



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Transmitiendo Vida, no VIH: Calidad de Vida en Mujeres Embarazadas con VIH”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

LUZ ITZAYANA GARCÍA RAMÍREZ



Directora: Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez

Dictaminadores:

Lic. Brenda Admin González Muñoz

Lic. Christian Thalia Ocegüera Álvarez

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2018.



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.

ÍNDICE

Resumen

Introducción

Capítulo 1.- Virus de Inmunodeficiencia Humana en México

1.1-Historia de la epidemia en México

1.2-Formas de Transmisión

1.3-Estadísticas del VIH en México

1.4-Organizaciones Civiles

Capítulo 2.- La Gestación

2.1- Embarazo y la sexualidad en México

2.2-El Embarazo y el VIH

2.2.1-Impacto social

2.2.2 -Impacto psicológico

2.3-Tratamientos y cuidados durante el embarazo en mujeres seropositivas

2.3.1- Modalidades de Alimentación para el infante

2.3.2- Tratamiento Antirretroviral y otros cuidados durante y después del embarazo

Capítulo 3.- Salud y Calidad de vida en Mujeres con VIH en México

3.1-Factores fisiológicos

3.2-Factores psicológicos

Capítulo 4.-Programa para la calidad de vida en mujeres embarazadas con VIH

Resultados

Conclusiones

Anexos

Bibliografía

RESUMEN

Tomando en cuenta la vulnerabilidad de la mujer en ciertos ámbitos de su vida, uno de ellos la salud, que se ve modificado por factores personales, sociales, culturales, e incluso económicos así como por la ausencia de información científica y psicológica se realizó este estudio con el objetivo de brindar herramientas que permitan a mujeres embarazadas con VIH a desarrollarse de manera saludable durante y después del embarazo, evitando así la transmisión de VIH al bebé realizando la aplicación del programa “Habilidades para la vida: Transmitiendo vida, no VIH”, obteniendo como resultados una considerable mejora en su calidad de vida respecto al perfil C.A.S.I.C.

Palabras clave: VIH, Mujeres embarazadas, perfil C.A.S.I.C, Calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad en México y en el mundo entero continúa siendo un tema tabú al no poder hablarlo con libertad y al carecer de una visión integral, ya que solo se ha comprendido bajo aspectos biológicos de la reproducción y de la promoción de la abstinencia sexual, dejando a un lado la cultura de la prevención con una perspectiva de salud sexual, los derechos sexuales y reproductivos, mostrando así una carencia de información relevante y actualizada.

El tema de la sexualidad continúa dejándose en manos del sistema educativo, principalmente, deslindándose el sistema familiar aun siendo este el principal vínculo social de desarrollo para el ser humano. En la actualidad, se considera a la población joven la más vulnerable ante esta situación debido a la gran gama de información falsa que se distribuye en los diferentes medios de comunicación así como la falta de comunicación en el hogar.

Es importante hacer mención de esto ya que al no cultivar la prevención bajo una visión de salud se deja expuesta a la población ante múltiples riesgos como son las Enfermedades por Transmisión Sexual (ETS) o Infecciones por Transmisión Sexual (ITS).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha informado que adultos jóvenes entre 20 y 50 años de edad son la población que se ve más afectada por las ETS, y la que se diagnostica en mayor medida es el VIH, siendo esta la más preocupante para el sector salud ya que a diferencia de las otras ETS, esta no tiene cura, solo se controla.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una de las principales causas de muerte en el mundo, padecimiento resultado de no ser tratado el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Al principio de la propagación de la epidemia en México, en los años de 1983, la población que era diagnosticada con VIH/Sida moría, ya que al ser este un virus nuevo no existía tratamiento alguno. Con el

aumento de casos, se convirtió en una epidemia de alcance mundial iniciando así investigaciones para comprender y poder atacar el virus.

El VIH es un microorganismo que ataca al sistema inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, siendo esta la principal razón por la cual es difícil de tratar, ya que las personas no mueren de VIH sino a causa de las múltiples enfermedades conocidas como “oportunistas” a las que el virus expone a las personas debido a dicha vulnerabilidad de las defensas.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ONUSIDA, publico un estimado donde menciona que cada día más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del Sida (Magis, R., Bravo, G., Gayet, S., Rivera, R., De Luca., 2008, p. 20), siendo esta uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública.

Ante esta situación, el sector de salud se vio obligado a buscar algún control del virus mediante tratamiento médico, llamado Tratamiento Antirretroviral (TARV) el cual consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar dicha infección. Las personas que reciben TARV toman una combinación de medicamentos contra el VIH todos los días, conocido como régimen contra el VIH, el cual consiste en la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales.

El TARV no cura el VIH, pero ayudan a las personas que lo tienen a llevar una vida más larga y sana, así como también a reducir el riesgo de transmisión del VIH ya que el TARV evita la replicación del virus del VIH ayudando a que el sistema inmune recupere la producción de linfocitos o células CD4, las cuales permiten al organismo combatir infecciones (La Casa de la Sal A.C., 2016).

Ante ello la Secretaria de Salud, la Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el Sida (CENSIDA)

recomiendan que las personas seropositivas comiencen el tratamiento ARV lo más pronto posible para comenzar a combatir el virus ayudando a evitar las infecciones oportunistas. Sin embargo hay casos especiales en las que es indispensable tomar el tratamiento de manera inmediata como es en el embarazo.

Por otro lado como ocurre con otras epidemias, para poder erradicar un virus habría que curar a los pacientes infectados y evitar nuevas infecciones. En el caso de VIH, la primera opción no existe, debido a células que funcionan como reservorio del virus, mientras que la segunda sería posible con cambios en las conductas de la población, mediante el uso de condones y la utilización del TARV como profilaxis para prevenir la transmisión vertical, entre otras. Sin embargo una gran opción en la ciencia para evitar las nuevas infecciones y erradicar al virus sería contar con una vacuna segura y efectiva lo cual hoy en día aun continua siendo una opción no viable pese a la realización de diversas investigaciones ya que como se ha mencionado existen varias características virales lo que dificulta el desarrollo de una vacuna contra el VIH (La Casa de la Sal A.C., 2017).

Sin embargo, de esta vacuna se espera según ONUSIDA (2009) que con ella se reduzca el consumo de medicamento ARV en pacientes seropositivos y así reducir la tasa de infección contra el virus colocándola a población vulnerable, así como el preparar al sistema inmunológico para bloquear la infección y así eliminar el virus, tal cual se ha hecho con otras enfermedades como el sarampión, la polio, etc.

Por otro lado, de acuerdo con ONUSIDA, México ha presentado una epidemia concentrada, la cual indica que afecta principalmente a hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectadas, trabajadores y trabajadoras del sexo comercial, personas transgénero, transexual y travestis (CENSIDA 2014, p.2). Es por esta razón que las investigaciones teóricas y metodológicas continúan centrándose en dichas poblaciones, descartando automáticamente el resto de la población de un posible riesgo.

En México, se estima que actualmente, más de 225,000 personas de todas las edades viven con VIH, prevaleciendo en población joven-adulta de 15 a 49 años con 9,300 infecciones por año y una tasa de mortalidad de 100,000 habitantes esto en el 2012 (IMSS, 2017), y entre ellos han destacado mujeres e infantes, demostrado así que el VIH/Sida no distingue entre género, sexo, edad, posición social, etc., siendo de esta una responsabilidad de todos para una prevención e incluso una posible erradicación del VIH/Sida.

CENSIDA menciona que en México en el 2017, de las 120 mil personas infectadas con VIH que se han registrado, el 21 % son mujeres, colocándolas dentro de la población vulnerable, convirtiéndose en una necesidad pública el ampliar su investigación y aumentar la distribución del medicamento antirretroviral.

De la misma forma algunas investigaciones, han registrado que dentro de los casos en el que las mujeres son diagnosticadas con VIH también son notificadas de algún embarazo, sin embargo instituciones de salud como el IMSS quien atiende alrededor del 40% de mujeres embarazadas en el país no cuenta con la información completa del número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses (IMSS, 2017). Lo cual resulta alarmante ya que el otro 60% de la población femenina se desconoce si cuenta o no con el diagnóstico y si está recibiendo tratamiento antirretroviral, aumentando así el riesgo de que el recién nacido presente VIH (CENSIDA, 2015).

En México, sólo se encuentra disponible el número de detecciones de VIH realizadas a mujeres embarazadas que acuden a control prenatal: 1, 220,768, cuyo dato es 6% menor que el año pasado, las cuales se registran en los sistemas de información de las instituciones del sector salud (sólo sector público); sin embargo, no es posible identificar cuántas de ellas conocen sus estado serológico.

Ante dicha problemática Rivero, A. en el 2012 menciona que las condiciones estructurales de desigualdad social propician una mayor vulnerabilidad en las

mujeres, la cual es de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural, es decir, a nivel biológico, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, puesto que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre.

Comprobando así, que el VIH presenta importantes repercusiones en el desarrollo biopsicosocial de quien lo presenta ya que investigaciones bajo un enfoque psicológico han encontrado que el VIH no solo es un problema orgánico, sino que a su vez involucra un grave impacto emocional en la persona que vive con VIH, sus familias y en su entorno social (Noguera Orozco y Pérez Terán, 2014, p.264).

Sin embargo ante dicho padecimiento, el tratamiento que se brinda en la actualidad continua siendo meramente médico, sin tomarle gran relevancia al aspecto psicológico el cual podría contribuir en brindar herramientas que les permitan sobrellevar el diagnóstico y poder tener una mejor calidad de vida.

Ante lo cual, la presente investigación resulta relevante ya que existe poca información sobre aspectos psicológicos que desencadenan dicha enfermedad, la cual repercute en su calidad de vida, así mismo surge el interés de realizar dicha investigación al cuestionar que si al haber desarrollado tratamientos farmacológicos que pudieran detener su pronta propagación en el organismo, haciendo con este una evolución que se podría denominar “positiva” en el control del virus, e incluso al realizar un enorme esfuerzo para informar a la población acerca de las vías de transmisión, y al demostrar que el VIH corresponde a un virus cuyos mecanismos de propagación son “fácilmente evitables” a través del cambio de hábitos; ha llevado demasiado a pensar que su control podría ser “sencillo”.

Sin embargo, a lo largo del tiempo, se ha demostrado que pocas cosas son más difíciles que modificar la conducta humana. El número de nuevas infecciones indica que nos encontramos ante un éxito relativo de la prevención del virus.

Ante esta situación, Ballester, R. (2005), menciona que investigadores psicosociales se han afanado por comprender los factores explicativos de los hábitos sexuales y de consumo de drogas, entre otros aspectos, teniendo claro que la información no es un recurso suficiente para modificar el comportamiento humano, sino que resulta necesario también trabajar con las actitudes, incrementando fundamentalmente la percepción de riesgo de la población general, entrenar en comportamientos saludables como el uso del preservativo o la desinfección de jeringas, ayudar a desarrollar la asertividad para negociar con la pareja la seguridad en las relaciones sexuales y mejorar la accesibilidad a los medios preventivos (p. 54).

Como fue mencionado anteriormente el tratamiento psicológico es necesario que valla de la mano con el tratamiento médico, actualmente la psicología ha crecido en el área de la salud creándose así un enfoque que combina dichos aspectos, y uno de ellos es la Medicina Conductual siendo este un campo multidisciplinario interesado con los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas.

La suposición básica en la que se fundamenta la medicina conductual como disciplina es que los cambios en el comportamiento y en el estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la enfermedad. Más de 25 años de investigación dentro del área de la medicina conductual, han mostrado que los cambios en el comportamiento pueden ayudar a las personas a sentirse mejor física y emocionalmente, mejorar su estado de salud, aumentar sus habilidades de cuidado personal y mejorar sus habilidades para vivir con una enfermedad crónica. Las intervenciones conductuales pueden mejorar también la efectividad de la intervención médica, así como a ayudar a reducir la sobre utilización del sistema de atención a la salud y sus costos asociados.

En nuestro país, el perfil epidemiológico muestra un creciente incremento en las enfermedades crónicas (Secretaria de Salud, 2003), lo que hace necesario el desarrollo de recursos humanos especializados que contribuyan con los esquemas

de intervención e investigación efectivas para atender esta creciente problemática, empleando las estrategias derivadas de la psicología aplicada a la salud (UNAM, 2017).

Ahora bien, estadísticas arrojadas por CENSIDA en el 2017, confirman que el 21% de la población que vive con VIH son mujeres, desafortunadamente existen pocas investigaciones, dejando a la mujer con un papel secundario dentro de investigaciones de interés mundial como en el caso de enfermedades como el VIH y aún más, durante el embarazo.

Ser mujer no es fácil, dentro de la sociedad son quienes cumplen uno de los roles más importantes como es la crianza de los hijos, quienes procuran el bienestar de la familia, etc., sin embargo, uno de los problemas más urgentes que enfrentan las mujeres en la actualidad es el VIH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012) por su vulnerabilidad y por la falta de percepción del riesgo de adquirirlo, así como las consecuentes violaciones a sus derechos humanos sumando el estigma y la discriminación asociados al padecimiento.

