32.1
Unión libre	26	17.2	8	15.1
Separado / Divorciado	6	4.0	4	7.5
Viudo	3	2.0	2	3.8
Perdidos	5	3.3	2	3.8

Continuación Tabla 5.

	Sesiones de consejo psicológico pre-test		Sesiones de consejo psicológico post-test	
	n	%	n	%
Orientación sexual				
Heterosexual	94	62.3	38	71.7
Homosexual	18	11.9	7	13.2
Bisexual	9	6	3	5.7
Perdidos	30	19.9	5	9.4
Alfabetismo				
Si	133	88.1	50	94.3
No	13	8.6	2	3.8
Perdidos	5	3.3	1	1.9
Nivel educativo^a				
Sin educación formal	19	12.6	7	13.2
Básico	48	31.8	20	37.7
Intermedio	46	30.5	8	15.1
Superior	32	21.2	18	34.0
Perdidos	6	4.0	NA	NA
Empleo				
Empleado	82	54.3	32	60.4
Desempleado	60	39.7	19	35.8
Perdidos	9	6	2	3.8
Etapas de cambio				
Precontemplación	72	47.7	26	49.1
Contemplación	19	12.6	12	22.6
Listo para la acción	12	7.9	5	9.4
Acción	10	6.6	1	1.9
Mantenimiento	8	5.3	4	7.5
Perdidos	30	19.9	5	9.4
Pruebas previas				
Si	72	47.7	36	67.9
No	62	41.1	17	32.1
Perdidos	17	11.3	NA	NA
Número de parejas sexuales				
0-2	38	25.2	16	30.2
3-5	34	22.5	11	20.8
6-10	26	17.2	11	20.8
> 10	24	15.9	12	22.6
Perdidos	29	19.2	3	5.7

Nota: NA = No aplica; ^a Básico incluye desde los 4 hasta los 15 años; intermedio incluye preparatoria (16-18 años) y/o carrera técnica; superior incluye universidad y posgrado; ^b Situación de riesgo incluye relación sexual no protegida y accidente laboral; relación con p/VIH+ incluye madre/padre con VIH y pareja con VIH.