Ante esta situación en la que vivimos en nuestro país, la presente investigación resulta un parteaguas para la continua investigación en el padecimiento y tratamiento psicológico del VIH en mujeres, ya que se han registrado grandes cantidades de esta población que viven con el virus y principalmente con mujeres embarazadas pues se ha registrado que de las diferentes vías de transmisión del VIH, la vía sexual y perinatal o vertical son las más frecuentes.

Resulta de vital importancia informar a la población sobre dicha problemática para hacer conscientes a los individuos de que todos podemos ser propensos a tener VIH si no contamos con una cultura de prevención y fomentando hábitos responsables. Informar es un primer paso para erradicar una problemática, sin embargo no resulta suficiente. Por lo tanto, en dicha investigación resulta trascendental que en mujeres embarazadas que presenten VIH sean entrenadas en habilidades saludables

fomentando los cuidados y prevenciones que puedan ayudar a disminuir el riesgo de una transmisión del virus al bebé.

Es por esto que se conocerán en primer medida las conductas y pensamientos bajo los que se rigen las mujeres en estado de gestación para posteriormente analizarlas y así eliminar o fomentar hábitos que sean saludables procurando su bienestar durante y después del embarazo, tanto para el cuidado del bebe y de ellas mismas. Por lo cual, se pretende llevar a cabo dicha investigación con el objetivo de diseñar un programa para promover la calidad de vida de mujeres embarazadas que vivan con VIH, a través de talleres donde desarrollen habilidades que les permitan disminuir el riesgo de que el recién nacido presente VIH y así mismo contribuir en el bienestar de la madre después del embarazo.

Capítulo 1.- Virus de Inmunodeficiencia Humana en México

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), fue diagnosticado por primera vez en 1983, es el agente causal del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), que representa la expresión clínica final de la infección. La característica más importante de esta infección es la destrucción del sistema inmune, a partir de la disminución de los linfocitos o células CD4 quienes son los encargados de proteger la salud del cuerpo de enfermedades o gérmenes como los virus, bacterias, paracitos y hongos (CENSIDA, 2015).

Se habla de inmunodeficiencia cuando el organismo no está preparado para protegerse eficazmente contra ciertas infecciones o procesos cancerosos. Incluso numerosas investigaciones han confirmado que el VIH además de infectar el sistema inmunológico, puede llegar a infectar de igual manera el sistema nervioso, provocando un daño en el cerebro y en la medula espinal generando cambios en la personalidad y anormalidades en la mente (La Casa de la Sal A.C., s/a).

Sin embargo, hablar de VIH hoy en día continua siendo un tema tabú debido a lo que conlleva padecer dicha enfermedad, especialmente por las formas de transmisión y la población en la que se presenta con mayor medida, dejando a quien lo padece propenso a la discriminación.

La epidemia no sólo ha cobrado la vida de seres humanos, sino que además, ha impuesto una pesada carga en las familias, las comunidades y la economía. El dolor y la devastación que ya ha causado el VIH/Sida es enorme, pero lo más probable es que los efectos venideros sean aún mayores, al seguir aumentando la incidencia de la enfermedad en un número creciente de países, por lo que es difícil predecir con certeza el curso futuro de la epidemia.

Sin embargo, la ciencia médica y psicológica han logrado avances que pese a que no son suficientes son realmente significativos, pero que a su vez han demostrado que este cambio no solo compete a estas ramas de la ciencia, sino que, corresponde a cada persona obtener un cambio.

1.1 Historia de la epidemia en México

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en su primera notificación médica, mostro casos de fallecimientos en África en los años 70's, sin embargo no se tiene una fecha precisa de su comienzo (La Casa de la Sal A.C., s/f). Este síndrome se registró por primera vez en Estados Unidos en 1981, y su crecimiento ha seguido una progresión logarítmica, pues hasta 1987 se habían informado de casi 50000 casos en ese país. Los primeros casos de Sida en México fueron identificados en el año 1983 (Ponce de León S., Macías A.E. y Cruz A., 1988). Desde entonces han ocurrido grandes cambios en el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la epidemia.

En cuanto al diagnóstico, en un inicio los casos se identificaban en función de las enfermedades asociadas. Desde 1985, con el desarrollo de pruebas de detección del virus, fue posible identificar a las personas infectadas mucho antes de que tuvieran síntomas de la enfermedad.

A lo que refiere al tratamiento, al comienzo de la epidemia no había un medicamento específico para tratar el virus por lo que se atendían únicamente las enfermedades oportunistas o asociadas, fue en 1987 cuando se aprobó el primer tratamiento médico, esto en Estados Unidos, y casi de manera inmediata se puso a disposición en México, sin embargo solo tenían acceso al medicamento de manera gratuita a pacientes con seguridad social.

Desafortunadamente se observó que el virus se volvía resistente a dicho medicamento, por lo que en 1996 en los países desarrollados se prescribieron tratamientos que combinaban medicamentos antirretrovirales denominados "Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad" (TAR) y fue hasta finales del 2003 que se logró ofrecer el tratamiento como un acceso universal en México (Gayet, C; Partida-Bush, V; Dávila-Cervantes, C A; 2014, P. 10).

En cuanto al aspecto de la vigilancia del virus, se han realizado múltiples investigaciones sobre los alcances que ha tenido como epidemia, sin embargo se dificulta tener un registro preciso de muchas de estas investigaciones por la falta de información.

Algunos resultados de investigación concordaron que en México a pesar de la extensión de los tratamientos altamente efectivos, no se estaban alcanzando los objetivos de ampliar la vida de los pacientes.

Se identificaron problemas de distinta índole, como bajos niveles de adherencia a los tratamientos y prescripciones obsoletas e inadecuadas, lo cual trajo como consecuencia un alto nivel de resistencia a los medicamentos trayendo consigo un aumento de la tasa de mortalidad (Bautista et al., 2006 citado en Gayet, C; Partida-Bush, V; Dávila-Cervantes, C A; 2014, P. 11), provocando múltiples debates entre las autoridades del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) sobre la epidemia en México y con ella la calidad de vida que llevaban los pacientes debido a que el número de mortalidad iba en aumento, sin embargo no hay suficiente información.

1.2 Formas de Transmisión

Conforme al avance que tuvo la epidemia, no solo era importante conocer la forma en la que se expandía y evolucionaba el VIH, sino también era indispensable detectar las formas en las que el virus podía ser transmitido, de esta manera las acciones para contrarrestarlo serían más rápidas y eficientes dando pie a la investigación de diferentes métodos de prevención.

Para que el VIH pueda completar con éxito la infección en una persona, ésta debe recibir una cantidad suficiente de virus, de modo que las posibilidades de que las partículas virales entren al organismo y lleguen a su objetivo deben ser elevadas. Esto ocurre mediante el intercambio de determinados fluidos corporales, como son la sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna, ya que sólo en ellos es posible para el virus estar en las cantidades y las circunstancias adecuadas para poder transmitirse ya que el Sida y el VIH son frágiles y estos no pueden sobrevivir fuera del organismo.

Entre los principales modos de transmisión del VIH se encuentran:

- Las relaciones sexuales sin protección ya sea con una persona infectada o al tener varias parejas sexuales, ya que el VIH puede transmitirse a través de las membranas mucosas, como las que recubren el ano o la vagina.
- La transmisión a través de sangre infectada, como al compartir agujas, jeringuillas u otros elementos punzo cortantes con restos de sangre infectada o al transfundir sangre contaminada o sus productos derivados. También se puede transmitir a través de lesiones abiertas, heridas o cortes en la piel, que sean profundos y al tener contacto directo con el virus.
- La transmisión vertical o perinatal es decir, de madre a hijo, ya sea de manera intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna. Algunos grupos defensores de los derechos de las mujeres han propuesto sustituir la noción de “transmisión de la madre al hijo” por la de “transmisión de los padres al hijo”, para evitar que se culpabilice a la mujer por la transmisión, y hacer visible el hecho de que en la gran mayoría de los casos es la pareja estable de la mujer quien la ha infectado (Herrera, C., Campero, L., 2008, p. 555).

Aun cuando en México se ha registrado una epidemia concentrada en hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres, hoy en día CENSIDA ha confirmado que en México en el 2017, de las 120 mil personas infectadas con VIH que se han registrado, el 21 % son mujeres y a nivel mundial se cuentan con registros del año 2001 donde se indica que se infectaron 4.2 millones de adultos, de los cuales casi la mitad fueron mujeres (Herrera, C., Campero, L., 2008, p. 555).

Estos datos demuestran que, en el ámbito mundial, esta concentración inicial que existía entre hombres y ahora entre mujeres infectadas está aumentando de manera acelerada y en algunas partes del mundo, incluso, las mujeres infectadas han superado a los hombres.

Algunas estadísticas indican que varían los porcentajes de las diferentes vías de transmisión del VIH, sin embargo se ha demostrado que la vía de transmisión dominante es la sexual, esto lo informo Carmen Soler Claudín, académica del Instituto de Investigaciones Biomédicas (IIBm) de la UNAM en el 2011 durante una conferencia. Quien considera que modificar las conductas de la población es

complejo, porque implica abordar asuntos como las relaciones extramaritales o entre personas del mismo sexo, así como las prácticas tempranas de los adolescentes.

Por otro lado, Herrera y Campero (2008), mencionan que existen algunas diferencias regionales en cuanto a las vías de transmisión debido a que en los estados del norte del país crece la transmisión vinculada al uso de drogas, en especial en las zonas de frontera, en los estados del sur, y en particular en las zonas rurales, se incrementa la transmisión heterosexual/bisexual del VIH y aumenta la infección en mujeres y la transmisión perinatal (p. 556).

Ante dicha información podemos darnos cuenta que como psicólogos tenemos una gran reto y compromiso para contribuir con el trabajo preventivo, haciéndolo llegar a todos lados.

1.3 Estadísticas de VIH en México

Desde los inicios de la epidemia en México en 1983, se han registrado grandes cambios a lo largo de la historia hasta la actualidad.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (Censida) reportó en el 2017, 1,883 nuevos casos notificados de personas con VIH en el país, de los cuales 844 han adquirido el Sida.

El informe de Vigilancia Epidemiológica de Casos VIH/Sida en México del primer trimestre del 2017 indica que del total de reportes de casos es de 1,039 que corresponde a mexicanos que se han infectado de VIH. El número total de casos notificados de Sida con la que los jóvenes de entre 10 y 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 han sido los más afectados, ya que se registraron 127, 161, 166 casos respectivamente.

Así mismo se reportan que de los 844 casos de Sida, 125 corresponden a mujeres y 715 a hombres, todo esto en el 2017.

De manera general reporto que desde 1983 al 2017 se han registrado 189,418 casos de Sida que corresponde a 155,364 en hombres y 34,054 de casos en mujeres y en personas que continúan registradas como seropositivas a VIH se

registró un total de 67,327 casos donde el 82 % son hombres y un 18% corresponde a mujeres, todo esto a lo largo de casi 30 años (Informe de vigilancia epidemiológica de casos de VIH/Sida en México, 2017).

De la misma forma se registraron datos que entre los últimos 16 años, en México los casos notificados de Sida en jóvenes de entre 15 y 24 años ha disminuido 7.2%, de acuerdo con Censida. Y en su último informe indica que en el año 2000 se registraron 1009 casos notificados de esa enfermedad; sin embargo, en 2016 fueron 936 diagnósticos notificados.

Así mismo durante ese periodo, se registraron menos reportes de mujeres, ya que en el 2000 fueron 262 casos y en 2016 la cifra fue de 128 casos, lo que representó una baja de 51.1 % de casos registrados con VIH.

Sin embargo, aunque esto podría parecer una disminución, el grupo social de entre 15 y 24 años aún sigue siendo el que más casos de infecciones de VIH y Sida se han registrados. Además que de acuerdo con Censida, el contacto sexual es la principal causa de transmisión de VIH ya que reportó 829 casos; es decir, 98.2 % del total, y de los que 164 casos correspondieron a jóvenes de entre 20 y 24 años, seguidos de los de entre 15 y 19 años, con 159 casos.

1.4 Organizaciones Civiles

En México, como en la mayoría de los países en desarrollo, la distribución desigual de ingresos, la migración de hombres y mujeres, la falta de empleo y de oportunidades de vida, el estigma, la discriminación, la homofobia, la inequidad de género y la falta de educación sexual, entre otros factores, aumentan la vulnerabilidad de la población para contraer el VIH y desarrollar el Sida.

Por ello es urgente fortalecer la prevención, atención y control del VIH/Sida a través de la promoción de la salud mediante acciones tendientes a desarrollar actitudes favorables para la salud, generar entornos propicios, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud e impulsar políticas públicas en la materia; así como brindar un servicio de atención integral de las personas con VIH/Sida, con énfasis en el nivel local que comprenda según la secretaria de

Gobernación (SEGOB) en la Norma Oficial Mexicana (NOM-010-SSA2-2010), para la prevención y el control de la infección por el VIH/Sida.

Actualmente se han creado organizaciones civiles que han sido de gran ayuda para difundir información sobre el VIH/Sida, así como contribuir a propiciar la salud de quien lo padece.

Contribuyendo con investigaciones sobre la problemática a nivel social, colaborando con talleres y pláticas para la población en general así como implementar y fomentar el apoyo psicológico como herramienta que va de la mano con el tratamiento médico, así como ayuda de medicamentos y comida a portadores y familiares e incluso con casas hogares para quienes lo necesitan. Sin embargo, no todas las asociaciones en el país se dedican a brindar los servicios antes mencionados, algunas aportan con investigaciones ante la problemática, otras con ayuda material a la población, otras se dedican a brindar ayuda psicológica dentro y fuera de sus instalaciones así como pláticas informativas a la población en general.

Entre las asociaciones civiles más reconocidas en México están:

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA (FUNDASIDA)

Que fue el primer organismo de la sociedad civil sin fines de lucro, constituida el 7 de julio de 1987, como la primera organización no gubernamental de VIH y Sida en México, establecido para combatir los efectos causados por esta enfermedad en el país.

Desde sus inicios ha ofrecido a personas que viven con VIH/Sida servicios médicos, psicológicos, orientación en derechos humanos, y acompañamiento a familiares y pacientes terminales. También se ha destacado por la promoción de campañas de prevención de la transmisión del virus del VIH.

LA CASA DE LA SAL A.C.

Es una organización no gubernamental mexicana, que trabaja en el campo de la atención y la prevención del VIH-Sida. Fundada el 15 de agosto de 1986, institución

que en diciembre de ese mismo año, quedó constituida como una Asociación Civil. Mientras que en 1991 se funda el Centro Infantil de La Casa de la Sal.

Esta organización proporciona apoyo médico, nutricional y psicológico a niños, niñas, adolescentes y adultos que viven con VIH o SIDA, así como a sus familiares. Brinda alojamiento y atención integral a niños, niñas y adolescentes que carecen de recursos y viven con VIH o SIDA. Crea estrategias de prevención que impacten en la disminución de las tasas de incidencia de VIH y SIDA en México. Sensibiliza al personal de salud para promover atención humana y con calidad a quienes viven con VIH/SIDA y desarrollar trabajos de investigación sobre VIH y SIDA y difundirlos a nivel nacional e internacional.

AVE DE MÉXICO

Es una asociación civil que surge en 1988 en respuesta a la epidemia del VIH en el país, trabajando desde su inicio con estrategias de prevención, educación para la salud y promoción de la salud sexual y de los derechos sexuales, así como fue la primera organización en el país que promovió y facilitó talleres de erotización del sexo seguro y protegido.

CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA

Esta clínica ofrece servicios de salud a la población en general, en especial a la comunidad homosexual de la ciudad de México, con la posibilidad de realizar pruebas gratuitas de detección de VIH y Sida, atención médica, seguimiento y entrega de medicamentos gratuitos a las personas con diagnóstico, atención especializada a la población transexual, grupos de apoyo e información en general sobre este tema. La Clínica de Especialidades Condesa es la que atiende al mayor número de pacientes con VIH en el país y es la más grande en su tipo en toda América Latina.

CAPÍTULO 2.- LA GESTACIÓN

La gestación es el período fisiológico durante el cual se produce el desarrollo embrionario y fetal, que va desde la fecundación hasta la expulsión de los fetos maduros (Menkes Bancet, C; Suárez López, L; 2003). Durante este periodo que tiene una duración aproximada de 9 meses, dónde el nuevo ser crece dentro del útero materno, desarrollando cada parte, órgano y sistema de su cuerpo para poder nacer en un estado óptimo de salud que le permita empezar su relación con el mundo exterior.

Sin embargo, el embarazo implica algo más que cambios biológicos, sino que también es un periodo en el que la madre experimenta fenómenos tanto físicos, como psicológicos y sociales, propios del ser humano, especie biopsicosocial.

A pesar de que el embarazo transcurre dentro del cuerpo de la madre, en el cual se desarrolla un nuevo cuerpo y una nueva vida; el embarazo es un fenómeno en el que interviene todo el contexto en el que vive la madre del niño, por lo tanto también es un proceso relacionado con la familia, así como las demás personas involucradas en su vida cotidiana, además de la comunidad donde vive, las instituciones y sistemas en las que se pueda desenvolver y desarrollar él bebe, sobre todo en materia de salud.

Esta relación entre la fisiología del embarazo, las simbologías y contextos sociales que intervienen en él, conforman el psiquismo, los procesos mentales y cognitivo de la madre durante la gestación. Ella tendrá durante este periodo distintas conductas, pensamientos y emociones con respecto a lo que pasa dentro de su cuerpo y fuera de él, en el exterior. Por lo tanto, todos estos procesos también intervendrán continua y considerablemente en la gestación, y dependiendo de su naturaleza tendrá un impacto positivo o negativo durante y después del embarazo.

2.1- Embarazo y la sexualidad en México

Tratar el tema de la sexualidad en la actualidad implica un reto, en más de un sentido. Inicialmente, al tratar de definir qué es la sexualidad, analizando qué elementos la constituyen, para posteriormente, abordar cómo enseñarla a la sociedad en general. Sin embargo, esto no se cumple siempre ya que no se abarcan la totalidad de temas que incluyen la sexualidad como el aspecto psicológico. Una génesis del problema se ubica en lo que abarca la educación sexual hoy en día, al ser sólo un espacio donde lo biológico se enseña.

Faccioli y Ribeiro (2003) hacen mención que la sexualidad es, sobre todo, una construcción que las personas hacen en el encuentro o en relación con el otro o los demás, por lo tanto, nacemos con un sexo y nos hacemos sexuales en una cultura determinada, en un tiempo determinado y en un grupo social determinado. En pocas palabras, hablar de sexualidad es hablar de identidad, vivencias, emociones, placeres y responsabilidades. Esta es una construcción cultural y, por consiguiente, no se debería representar como una función biológica únicamente, ya que está permeada por aspectos emocionales (Ubillos y Navarro, 2008, p.20), de género (Morgade, 2007), así como ser una nada sencilla enseñanza, dentro y fuera de las instituciones (Fernández et al, 2000).

El Instituto Nacional de Salud Pública (2014) menciona que:

"La promoción de la educación sexual integral es fundamental para asegurar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a través de la promoción de la equidad de género, la reducción de la mortalidad materna y el combate al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)" (p.1).

Sin embargo, la mayoría de la población, especialmente los y las adolescentes del país reciben poca educación sexual que contenga información de calidad, que les aporte habilidades para ejercer una sexualidad sana y en general que les ayude a

vivir vidas plenas con equidad, y libres de discriminación. Las consecuencias de no tener acceso a una educación sexual integral así como también a servicios de salud sexual y reproductiva, son muy claras; los y las adolescentes son más vulnerables a problemas de salud sexual y reproductiva.

Abreu, León, Naranjo, García y Reyes (2008) señalan que en la actualidad existen 15 millones de adolescentes que se convierten en madre (y padre) cada año, esta cifra es alarmante, ya que la gran mayoría de estos embarazos son no deseados o no planeados. Asimismo, según la ONU (2017), la edad en que se tienen dichos embarazos oscila entre los 15 y los 19 años de edad.

Al respecto, González (2007) señala:

“...Considerando la edad de inicio de la actividad sexual, las características del comportamiento sexual y las diferencias de género en adolescentes, son tópicos importantes a considerar en el diseño de programas de intervención para reducir el embarazo no deseado e ITS y VIH/Sida...” (p.39).

Sin embargo durante la adolescencia se presenta la mayor prevalencia de conductas de riesgo, en la que se establecen las pautas de comportamiento sexual que van a mantenerse a lo largo de la vida, ya que se inicia la vida sexual, y no siempre se toman las indicaciones adecuadas para evitar riesgos tal como embarazos no deseados, ITS o VIH (Ubillos y Navarro, 2008). Por su parte, Rodríguez et al. (2013) mencionan que la adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son las mayores causas que originan lesiones y trastornos en la salud, además, en esta etapa es donde se van definiendo las prácticas que determinan la autoconstrucción de la salud.

En la actualidad, se han realizado diversas campañas y actividades para facilitar la adquisición de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes. En cada una de ellas, se trata de brindar de manera clara y objetiva la información sobre sexualidad. De igual manera, se pretende formar a los adolescentes en habilidades que les permita resistir las presiones que los lleva a ser sexualmente activos sin protección.

Desafortunadamente aunque se implementen diversas campañas para el conocimiento y la prevención de las distintas enfermedades que existen y los riesgos de no llevar una sexualidad responsable, el impedimento viene desde los padres de familia al creer y exigir que sólo la escuela sea la encargada de enseñar estos temas en su totalidad y, que a la vez, se pueda evitar que los adolescentes y niños estén en riesgos.

A su vez, el embarazo no planeado así como el contagio de ITS, incluyendo el VIH/Sida, representan un grave problema de salud a nivel mundial. El inicio temprano de relaciones sexuales se relaciona con el embarazo no planeado y el uso inconsciente de métodos anticonceptivos incluyendo en condón.

Pérez et al. (2006) menciona que los adolescentes que conocen que el condón ofrece protección contra las ITS como VIH/ Sida, no lo usan por las creencias erróneas de su efectividad y por estereotipos respecto a quienes pueden contraer la enfermedad. La mayoría de los jóvenes tienen la idea de que el condón o métodos anticonceptivos son exclusivos para prevenir el embarazo, aunque los métodos como pastillas, parches, inyecciones, si cumplen solamente está función, el condón también puede prevenir las ITS. Considerando el VIH como una ITS, los jóvenes creen que sólo las personas que se dedican a tener relaciones con muchas personas y personas homosexuales pueden contraerlo.

Pérez et al. (2006) refiere: “Cuando las creencias conductuales negativas son revertidas, se aumenta la probabilidad del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes” (p.338). Tomando en cuenta que las creencias son conceptos normativos creados y fuertemente interiorizados por grupos culturales, se debe de considerar que en los programas de promoción sexual y de salud deben de incluir las normas culturales de cada comunidad o grupo donde se pretende implementar estos programas.

Sin embargo, se han registrado que del total de la población en México, 48.7 millones son mujeres de 12 y más años, de ese total, 32.7 millones son mamás, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Lo que aumenta la necesidad de crear estrategias para que la población en generar ejerza su sexualidad con responsabilidad y un ejemplo seria el fomentar habilidades

sociales e incluso cognitivas que les permitan enfrentarse a diferentes circunstancias como negociar el uso de condón o algún otro anticonceptivo.

2.2-El Embarazo y el VIH

El embarazo, como proceso, constituye un momento especial para la mujer, y partiendo del hecho de que la mujer gestante, como ser humano biopsicosocial, donde el nuevo ser que se reproduce en su interior comparte esas mismas características a través de la influencia que en ambos ejercen una serie de factores ambientales, donde se moviliza una serie de emociones tanto positivas como negativas. Dichas emociones serán más o menos intensas dependiendo de las características personales y de la interpretación cognitiva que la mujer realice de los distintos ambientes o contextos donde se desarrolla la madre. Aquellas mujeres que manifiestan una mayor vulnerabilidad, el embarazo por sí mismo, puede tener un efecto perturbador sobre su propia salud (Fernández, M. y Sánchez, C., 2005).

En los últimos diez años, el porcentaje de mujeres infectadas por VIH ha ido en aumento. Se calcula que, en la actualidad, alrededor de la mitad de los 33,4 millones de personas que viven con VIH son mujeres (UNAIDS/WHO., AIDS epidemic update 2009, citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Y por otro lado instituciones de salud como el IMSS en México quien atiende alrededor del 40% de mujeres embarazadas en el país no cuenta con la información completa del número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses (IMSS, 2017), siendo alarmante no contar con cifras exactas de esta población y sobre todo conocer si se encuentran en tratamiento antirretroviral. Sin embargo de manera global, se calcula que el 50% de las personas mayores de 15 años que viven con VIH pertenecen al género femenino y que anualmente nacen 1 millón de recién nacidos con exposición a este virus (Secretaría de Salud, 2016) resultando 1,775 casos siendo estas menores de 15 años de edad, donde la mayoría adquirieron la infección por vía perinatal (SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA citado por Secretaría de Salud, 2016).

Estos dato alerta de la creciente necesidad de entender y gestionar las consecuencias a largo plazo de la enfermedad y su tratamiento, tanto en lo que respecta a la capacidad de las mujeres para asumir su situación, como en lo relativo a su calidad de vida así como su bienestar social y emocional.

A pesar de esta necesidad, la cantidad de investigaciones publicadas acerca de mujeres que viven con VIH continúa siendo limitada, y todavía son escasos los ensayos clínicos que buscan la participación de población femenina.

2.2.1-Impacto social

A lo largo de diversas investigaciones se sabe que la infección por el VIH es una epidemia que se relaciona con la sexualidad, la pobreza, la inequidad y la vulnerabilidad del ser humano, debido a la evolución de la infección por el VIH que podría tener aspectos diferenciales en mujeres y hombres en relación con factores genéticos, biológicos (hormonales e inmunológicos), psicosociales y socioeconómicos, con distinto impacto sobre las mujeres y los varones. Sin embargo, la gran heterogeneidad de los estudios existentes, en cuanto a diseño, objetivos de los mismos, características de la población, etc., no permiten hacer comparaciones que permitan extraer conclusiones fiables (Hunt PW, Deeks SG, Rodriguez B, et al., 2003, citado por Jaramillo C. y Vázquez V., 2012).

A lo largo de estos años en los que la epidemia ha avanzado, las mujeres han mostrado una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. La desigualdad y la inequidad en las relaciones sociales, afectivas y sexuales ponen a las mujeres en situación de alto riesgo (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP citado por Secretaria de Salud, 2016) y esto se debe a múltiples factores.

En muchas sociedades de todo el mundo, existe la expectativa generalizada de que la mujer debe de mantenerse bajo una tradición moralista. El hecho de tener VIH puede verse como una prueba del fracaso en el cumplimiento de este papel, y se sabe, mediante investigaciones realizadas en países en vías de desarrollo, que las mujeres que viven con VIH reciben un trato distinto al que reciben los hombres

(International Centre for Research on Women (ICRW) citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012). Pero este estigma no sólo se limita a los países en vías de desarrollo, también se extiende en otras partes del mundo y puede originarse en diferentes relaciones sociales así como en el círculo familiar, dentro de la comunidad a la que pertenece la mujer o de la comunidad en general, como en entornos laborales, e incluso puede proceder de la propia mujer, donde este estigma puede tener un efecto devastador sobre su bienestar emocional (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Las intersecciones entre la discriminación de género y la asociada con el VIH/Sida han sido visibles cada vez más. Se sostiene, por ejemplo, que las mujeres son fisiológicamente más susceptibles que los hombres a contraer el VIH a través de una relación sexual vaginal no protegida, y la gran mayoría de las mujeres que viven con el VIH se ha infectado de esta forma. En la vulnerabilidad fisiológica de las mujeres frente a la infección por VIH influyen la violencia sexual y doméstica, la desigualdad social y económica de la mujer dentro del matrimonio así como las relaciones sociales (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

La transmisión del VIH entre cónyuges se ha vuelto cada vez más frecuente; incluso se han registrado indicios de que las mujeres casadas tienen un mayor riesgo de infección que las mujeres solteras. (ONUSIDA & OMS, AIDS Epidemic Update, citado en "Mujeres embarazadas que viven con VIH: ¿Cómo proteger los derechos humanos en los programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo?", 2008).

Las mujeres también han sufrido de manera desproporcionada la discriminación contra las personas que viven con VIH/Sida. La epidemia ha provocado un incremento de la violencia basada en el género. En efecto, las mujeres seropositivas son atacadas, en muchos casos se les impide tener hijos, son despedidas de sus trabajos, rechazadas por sus familias y comunidades, y a veces, incluso, asesinadas. Además, enfrentan una mayor probabilidad que los hombres en ser consideradas responsables de propagar la enfermedad y de ser promiscuas (UNIFEM, p. 10).

Por temor a la violencia y la estigmatización, muchas mujeres evitan realizarse pruebas de detección del VIH, eludiendo, así el acceso a información fundamental sobre su salud y excluyéndose de programas para prevenir la transmisión del VIH a sus recién nacidos (“Mujeres embarazadas que viven con VIH: ¿Cómo proteger los derechos humanos en los programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo?”, 2008, p. 2).

De cualquier forma, las opiniones y actitudes de la sociedad no son los únicos factores que pueden causar el sufrimiento emocional de una mujer con VIH y que pueden dificultar el tener una calidad de vida favorable.

2.2.2 -Impacto psicológico

Como se sabe en México se ha registrado una epidemia de VIH concentrada en hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres, hoy en día CENSIDA ha confirmado que en México en el 2017, de las 120 mil personas infectadas con VIH que se han registrado, el 21 % son mujeres. Sin embargo, sin importar el sexo, el hecho de tener VIH conlleva a enfrentarse a retos importantes para la salud emocional para quien vive con el virus.

El VIH considerada como una enfermedad de carácter crónico, y a la vez aguda y potencialmente mortal, además del estigma asociado y de un sinnúmero de repercusiones médicas, conlleva una carga emocional mayor (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Gracias al TARV (Tratamiento antirretroviral) que ha resultado altamente efectivo al permitir que las personas con diagnóstico de VIH puedan llevar una vida más larga y físicamente más sana, sin embargo todo esto también conlleva que aumente la carga emocional que debe sobrellevar una persona seropositiva.

De acuerdo con Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, (2012) la enfermedad y otros factores relacionados con el tratamiento pueden repercutir en la salud emocional en varias etapas de la vida, por ejemplo en la transición desde la niñez hasta la adolescencia y siguiendo con la edad fértil hasta llegar a la vejez, sin olvidar que cada una de ellas ya implica ciertos retos físicos y emocionales.

Los síntomas y las complicaciones de la enfermedad, junto con los efectos secundarios de algunos de los medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH, también pueden afectar a la autoimagen y la confianza que una mujer tiene en sí misma. Efectos tales como la redistribución de la grasa, los cambios de peso y la alteración de la apariencia pueden ser devastadores y pueden con frecuencia provocar ansiedad y depresión (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012). Así mismo existen investigaciones donde mencionan que en general, las mujeres experimentan una mayor carga de alteraciones emocionales y del estado anímico a diferencia de los hombres, un hecho que se asocia a menudo con las tensiones adicionales que llegan a presentar en su rol como madres o cuidadoras (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012). Desafortunadamente existe un número reducido de estudios en los que se confirma que esta situación también se produce entre las personas que viven con VIH.

De igual manera, se ha observado que, con frecuencia, las mujeres presentan mayor ansiedad y otras alteraciones del estado de ánimo, y es más probable que sean diagnosticadas de depresión o que expresen sentimientos de vergüenza y culpa de forma más habitual que los hombres (Turner BJ, et al. 2003; citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Un ejemplo es la investigación realizada por Sosa, Ñ., y Ortega, C. en el 2016 donde se pretendía conocer la calidad de vida en mujeres con VIH con población Mexicana, donde se encontraron tres factores psicosociales que se ven influenciados en la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico, y entre ellos se encontraba el factor emocional donde se registraron que las participantes al recibir el diagnóstico positivo presentaban pensamientos negativos los cuales les impedían llevar a cabo sus actividades de manera correcta, así como se encontraron en las participantes algunos síntomas de depresión y ansiedad al inicio del tratamiento o cuando fueron notificadas con el diagnóstico de VIH.

Otra investigación relacionada fue llevada a cabo por Badia y Lara (2004) donde se encontró que uno de los factores determinantes de la Calidad de Vida en pacientes con VIH es la depresión, demostrando que los pacientes con VIH la padecen más que la población general.

De igual manera el estrés y la vergüenza causados por el estigma que presenta el vivir con VIH se han asociado con el miedo a la revelación y a la reacción de otras personas al conocer la situación de infección, el miedo al abuso, la discriminación y, en última instancia, con el aumento de la transmisión de la enfermedad. Dicho estigma ha sido también relacionado con la depresión, (Logie C y Gadalla TM. AIDS Care 2009; citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012) el trastorno por estrés postraumático, (Katz S y Nevid JS. AIDS Patient Care STDS 2005; citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012) la falta de adhesión al tratamiento y la dificultad para acceder a la asistencia médica (Sayles JN, et al. 2009; citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012). Con el paso del tiempo, el estigma puede conducir a algunas mujeres con VIH a aislarse por completo de su comunidad para mantener su condición en secreto, negándose a sí mismas el apoyo social y médico que resultan imprescindibles para hacer frente a los problemas derivados de su enfermedad.

Por desgracia, en muchos casos no es sólo la propia mujer la que sufre las consecuencias emocionales del VIH. Con bastante frecuencia esta condición puede también ejercer un impacto negativo sobre la familia y las amistades que conforman la red de apoyo de la mujer. Como cabe esperar, las relaciones personales pueden verse a menudo afectadas. La mujer puede temer que su pareja le abandone, lo cual puede tener repercusiones tanto económicas como psicosociales, o puede no encontrar otra pareja una vez revelada su condición. Asimismo, podría sentirse traicionada si contrajo el VIH de su pareja. Lamentablemente, para muchas mujeres la violencia doméstica también puede ser un factor que incide en su bienestar emocional y físico tras la revelación (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Desafortunadamente no solo se enfrentan ante esta situación ya que durante el embarazo también se ven influenciados muchos más aspectos psicológicos. Como es bien sabido, la probabilidad de sufrir depresión aumenta tras un parto, y podría aumentar todavía más en presencia del VIH. Existen cada vez más pruebas que demuestran que la depresión de una madre podría producir un impacto considerable y negativo en el desarrollo de los hijos, un efecto que se ve agravado con la

seropositividad, situación en la que se dan preocupaciones adicionales relacionadas con la transmisión, el modo de dar a luz y los cambios de tratamiento (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Sin duda el embarazo es otro ejemplo de un cambio importante en la vida que también conlleva presiones sobre las mujeres con VIH.

Y una de ellas es el tema de la lactancia materna, la cual es necesario evitarla ya que es un factor de transmisión del virus al bebé. Sin embargo suele tener de igual forma una carga emocional y social, ya que la importancia de la lactancia materna es tomada como un factor determinante de la salud infantil y materna, haciendo que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo de primer orden (Consejería de Salud: La lactancia materna: Información para amamantar, 2006).

Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, quienes realizaron una investigación durante el 2012 con un grupo de apoyo llama Women for Positive Action en Alemania, donde recabaron sus experiencias personales acerca de los retos emocionales a los que han de enfrentarse las mujeres con VIH. Se encontraron que la ansiedad y el temor predominaban en las mujeres que conocían su condición de seropositivas antes de quedar embarazadas, en especial sobre cuestiones relacionadas con la concepción, el parto y la posible condición de seropositivo de su bebé. Y para aquellas mujeres que recibían su diagnóstico durante el embarazo, existía una mayor incidencia de problemas de salud mental (entre los que se incluye la depresión posparto) que en aquellas han sido diagnosticadas antes del embarazo.

Es por esto que es de vital importancia que las mujeres que padezcan depresión cuenten con apoyo profesional, con el fin de preservar no solamente su bienestar emocional, sino también su salud física ya que investigaciones demuestran que la depresión puede ser un factor determinante en la adherencia o no del tratamiento antirretroviral (Sosa, Ñ., y Ortega, C.,2016).

A medida que las personas con VIH viven vidas más sanas y largas, se ven enfrentadas a los desafíos emocionales que conllevan las etapas de la vida

correspondientes a la adolescencia, la maternidad y la menopausia, circunstancias que pueden resultar particularmente difíciles de afrontar para las mujeres con VIH.

Se ha demostrado que el inicio de la adolescencia y los retos que conlleva la etapa adulta aumenta los riesgos de que un adolescente seropositivo sufra problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos importantes (Musisi S y Kinyanda E. East African Med J 2009; citado por Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Es por esto que existe una necesidad de identificar y desarrollar estrategias de asesoramiento, apoyo emocional y otras herramientas que sirvan para mejorar el bienestar emocional y con ello promover la calidad de vida de mujeres con VIH.

2.3-Tratamientos y cuidados en mujeres embarazadas con diagnostico seropositivo

Hoy en día el embarazo continúa siendo, desde mucho tiempo atrás, un acto de amor de la mujer. Sin embargo existen muchas circunstancias donde pareciera ser un crimen el procrear un nuevo ser humano, muchos de estos casos se miran en personas con alguna discapacidad o con alguna enfermedad crónica como en el caso de mujeres portadoras de VIH, olvidando por completo que el traer un hijo al mundo es una responsabilidad enorme para lograr que los niños tengan un desarrollo saludable, lleno de valores, fomentando la unión familiar, es decir, criarlos bajo una estabilidad que les brinde herramientas para sobrellevar todos esos obstáculos por los que todo ser humano pasa al convertirse de un niño a un adulto y con ello darnos cuenta que el tener un hijo implica transmitir vida y no un virus como en el caso de las mujeres portadoras de VIH o cualquier otra situación que se encuentra fuera del alcance del recién nacido, siendo conscientes de los cuidados necesarios para lograrlo.

El manejo clínico de la embarazada con infección por el VIH es una de las herramientas necesarias para evitar una trasmisión del virus al recién nacido, por lo que el trato y cuidado debe ser minucioso en el área, el cual es atendido y llevado acabo con un especialista, sin embargo el apoyo psicológico se ha demostrado que

cumple un rol importante dentro del área clínica, por lo que debería ser un binomio con el trabajo médico.

Con tantos posibles retos y situaciones emocionales a los que han de hacer frente hoy en día las mujeres que viven con VIH, y con una diversidad de necesidades sociales y culturales que influyen en el hecho de cómo cada una de ellas sobrelleva estas presiones, el apoyo emocional individualizado debería ser una parte esencial del cuidado de cada mujer.

Por lo que sin importar de donde proceda el apoyo, ofrecer a las mujeres la oportunidad de discutir sus sentimientos y de compartir sus preocupaciones de la manera que ellas consideren más adecuada es una parte integral para ayudar a mantener su salud y bienestar emocional, mediante el fomento de habilidades que les permitan tener una calidad de vida favorable durante y después del embarazo.

2.3.1- Cuidados durante y después del nacimiento del bebe.

De acuerdo con la Secretaria de Salud (2016) la transmisión de la infección por el VIH de madre a hijo es factible de acuerdo con los niveles de la carga viral de la madre que se correlacionan con el riesgo de transmisión aún en mujeres que reciben tratamiento antirretroviral (TARV).

Aunque el riesgo de transmisión perinatal en mujeres con carga viral indetectable parece ser extremadamente bajo, se ha identificado la transmisión en mujeres con carga viral no-detectable o con niveles muy bajos debido a que, además de la carga viral plasmática, existen otros factores que intervienen en la transmisión: niveles bajos de RNA y DNA del VIH en secreciones genitales de mujeres con carga viral indetectable, coinfecciones del tracto genital; penetración variable de los diferentes ARV en el tracto genital (Secretaria de Salud, 2016).

Si existe exposición al VIH a través del tracto genital durante el nacimiento, existe riesgo de transmisión perinatal del VIH. Por lo tanto, todas las mujeres infectadas por el VIH deben recibir consejería y tratamiento ARV independientemente de sus niveles de carga viral. El seguimiento durante el embarazo deberá incluir carga viral

hasta lograr niveles de indetectabilidad antes del nacimiento alrededor de la semana 36 a 37 (Secretaría de Salud, 2016).

De igual manera menciona la Secretaría de Salud (2016) que no hay anomalías congénitas asociadas con el VIH y menos de la mitad de los niños infectados tienen virus detectable al nacimiento. La transmisión postparto ocurre a través de la lactancia materna con un riesgo que varía de 7% a 22% (Arikan Y, 1998), por lo que es importante evitar la lactancia materna.

A pesar de los avances en el conocimiento de las intervenciones efectivas para salvar vidas de niños expuestos al VIH, muchos de ellos no tienen acceso a programas de salud debido a falta de seguimiento de la madre y de ellos mismos durante la gestación por lo que se considera inaceptable la falta de seguimiento de la embarazada infectada por el VIH y su hijo expuesto al virus, por lo cual los países deben incorporar estrategias estandarizadas para mejorar la retención del binomio expuesto al VIH (Sibandaa EL, 2013; citado por Secretaría de Salud, 2016).

Por lo que es parte importante contar con especialistas capacitados así como un instrumento que permita estandarizar las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento tempranos de la infección por el VIH en embarazadas, basada en información actualizada y con evidencia científica (Secretaría de Salud, 2016). Estas recomendaciones permitirían unificar los criterios para el tratamiento con Antirretrovirales (TARV), evitar la progresión de la enfermedad, limitar las hospitalizaciones y disminuir el número de casos en niños por transmisión perinatal, mediante las medidas de prevención adecuadas.

Una vez nacido él bebe es importante mencionar que puede presentar en el momento del nacimiento anticuerpos del virus. Sin embargo esto no significa que esté infectado, sino que es un RN de riesgo que “puede estar infectado” y que por lo tanto debe darse un seguimiento para descartar o confirmar la infección VIH, ello podrá hacerse a los 18 meses (UNICEF, 2005). Para evitar el riesgo de transmitir el VIH al bebé existen algunas medidas preventivas como recibir tratamiento antirretroviral profiláctico.

Así como el no amamantar, pues se sabe que la lactancia materna es un importante factor de riesgo adicional para la transmisión perinatal del VIH, ya que alrededor del

60% de las transmisiones ocurren durante la gestación y 40% a través de la leche materna (Teasdale C, 2011, citado por Secretaria de Salud, 2016).

Ante ello puede buscarse un sustituto de la leche materna que ayude a proporcionar los mismos nutrientes que la leche materna aporta, esto con la ayuda y recomendación de un especialista, al igual que mantener un chequeo médico constante.

Así mismo, el aspecto psicológico tiene la misma importancia que la parte médica y aún más para un niño que está en proceso de formación a un adulto por lo que no debe ser olvidado.

Tras un estudio llevado a cabo por Bowlby enfatizó que la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2004 citado por Repeteur, S. y Quezada, L., 2005). Así, el amor materno en la infancia es tan crucial para la salud mental como lo son las vitaminas y las proteínas en la salud física (Sayers, 2002 citado por Repeteur, S. y Quezada, L., 2005).

Este vínculo afectivo materno-infantil durante las últimas décadas, se ha reconocido que la relación de apego entre una madre y su hijo se comienza a establecer durante el embarazo, lo cual es conocido como apego prenatal. Su importancia radica en que existen asociaciones entre el apego prenatal y postnatal (Muller M., 1996, citado por Grimalt O. y Heresi M., 2012), lo que tiene importantes implicancias para el desarrollo cognitivo, emocional y social posterior del bebé, al asociarse directamente con la calidad de la relación madre-hijo y la sensibilidad para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé, luego del nacimiento del mismo. De este modo, el tipo de representaciones que surjan en la madre, se asociarán posteriormente con su capacidad de regular los estados de estrés del bebé y con la calidad del cuidado y tipo de vinculación que establecerá posteriormente con éste (Grimalt O. y Heresi M., 2012).

De acuerdo con Grimalt O. y Heresi M., (2012), el inicio de este vínculo prenatal emerge a partir de las representaciones o imágenes internas que la madre va construyendo acerca de su hijo, siendo el embarazo un período clave para la

emergencia de dichas representaciones. Así también, durante el proceso de convertirse en madre, ocurren importantes procesos en la mujer, en donde su identidad y rol sufren importantes transformaciones. Los modelos que traía sobre sí misma, van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol como futura madre, como pareja, y de su familia de origen en general.

Por lo que es fundamental el trabajo del vínculo materno-infantil en las futuras madres con el propósito de brindar un futuro desarrollo saludable en él bebe.

2.3.2- Tratamiento Antirretroviral y otros cuidados durante y después del embarazo en la madre.

La secretaria de Salud en el (2016) publicó un manual titulado Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH, con el propósito de informar a la población; en ella se encuentra información médica importante por conocer. Donde se menciona que el objetivo primordial para la Secretaria de Salud (2016) en una mujer embarazada diagnosticada con VIH, es prevenir la transmisión vertical, por lo que indica que es fundamental iniciar lo antes posible el tratamiento antirretroviral (ARV), independientemente de su número de linfocitos CD4.

En el caso de mujeres con enfermedad avanzada por el VIH sin tratamiento ARV, se informa que puede presentarse alta frecuencia de abortos espontáneos y recién nacidos con bajo peso al nacer.

Así mismo, investigaciones e instituciones de salud, como a Secretaria de Salud ha informado que la transmisión vertical del VIH puede ocurrir durante la gestación, alrededor del nacimiento (intraparto) o postparto (lactancia materna). Existe evidencia de transmisión del VIH al feto desde la semana ocho de la gestación, aunque la transmisión periparto es la forma más frecuente; alrededor del 50% al 70% de los casos de transmisión vertical ocurren justo antes o durante el proceso del nacimiento (Arikan Y, 1998 cita por Secretaria de Salud, 2016).

Al final del embarazo ante una prueba rápida positiva para VIH se actuará rápidamente para disminuir el riesgo de transmisión vertical con la realización de ELISA para VIH, evaluación del tratamiento ARV y profilaxis con Zidovudina en la embarazada, atención del nacimiento mediante operación Cesárea, profilaxis en el recién nacido y evitar lactancia materna. Después del nacimiento, se completará la evaluación diagnóstica de la paciente y del recién nacido, se programarán los controles médicos posteriores y se proporcionará apoyo psicosocial (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP, 2013; citado por Secretaria de Salud, 2016).

Después de haber dado a luz es importante continuar con los cuidados para evitar que la carga viral se incremente, pueden llevar una vida normal al contar con la disciplina necesaria para tener una adherencia al tratamiento.

De igual modo, las mujeres infectadas por el VIH pueden utilizar todos los sistemas de anticoncepción hormonal (orales, inyectables, implantes, parches o anillo vaginal), y deben tomarse en cuenta las interacciones con los fármacos ARV que pueden alterar su eficacia (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP, 2013; citado por Secretaria de Salud, 2016), por lo que es importante asistir con un especialista para llevar una vida sexual segura y responsable.

De igual forma se debe recomendar a la paciente un estilo de vida saludable: ejercicio, dieta, suplementos de ácido fólico, yodo y hierro, evitar el consumo de tabaco y otros tóxicos, abstenerse durante el embarazo de tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas. La paciente no debe lactar a su hijo (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP, 2013; citado por Secretaria de Salud, 2016).

Un punto importante a considerar es el autocuidado, el cual tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad. El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que pueden generar, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud en parte es responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con testimonio de vida sana como

con la educación al brindar herramientas, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud (Tobón, C., s/f).

Y es importante fomentarlo ya que, la mamás después de haber dado a luz, suele enfocarse en sus hijos, desatendiendo el cuidado de su salud, de su bienestar. Sin embargo esto no debe ocurrir en mujeres con VIH ya que podrían recaer y aumentar la carga viral si no continúan con la adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO 3.- SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON VIH EN MÉXICO

Al hablar de calidad de vida, nos referimos a un concepto que hace alusión a varios aspectos, desde el bienestar social hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. Por lo tanto, calidad de vida tiene diferentes definiciones, en este sentido, para la OMS la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Es por esto que se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de calidad de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el bienestar individual.

De acuerdo con Ávila Fuentes (2013) estos se pueden agrupar en 5 dominios principales: el bienestar físico como son la salud, seguridad física; el bienestar material como es la privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones; el bienestar social como las relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etc.; el desarrollo y actividad como la educación, productividad, contribución y el bienestar emocional o psicológico como son la autoestima, estado respecto a los demás, religió, etc. Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable debido a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación económica o de salud, creencias etc.

En este sentido, haciendo referencia a pacientes portadores de VIH, se han registrado que en su calidad de vida se presentan más variaciones al tener un impacto que cambia dependiendo de factores como son la situación socioeconómica, redes de apoyo, orientación sexual, creencias, etc., (Bayés, 1995, citado en Pineda, F. 2006, p. 7), por lo que tener una calidad de vida es primordial

ya que el VIH origina cierto deterioro en las funciones físicas, psicológicas y sociales en los pacientes (Pineda, F., 2006, P. 2).

Son muchos los padecimientos por los que pasan las personas que viven con VIH ya que durante el desarrollo del virus, se presentan obstáculos que intervienen en el tratamiento que lleva la persona el cual contribuye en la mejora de su calidad de vida, en este sentido, la psicología tiene un papel importante ya que al recibir el diagnóstico como portadores de VIH, este suele tener un impacto negativo impidiendo realizar de manera correcta y funcional sus actividades cotidianas, tanto personales como sociales, afectado de cierta forma su calidad de vida, ya que de acuerdo con González (2009), el VIH no es solo una enfermedad que afecta el sistema inmunológico, si no que este debilita de igual forma la salud mental de la persona.

Sin embargo, estudios realizados en el estado mexicano de Tamaulipas, para conocer la magnitud de la no adherencia al tratamiento antirretroviral e identificar los factores que intervienen en personas con VIH, se encontraron cifras alarmantes respecto a la problemática de adherencia al tratamiento en mujeres, donde aproximadamente el 40 % ha suspendido la ingesta del tratamiento por un tiempo y después vuelve a reiniciarlo y los factores identificados en la no adherencia encontrados fueron el no guardar el medicamento en un lugar específico, percepción insatisfecha de su salud actual y considerar difícil el manejo de su tratamiento (Peñarrieta, Kendall, Martínez, rivera, Gonzales, flores y del Ángel. 2009). Mostrando de esta manera la falta de herramientas y el fomento de ciertos hábitos saludables que les permitan enfrentar dichas situaciones.

Ahora bien, se han encontrado registros que aproximadamente el 21% de la población que presenta VIH en México son mujeres y el 40 % de ese registro se encuentran embarazadas (CENSIDA, 2017).

Durante el embarazo, también se ven influenciados distintos aspectos que son parte de una calidad de vida de la mujer y que de la misma forma influyen en cierto grado en él bebe. La salud mental, es uno de los principales factores que recae durante este periodo de su vida a veces de una manera positiva o negativamente. Desde un punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de

la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo (González-Merlo J, Del Sol JR., 2002., Smith RP. Ed. Netter, 2006 citados por Marín Morales D, Bullones Rodríguez M^a A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán M^a I, Moreno Moure M^a A, Peñacoba Puente C., 2008).

Diferentes investigaciones han analizado en qué medida los múltiples aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, influyen en cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo, siendo aún escasos los estudios que profundizan en el área psicológica.

A modo de resumir la información anteriormente descrita, el hablar sobre la calidad de vida que presentan mujeres embarazadas con VIH se ven relacionados diversos aspectos como el cuidado de la salud, el estado psicológico como son las creencias, incluso patologías como el estrés y/o ansiedad ya que se ha demostrado que durante la maternidad, los múltiples cambios físicos y hormonales, así como los cambios en el estilo de vida de la mujer, pueden llevar a la aparición de manifestaciones emocionales y psicológicas, que podrían denominarse normales o fisiológicas. Sin embargo se convierten en aspectos negativos cuando se tornan patológicas.

De esta manera el embarazo puede actuar como desencadenantes o detonantes de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves, como es la depresión mayor, una de las patologías más representativas por el considerable porcentaje de mujeres al que afecta, especialmente en el postparto (Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C., 2006. Carro García T, Sierra Manzano J M, Hernández Gómez M^a J, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E., 2000 citados por Sastres Miras, 2015), así tanto como los derechos humanos, como los laborales y ciudadanos, entre ellos se destaca la discriminación que llegan a tener los pacientes portadores de VIH e incluso las relaciones sociales, ya que se ha demostrado que el nivel de apoyo social es una variable predictora de la calidad de vida así como las anteriormente mencionadas (Vinaccia, Fernández, Quiceno, López y Ojalvaro 2008, citados por

Sosa N; y Ortega C., 2016, p. 69), mostrando de esta manera una preocupación por saber la experiencia de la persona en todos sus ámbitos de desarrollo y como es que esta repercute en su salud.

De acuerdo con Sosa N; y Ortega C., (2016), pese a la gran importancia que tiene el conocer sobre la calidad de vida que presentan las personas con diagnóstico de VIH, poco se ha logrado por diferenciar las necesidades que se presentan entre hombres y mujeres.

Específicamente en mujeres, las intervenciones han sido centradas en lograr un control sobre el propio cuerpo que por las necesidades que surgen (Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades, 2005 y Sosa N; y Ortega C., 2016).

INEGI (2010), mostro que en la mayoría de los estados del país, las mujeres que son derechohabientes a los servicios de salud pública del estado, superan en cantidad a los hombres, quienes reciben atención medica según sus necesidades; ante ello se menciona que la mujer vive más años que un hombre sin embargo su calidad de vida es desfavorable en comparación a ellos.

Es por esta razón que resulta de gran importancia investigar las variables que influyen en la manera en la que asumen el diagnóstico de VIH y como este afecta en su calidad de vida el cual a su vez influye durante el desarrollo del embarazo, para crear alternativas que les permitan a la población sobrellevar los diferentes aspectos que se ven influenciados impidiendo una mejora en su calidad de vida.

3.1-Factores fisiológicos

Un tema que se ve afectado en mayor medida y en el que se han realizado mayores investigaciones parte de la calidad de vida de las personas con VIH es el aspecto de salud. En el ámbito clínico, la calidad de vida se percibe bajo el nombre de “calidad de vida asociada a la salud”, donde se incluye la percepción respecto a la salud, en términos globales, los estados sintomáticos, la funcionalidad, las variables biológicas y psicológicas, así como características individuales y ambientales donde se desarrolla la persona (Sosa N; y Ortega C., 2016), y a su vez incluye síntomas físicos, los cuales se relacionan con la enfermedad o el tratamiento; funciones

físicas como es el cuidado el desempeño de roles en una sociedad; funciones psicológicas que abarca desde el estado emocional hasta el cognitivo y la función social que corresponde a las interacciones con quien lo rodean (Liach y Suriñach, 2004, citado por Sosa N; y Ortega C., 2016, p. 44).

Tanto en hombres como en mujeres portadores de VIH, debido a la situación social, económica y laboral a la que se llegan a enfrentar les es casi imposible mantener una adherencia al tratamiento ARTV repercutiendo en su estado de salud y en la forma en la que se desarrolla en los demás ámbitos de su vida, y por lo tanto en su calidad de vida (Sosa N; y Ortega C., 2016).

Bello et al. (2004) citado por Sosa N; y Ortega C., (2016) mencionan que la adherencia a un tratamiento se refiere a la ingesta de los fármacos de forma adecuada de acuerdo a la dosificación prescrita por el médico responsable, donde se toma en cuenta la ingesta adecuada de los alimentos junto con los medicamentos y el horario indicado en el que estos deben de consumirse (p. 47).

Así mismo es importante mencionar que el tratamiento antirretroviral tiene diversos efectos que se asocian a su ingesta debido a la alta cantidad de fármacos que contienen y la cual ha resultado ser efectiva para disminuir la carga viral desde que se implementó el TARV en el año de 1996 en México; por lo que resulta importante conocer el impacto que estos tienen en relación a la calidad de vida de los pacientes como en sus relaciones sociales debido a los efectos adversos que se asocian al consumo del TARV y con ello como es que se ve afectada la adherencia al tratamiento.

Ante esta situación, de acuerdo con Sosa N; y Ortega C., (2016) una buena adherencia al tratamiento se ve influenciada por factores físicos y psicológicos, desde la ingesta de alimentos, hábitos de higiene, la ingesta de drogas hasta los pensamientos y creencias que tienen las personas respecto al VIH. Es por ello que resulta importante que se evalúe de manera amplia e individual a las personas que presentan el diagnóstico, debido a que los factores fisiológicos dependen en gran parte del paciente.

3.2-Factores psicológicos

El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera, la enfermedad y el tratamiento (Vinaccasia, S., y Orozco, L., 2005). La adhesión al tratamiento, las alteraciones psicológicas y las características clínicas son factores que están directamente asociados a la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida.

Consecuentemente, se han buscado no solamente métodos de prevención y control, sino también estrategias para facilitar y mejorar la calidad vida de las personas portadoras, ya que enfrentar el VIH/Sida significa encontrar situaciones que podrán disminuir o limitar la calidad de vida (Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. 2006. Citado por Oliveira e Silva, Reis, Nogueira y Gir, 2014).

Dentro de la intervención en VIH/ Sida, la terapia psicológica cada vez a tenido una mayor importancia. Núñez Rojas, A C; Tobón, S; Vinaccia Alpi, S; Arias Henao, D; (2006) quien citan a diferentes autores mencionando que se debe por las siguientes razones:

- 1) Hay evidencia de la implicación de la depresión y del estrés en la producción de cambios en el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino, los cuales influyen en el desencadenamiento y evolución de esta enfermedad (Bayés & Arranz, 1988; Bayés, 1995);
- 2) El VIH/Sida se asocia a un conjunto amplio de alteraciones de la calidad de vida que implican estados emocionales negativos y trastornos psicopatológicos (Nieuwkerk et al., 2001; Ballester, 1997) y
- 3) Las intervenciones psicológicas han demostrado tener efectos benéficos en la mejora del pronóstico y el aumento de la calidad de vida de las personas con diagnostico (Bayés, 1994; 1995).

“La psicología clínica ha ampliado la mirada exclusiva sobre la enfermedad, y se ha preocupado del concepto más general de salud mental, lo cual le ha permitido trabajar no sólo en intervenciones de tratamiento y de prevención, sino también de promoción (Trull & Phares, 2001/2003 citado en Fernández Márquez, 2010).”

Ante esta situación, las investigaciones con enfoques psicológicos han desarrollado numerosas técnicas con el propósito de recabar la mayor información sobre el estado psicológico del paciente.

Uno de ellos es el Perfil CASIC, el cual es una primera valoración que busca conocer el estado del paciente mediante el conocimiento de cinco funciones psicológicas básicas: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva, que ayude a detectar la gravedad y dimensión de la problemática (Slaikeu, 1988):

- Aspecto Conductual: Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.
- Aspecto Afectivo: Sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.
- Aspecto Somático: Funcionamiento físico general, salud, tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la audición, tacto, etc.
- Aspecto Interpersonal: Relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos, estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido) y modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc.).
- Aspecto Cognoscitivo: Sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide y actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

El conocer el perfil CASIC de cada individuo tiene como meta principal ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, (Garces & Valdivieso, 2012, citado en Fernández Márquez ,2010). Quien, de acuerdo con Nettleton (2002), citado por Avelar R., Cornejo R. y Torres A. (2011) afirma que “Cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los

afectados tanto en sus relaciones, como en el sentido de sí mismos” (p.32). Además menciona que el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituye el inicio de un largo procedimiento de adaptación, el cual se puede considerar como una crisis.

3.3- Factores Sociales

De acuerdo con Vinaccasia, S., y Orozco, L., (2005), el bienestar social o factores sociales tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar (p. 129), es decir que tanto el comportamiento como el estilo de vida son factores determinantes en la salud de una persona. En múltiples estudios se ha establecido esta relación de forma significativa, un ejemplo importante sería en 1974, Lalonde citado por la OMS (1979) realizó en Canadá un estudio a gran escala que lo llevó a formular un modelo de salud pública que aún es tomado como marco de referencia (Vinaccasia, S., y Orozco, L., 2005, p.126).

En otras investigaciones se considera que alrededor del 95% de las personas con diagnóstico de VIH pertenecen a países en vía de desarrollo, ya que actualmente la epidemia se concentra en las áreas marginales de las grandes ciudades de los países en desarrollo y, de manera creciente, en zonas rurales (Herrera y Campero, 2002, p. 555).

De acuerdo con Herrera y Campero (2002) quienes hablan de una vulnerabilidad social en las mujeres ante el VIH provenientes de países del tercer mundo, mencionan que se continua viendo casos con menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud. Mostrando que “los dos géneros son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede observarse tanto en el ámbito de las parejas y familias, como de la sociedad o de las culturas nacionales o supranacionales” (p.557). Se ha definido al género como la construcción social de

la diferencia entre los sexos, es decir, las expectativas compartidas acerca del comportamiento adecuado de hombres y mujeres en una determinada sociedad.

De la misma manera mencionan Herrera y Campero (2002) que la vulnerabilidad de las mujeres por cuestiones de género se refuerza cuando, además, se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas o de preferencias sexuales, es decir, el VIH/Sida afecta a las mujeres, pero no las afecta a todas por igual. Si bien existe una vulnerabilidad específica para las mujeres, en aquellas que están particularmente en riesgo son las trabajadoras de la salud, las compañeras sexuales de personas que tienen prácticas de riesgo, las parejas sexuales de personas que viven con el VIH, las mujeres expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia, transfusiones sanguíneas sin precaución, y las mujeres indígenas/rurales, migrantes o parejas de migrantes, las mujeres privadas de la libertad o parejas de personas privadas de la libertad, entre otras.

Una gran proporción de mujeres pertenece a uno o más de estos grupos, y tiene así vulnerabilidades acumuladas. Género, origen étnico, situación socioeconómica, status de ciudadanía, entre otras formas de discriminación, se combinan así para formar situaciones de vulnerabilidad acumulada y, por lo tanto, extrema y riesgosa (Herrera y Campero 2002).

Es por esta razón que la infección por VIH tiene una alta prioridad por parte de instituciones gubernamentales y no gubernamentales respecto al estudio de factores de riesgo, prevención y tratamiento, como puede verse en los programas establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) (Díaz, González, Rodríguez, Robles, Moreno & Frías, 2003 citado por Núñez Rojas, A C; Tobón, S; Vinaccia Alpi, S; Arias Henao, D; 2006).

CAPÍTULO 4.-PROGRAMA PARA PROMOVER UNA MAYOR LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON VIH DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO

A lo largo de la historia se han observado el aumento de múltiples enfermedades en la población a nivel global, como es el caso del VIH/Sida, ante esto se han creado organizaciones internacionales dedicadas a la salud que promovieran nuevas formas de atención a la población cambiando así el panorama epidemiológico a gran velocidad en algunos países.

El sector salud de México y la OMS señalan que se pueden identificar cuatro grandes grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, es decir la naturaleza y las características de grado biológico con que nace el humano; la nutrición, esto es, la calidad y la cantidad de su alimentación, incluso desde antes de nacer; el tercero corresponde a el acceso a servicios de salud de alta calidad y, por último el comportamiento humano (Soberón, 1988, citado en Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua, ISSSTE, 2008). En efecto, el comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio.

De los intensos esfuerzos de los aspectos biológicos, médicos, y epidemiológicos por entender el VIH, se ha ido sumando progresivamente el interés por los aspectos psicosociales. Desde los comienzos de la epidemia ha dejado claro que estos factor son fundamentales en su transmisión y por lo tanto en su prevención y tratamiento de las personas con diagnóstico de VIH/Sida (Coates, 1990 citado por, Preciado, J; Montesinos, L; 1992), por lo que no solo la ciencia médica ha sido una mediadora ante esta situación para lograr controlar la epidemia, sino que, la psicología ha sido un binomio junto con ella.

Ante esto la psicología ha tenido un gran avance en su crecimiento como ciencia de la salud como en el caso de la Medicina Conductual la cual parte de la psicología y la medicina ha sido el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los

conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la medicina conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2012 citado en Reynoso E., Becerra G., 2014), una situación que se busca lograr en pacientes con VIH debido a que no sólo es un problema orgánico, sino que a la par involucra un grave impacto emocional en las personas que viven con el virus, sus familias y su entorno social.

Es necesario subrayar que desde el punto de vista de la medicina conductual (Schwartz y Weiss, 1977, citado por Reynoso E., Becerra G., 2014), el papel de los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos han mostrado su importancia para el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de las enfermedades, por lo que el diseño e implementación de intervenciones bajo este enfoque se ha vuelto primordial (Noguera Orozco y Pérez Terán, 2014, citado por Reynoso E., Becerra G., 2014).

Con base a investigaciones sobre las formas de transmisión de VIH, se sabe que la mayoría de las conductas que llevan a tener contacto con el virus son modificables. La posibilidad de cambiar las conductas riesgo y aumentar las protectoras es uno de los grandes desafíos para los trabajadores de salud pública y de las ciencias sociales. Sin embargo, a lo largo del tiempo se ha demostrado que pocas cosas son más difíciles que modificar la conducta humana (Ballester, R., 2005).

Ante ello se ha vuelto una necesidad el crear herramientas, programas, estrategias etc., que fomenten habilidades responsables para lograr conductas saludables con el propósito de llevar una calidad de vida saludable en cada persona, sin embargo es importante antes conocer el estilo de vida de las personas mediante las entrevistas a profundidad o detección de necesidades para posteriormente fomentar nuevos hábitos o mejorar los ya establecidos.

Es por ello que se pretende utilizar en esta investigación estrategias cognitiva-conductual que apoyen para difundir información significativa para los pacientes y a su vez ayude al desarrollo de habilidades sociales y emocionales que ayuden al fomento de la calidad de vida en mujeres con VIH durante y después del embarazo, mismos que pueden ser enseñados, posteriormente, de madre a hijo, como son las

habilidades para la vida las cuales se entienden como el conjunto de destrezas que permiten a las personas actuar de manera competente y habilidosa en las distintas situaciones de la vida cotidiana y con su entorno, favoreciendo comportamientos saludables tanto físicos como psicológicos y sociales. Las cuales se presentan como habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir en un entorno y lograr que éste cambie (Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009).

En relación al campo de intervención e investigación entorno en las habilidades para la vida han sido adoptadas, como estrategia de la promoción de la salud, en muchos lugares de Latinoamérica; las habilidades para la vida es una iniciativa que ha sido impulsada por la OMS en 1993 como una estrategia para prevenir la enfermedad y, posteriormente, para promover la salud, entendida ella en su sentido amplio de desarrollo vital y no sólo biológico del ser humano.

Entre las más significativas, según Preciado, J; Montesinos, L; (1992) e investigaciones con enfoque psicológico en Medicina Conductual descritos por Reynoso E. y Becerra G., (2014) se encuentran:

- ***Habilidades Sociales***

El Apoyo Social a través de grupos ha resultado efectivo en la modificación de conductas que facilitan la propagación de otras enfermedades. El apoyo social puede ofrecer un ambiente donde la conducta de riesgo tiene poca probabilidad de ser reforzada. Por ejemplo Kelly, St. Lawrence, Hood y Brasfeld (1989) trabajaron con grupo de apoyo social para reducir conductas de riesgo con población homosexuales y bisexuales. Cada uno presentaba a los demás miembros del grupo estrategias que había encontrado efectivas. De este modo, se permitía al resto del grupo observar modelos de la conducta a cambiar.

Las Técnicas de Autocontrol donde se pueden entrenar a individuos a evitar o reducir la posibilidad de enfrentarse a situaciones de alto riesgo. Estrategias cognitivo-conductuales pueden ayudar a individuos a evitar, conductas de riesgo

(Preciado, J; Montesinos, L; (1992). Así mismo, es una técnica que implica la acción a nivel conductual, pero requiere de una capacidad cognitiva, está encaminada a prevenir respuestas tanto fisiológicas, emocionales y conductuales. En VIH es recomendable para el manejo de emociones fuertes, el mantener hábitos de vida saludables y mantener la adherencia (Nogueta Orozco y Pérez Terán, 2014, citado en Reynoso E., Becerra G., (2014).

El Manejo de Estrés y Ansiedad, al vivir con VIH las personas tienen que enfrentar una serie de situaciones que están asociadas a la enfermedad, así como estresores de la vida más generales asociados con una enfermedad crónica altamente estigmatizada. Es por esto que para mejorar la capacidad de enfrentar estos retos al vivir con VIH, se han implementado una serie de intervenciones para el manejo del estrés, las cuales se apoyan en su mayoría, en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, según lo refiere una revisión sistemática de intervenciones para el manejo del estrés (Brown y Vanable, 2008, citado por Reynoso E., Becerra G., (2014). Las técnicas cognitivo conductuales son las que ofrecen resultados más eficaces, además de que son pocas las intervenciones centradas en las necesidades psicosociales de los pacientes al usar formatos más breves y considerarse costo-efectivas.

De acuerdo con Nogueta Orozco y Pérez Terán (2014) descrito en Reynoso E., Becerra G., (2014), para la sintomatología depresiva, la estrategia de activación conductual es la más recomendada. La autorregulación por medio de la relajación como respiración diafragmática y retroalimentación biológica es útil para reducir síntomas de estrés y ansiedad.

La Asertividad, Kelly, y cols. (1989) citado por Preciado, J; Montesinos, L; (1992) demostraron que el uso de la asertividad sexual disminuye las conductas de alto riesgo en una población homosexual y bisexual. Ellos enseñaron a sujetos a discutir de antemano su compromiso hacia el sexo seguro, resistir presiones que lleven a conductas riesgosas, y rehusar actividades sexuales con aquellas personas con las cuales solo se pretenda tener relaciones sociales.

Solución de Problemas, este tipo de entrenamientos facilitan la integración de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente, desde tomar sus antirretrovirales enfrente de otras personas o revelar el diagnóstico a una potencial pareja (Nogueta Orozco y Pérez Terán, 2014 citado en Reynoso E., Becerra G., 2014).

Ante esto Nogueta Orozco y Pérez Terán, (2014) citado en Reynoso E., Becerra G., (2014) mencionan que como estrategias complementarias a la solución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, modelado, ensayo conductual, reforzamiento positivo y retroalimentación; buscan facilitar las interacciones con el grupo y/o pareja, así como ampliar la red de apoyo social en el paciente de tal manera que se puedan incrementar las alternativas que perciba la persona para resolver alguna situación en particular. De esta forma, el paciente que vive con VIH puede adquirir habilidades necesarias para realizar los comportamientos de prevención como, abordar el tema del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual con su pareja así como negociar el uso del preservativo en las prácticas sexuales.

Ante lo cual mencionan que la técnica de solución de problemas creada por D´Zurilla y Goldfried (1971) sugiere 5 pasos para alcanzar soluciones nuevas a cualquier tipo de problema. Involucra orientación al problema, definición del problema, lista de alternativas, valoración de las consecuencias y comprobación. Este modelo ha sido aplicado en adherencia al tratamiento antirretroviral (Johnson & Elliot, 2006 citado por Nogueta Orozco y Pérez Terán, 2014) ya que permite identificar estilos disfuncionales de resolución de problemas. Lo que puede ser un predictor de depresión y otros indicadores de desadaptación a la enfermedad (Elliot, Grant y Miller, 2004 citado por Nogueta Orozco y Pérez Terán, 2014 citado en Reynoso E., Becerra G., (2014).

- **Habilidades Emocionales**

Autocuidado

En pocas palabras el autocuidado es incorporar en nuestros hábitos de vida, conductas que permitan sentirnos bien con nosotros mismo, y que permitan mejorar

y mantener el estado de salud adecuado. Son conductas simples y rutinarias que al mejorar la calidad de vida complementan también los tratamientos médicos.

Entre ellos está las 3 Reglas de Oro (La Casa de la Sal A.C. s/f), que consisten en:

- 1.- Apoyo Psicológico, es decir, fortalecer la autoestima y tener un control del estrés.
- 2.- Los Cofactores que consiste en el tener una alimentación sana, descansos, así como actividad física y evitar la reinfección haciendo uso del condón y así mismo evitar el consumo de drogas legales e ilegales.
- 3.- Adherencia al Tratamiento ATRV para evitar una resistencia del virus.

Resiliencia

El concepto de resiliencia en los seres humanos es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Grotberg, 1996; citado por Fernández M., 2010).

De acuerdo con Fernández M. (2010), “La resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés: malas condiciones y vejaciones en la familia, reclusión en campos de prisioneros, situaciones de crisis como las causadas por viudez o el divorcio, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole” (p. 13).

Contempla un grupo de importantes y valiosas variables psicológicas y sociales. De aquí que no sólo su comprensión, sino también sus posibilidades de formación y entrenamiento se conviertan en importantes aliadas para lograr mayores niveles de salud y bienestar entre las personas.

Vínculo Materno-Infantil

La información sobre aspectos biológicos del embarazo así como la conducta materna y neonatal de acuerdo con Maldonado-Durán e Ian Brockington (2011)

ayuda a comprender las interacciones que se observan desde los primeros momentos de la vida extrauterina, ayudando a conocer qué es lo normal, programado biológicamente, y qué se debe esperar en estas interacciones, las cuales puede ayudar a identificar posibles alteraciones conductuales y con ello a diseñar estrategias de orientación e intervención que faciliten la conexión natural entre la madre, el padre y el bebé, y así promuevan el óptimo desarrollo de éste.

La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio materno de cuidados tempranos del niño, entre los cuales la función de alimentar y nutrir es crucial (Betancourt M., L; Rodríguez Guarín, M; Gempeler Rueda, J; (2007), por lo que el tema de la *lactancia* es fundamental ya que para las mujeres es un vínculo significativo, sin embargo en mujeres con VIH no pueden amamantar ya que es una fuente de transmisión del virus para él bebe. De acuerdo con Bowlby quien considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce (Bowlby J., (1968). La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.

Las técnicas psicológicas pueden hacer valiosos aportes para la prevención y el tratamiento del VIH/Sida. Las conductas riesgo que favorecen la transmisión del VIH/Sida están asociadas a estilos de vida muy peculiares susceptibles de ser modificadas con éstas técnicas, el apoyo social, las técnicas de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, el manejo del estrés, la asertividad sexual, y otras habilidades emocionales son técnicas conductuales muy promisorias.

Por lo que, para la realización de la presente investigación se llevaron a cabo entrevistas a profundidad con el fin de hacer una “detección de necesidades”, posteriormente se utilizaran la realización de “talleres” como método/estrategia para

fomentar el desarrollo de aprendizajes activos y significativos de forma cooperativa entre las participantes, divididas en 4 sesiones de 2 talleres sobre “Habilidades para la vida” donde se iniciara con una breve pero significativa parte introductoria sobre cada tema a trabajar reforzándolo con dinámicas a nivel grupal que permitan un aprendizaje significativo.

Mediante este programa que fomenta una calidad de vida en mujeres con VIH durante y después del embarazo.

El cual tiene por objetivos:

Objetivo General: Promover una mayor calidad de vida a mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH mediante el desarrollo de hábitos saludables que contribuya con el bienestar de la madre e hijo durante y después del embarazo, y así mismo, evitar el riesgo de una transmisión del VIH al bebe.

Objetivos Específicos:

- 1) Diseñar un programa que ayude a mejorar la calidad de vida en mujeres embarazadas que presenten diagnóstico de VIH.
- 2) Brindar herramientas que permitan a mujeres embarazadas con VIH a desarrollarse de manera saludable durante y después del embarazo, evitando así la transmisión de VIH al bebe.
- 3) Concientizar a las mujeres en el cuidado propio como sinónimo de amor.
- 4) Sensibilizar a las mujeres en fortalecer el vínculo materno-infantil.

MÉTODO.

Población: La muestra fue conformada por tres mujeres notificadas con VIH (de 1 mes hasta 3 años), que se encuentren en el periodo perinatal del embarazo, es decir que se encuentren entre las 22 semanas de gestación hasta las 4 primeras semanas de vida neonatal.

Escenario: La investigación se llevó a cabo dentro de la institución de La Casa de la Sal A.C., un asociación civil localizada en la calle de Texcoco 95 Col. Clavería,

Del. Azcapotzalco C.P. 028090 en la Ciudad de México, en dos diferentes escenarios, el primero fue en una habitación oficina de 4 x 4, con iluminación artificial y ventilación, con sillas y un escritorio, propiciando un ambiente de intimidad, y el segundo escenario fue dentro del salón de usos múltiples de la institución de 12m x 14m aproximadamente, con iluminación artificial y ventilación, con sillas y mesas, permitiendo un ambiente en grupo.

Materiales:

- Laptop
- Proyector
- Diapositivas
- Consentimiento informado
- Hojas
- Lapiceros

Evaluación: Se realizó de manera individual una entrevista a profundidad resaltando ciertos puntos psicológicos y sociales como: estilos de vida, autocuidado, creencias, metas a corto y largo plazo, etc., con un tiempo estimado de aplicación de 30 min. **(Anexo 1)**.

PROCEDIMIENTO.

1.- Selección de participantes

Para la selección de la muestra se contó con la ayuda de la coordinadora de enlaces hospitalarios de La Casa de la Sal A.C. invitando a su población a ser partícipes de la investigación.

2.-Pre-evaluación

Al inicio del taller se realizó una entrevista a profundidad a cada participante para conocer su perfil C.A.S.I.C. (Anexo1).

- a) Datos sociodemográficos

- b) VIH
- c) Embarazo
- d) Habilidades Emocionales y Sociales

3.- Aplicación del Taller de Habilidades Sociales y Habilidades Emocionales

- a) El Taller consto de 2 únicas sesiones con una duración aproximada de 2 horas cada uno.
- b) Las sesiones fueron llevadas a cabo el tercer martes de cada mes de las 10:00 am a las 12:00 pm
- c) Los contenidos que se trataron fueron (Anexo 3 “CARTA DESCRPTIVA”).

Taller 1: Entrenamiento en Habilidades Sociales

Asertividad

Autocontrol y Manejo del Estrés y Ansiedad

Técnica de Solución de Problemas

Taller 2: Entrenamiento en Habilidades Emocionales

Autocuidado

Aceptación

Vinculo Materno-Infantil

4.- Post-evaluación

Al inicio del taller se realizó nuevamente la entrevista a profundidad a cada participante para conocer el perfil C.A.S.I.C. (Anexo1).

- a) Datos sociodemográficos
- b) VIH
- c) Embarazo
- d) Habilidades Emocionales y Sociales

TALLER HABILIDADES PARA LA VIDA

“Transmitiendo Vida, no VIH”

Lo único que transmiten las personas con VIH, es Vida. -Anónimo

TIEMPO	SESIONES	ACTIVIDADES
	PRE-Evaluación	Entrevistas
30 minutos aprox. por participante	Entrevista a profundidad. Perfil CASIC (Anexos 2)	Se realizar entrevistas a profundidad con el propósito de conocer sus hábitos que llevan mujeres con VIH durante la etapa perinatal del embarazo así como hacer una detección de necesidades, teniendo como objetivo armar el taller grupal.
	SESION 1	TALLER DE HABILIDADES PARA LA VIDA
120 min.	HABILIDADES SOCIALES	Realizar entrenamiento en: Técnicas de Autocontrol Manejo de Estrés y Ansiedad Asertividad Solución de Problemas
	SESION 2	TALLER DE HABILIDADES PARA LA VIDA
120 min.	HABILIDADES EMOCIONALES	Realizar entrenamiento en: Autoestima Autocuidado Vinculo Materno-Infantil (Apego Sano)
	POS-TEST	ENTREVISTA
30 minutos aprox. por participante.	Entrevista a profundidad. Perfil CASIC	Realizar entrevista a profundidad con el propósito de conocer si existe algún cambio en sus hábitos que permita llevar una calidad de vida en las mujeres con VIH durante y después del embarazo y así mismo contribuir a la transmisión del virus al bebe.

TABLA 1.- Esquema del método del taller Habilidades para la Vida. García R. (2017)

RESULTADOS

Los resultados encontrados antes y después de la aplicación del taller, se encuentran relacionados con los objetivos planteados al inicio de la intervención, en el cual se pretendía realizar una detección de necesidades mediante el conocimiento de hábitos, costumbres, creencias y conductas que se presentaban en mujeres embarazadas portadoras de VIH para posteriormente incrementar o modificar esos hábitos, costumbres, creencias o conductas que pudiesen impedir o no el llevar una buena calidad de vida y así mismo evitar la transmisión del virus al bebe todo esto mediante el entrenamiento en habilidades sociales y emocionales.

En primer lugar, como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, el VIH resulta una enfermedad crónica con una alta prevalencia a nivel mundial que no distingue entre sexo y edad por lo que presenta importantes repercusiones en el desarrollo biopsicosocial de quien lo padece teniendo distinto impacto sobre las mujeres y los hombres.

Durante la primera sesión, correspondiente a las pre-entrevistas realizadas individualmente, la información recabada nos lleva a obtener dos puntos de vista bajo los que una calidad de vida favorable o no favorable en mujeres embarazadas portadoras de VIH se puede regir.

Desde el factor social, el VIH se ha visto como un resultado de promiscuidad, debido a que en su mayoría se relaciona a casos de prostitución, violación, homosexualidad e infidelidad (CENSIDA, 2017) por lo que gran parte de la población portadora optan por mantener oculto el diagnostico o a su vez informar únicamente a familiares cercanos que aunque se encuentra dentro de sus derechos el revelar o no el diagnostico (CNDH, 2015), por desgracia, con bastante frecuencia esta condición puede también ejercer un impacto negativo sobre la familia y las amistades que conforman la red de apoyo de la mujer, es decir, las relaciones personales pueden verse a menudo afectadas (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

En el caso de las participantes se obtuvo lo siguiente:

- Participante GR1: ...“solo saben que estoy enferma mis papás, mis hermanos y mis cuñado así como mi pareja que falleció de VIH”...”todos ellos me apoyan con cuidados, emocionalmente, nunca me juzgan y también económicamente ya que suelo trabajar pocos días como ayudante de comerciante para dedicarle tiempo a mi bebe”.
- Participante MV2: ...”notifique a mi madre a una hermana y al padre de mi hijo quien desconozco si tiene VIH, me conto que si se había hecho las pruebas pero nunca las vi, además de que se separó de mi hace unas semanas. Mi mamá y mi hermana son las únicas que me apoyan económicamente y emocionalmente”...
- Participante DL3: ...”mi mamá, mis hermanas y mi pareja son los únicos que saben de mi condición...mis suegros no saben nada porque tienen una mente muy cerrada, son muy rectados y seguro me juzgarían”...

De igual manera, la vergüenza causados por el estigma que presenta el vivir con VIH se han asociado con el miedo a la revelación y a la reacción de otras personas al conocer la situación de infección, el miedo al abuso, la discriminación y, en última instancia, con el aumento de la transmisión de la enfermedad (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

Y a esto, sumándole la desinformación de la población en general acerca del VIH (González, 2007) ya que todas las participantes informaron no tener conocimiento alguno o el tener una mala información sobre el VIH.

- Participante GR1: ...”Cuando recibí el diagnostico sentí que el mundo se me venía encima, todo fue muy alarmante, creía que me iba a morir, que ya no tenía mucho tiempo de vida”... “en esos momentos no me importaba el qué

dirán sino que temía por mi vida, porque el tener VIH era para mí sinónimo de muerte, pero cuando me entere que estaba embarazada y que también tenía el VIH me sentí muy triste, incluso pensé en abortar”...

- Participante MV2: ...”Cuando recibí el diagnostico sentí mucho miedo y angustiada por lo que me esperaba, me sentí mal, no sabía qué hacer, estaba muy confundida, tenía mucho miedo, no me quería morir y aún más porque estaba embarazada”...“en el laboratorio donde me hicieron la prueba me dijeron que tenía que abortar, que no podía continuar con el embarazo por tener VIH, pero una vez después de que te informas te das cuenta que no es tan malo como se piensa”...
- Participante DL3:...“Cuando recibí el diagnostico me sentí muy triste, lo primero que pensé era en la muerte, en que me iba a morir, pero todo esto por una mala información, fue hasta que el médico me dijo que podía llevar una vida normal si llevaba los cuidados necesarios y así me sentí más tranquila”...

Desafortunadamente la mala información sobre el VIH también es observada en instituciones de salud y en el mundo laboral aun pese a las normas de inclusión que el gobierno adscribe, promoviendo debido a esta carencia de información así como debido a estigmas sociales la discriminación e incluso el rechazo o negación de algún recurso indispensable para las personas.

- Participante MV2: “...cuando me alivie sufrí de discriminación por parte del personal médico porque les daba como que miedo atenderme... a fuerzas

querían que le diera pecho a mi hija aun sabiendo que tengo el VIH y esa noche se la paso llorando mi bebe”.

“...he buscado trabajo y en las pruebas que te hacen te piden que des autorización para que te hagan pruebas médicas como la de VIH y si no aceptas te preguntan por qué no quieres y yo les he dicho que eso es discriminación y pues no me dan trabajo”...

- Participante GR1: ...”a pesar de que cuento con el seguro popular no se lo hicieron valido a mi hija aun cuando nació sin el virus”...

Demostrando así que las opiniones y actitudes de la sociedad no son los únicos factores que pueden dificultar el tener una calidad de vida favorable en mujeres con VIH, la enfermedad y otros factores relacionados pueden repercutir en la salud emocional misma que es parte fundamental dentro la una buena calidad de vida (Badia y Lara, 2004).

Así mismo, en diversas investigaciones se sabe que las mujeres experimentan una mayor carga de alteraciones emocionales y del estado anímico a diferencia de los hombres, un hecho que se asocia a menudo con las tensiones adicionales que llegan a presentar en su rol como madres o cuidadoras (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

- Participante GR1:...”Actualmente me sigo sintiendo triste por la pérdida de mi pareja, aunque tengo a mi familia y a mi hija me llevo a sentir sola, fue por eso que decidí llevar atención psicológica porque no quiero deprimirme,

quiero estar bien para mi hija y sobre todo que mi pareja desde el cielo se dé cuenta que soy una buen mujer y madre para nuestra hija”...

- Participante MV2: ...”me siento preocupada porque siento que ahora no puedo protegerla como antes cuando estaba en mi vientre, tengo miedo que sufra de discriminación, que la rechacen así como lo ha hecho su papá y todo porque su mamá tiene VIH...”

...” No ha sido fácil salir adelante, ser madre soltera no es fácil, procuro siempre cuidarme, no dejar de tomar mis medicamento, pero emocionalmente no me siento bien, tras el abandono de mi pareja he descuidado a mi hija me cuesta trabajo demostrarle mi cariño. Mi calidad de vida se ha modificado mucho en esta parte emocional y no quiero seguir un patrón que anteriormente viví como fue el abandono de mi mamá...”

Es así como podemos darnos cuenta que el VIH no solo es un problema orgánico, sino que a su vez involucra un grave impacto emocional en la persona que vive con VIH, sus familias y en su entorno social (Noguera Orozco y Pérez Terán, 2014, p.264).

De la misma forma, dentro de los factores psicológicos que propician una calidad de vida favorable y que resulta un punto importante a considerar, es el autocuidado, el cual tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad (Vinaccasia, S., y Orozco, L., 2005). El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen tanto de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud,

tanto como con los factores de riesgo, que pueden generar, prácticas favorables o riesgo para la salud (Tobón, C., s/f).

Sin embargo, en el caso de las madres, en su mayoría, después de haber dado a luz, suele enfocarse en sus hijos o por condiciones externas desatendiendo de alguna manera el cuidado de su salud (Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig, 2012).

- Participante GR1:..."casi no suelo dedicarme tiempo para mí, me dedico solo a trabajar y a cuidar a mi hija porque ella es lo más importante"...
- Participante MV2: ..."considero que mi calidad de vida es regular porque no cuento el apoyo de mi pareja, sé que para llevar una vida saludable debo tener una buena alimentación y tomar mis vitaminas..."Me considero alguien adherente al tratamiento, pero no suelo dedicar tiempo en mí ya que solo me enfoco en mi bebe..."
- Participante DL3: ..."considero que mi calidad de vida no ha sido tan buena ya que me llevaba la vida muy tranquila, no me cuidaba como debí haberlo hecho, casi no me dedico tiempo, no tengo buenos hábitos saludables y todo pese a que mi mamá me trato de educar bien"...

Desafortunadamente esto no debería ocurrir en mujeres con VIH ya que podrían recaer y aumentar la carga viral si no continúan con la adherencia al tratamiento entre otros cuidados que son requeridos para una vida estable en los pacientes con diagnóstico (Sosa, Ñ., y Ortega, C.,2016).

Sin embargo, se pudo observar que pese a las múltiples circunstancias a las que enfrentaban las futuras madres, el hecho de encontrarse embarazadas era una

de las principales razones por las que, al menos las participantes, mostraron un mayor interés por tener y mantener una calidad de vida favorable.

- Participante GR1: "...mi bebe ha sido mi mayor motivación, por ella es que no me doy por vencida, me cuido para cuidar de ella"...
- Participante MV2: ..." Cuando me entere que esperaba un bebe, todos mis problemas se me olvidaron y me sentí muy feliz, contenta y sobre todo afortunada, porque sé que hay muchas mujeres que no pueden embarazarse y a mi Dios me la mando..."
- Participante DL3: ..."cuando me entere que estaba embarazada me sentí muy contenta, aunque no estaba en mis planes, pero ahora es la principal razón por la que quiero salir adelante..."

Es así como hemos mencionado, el embarazo constituye un momento especial para la mujer y partiendo del hecho de que la mujer gestante, como ser humano biopsicosocial, el nuevo ser que se reproduce en su interior comparte esas mismas características a través de la influencia que en ambos ejercen una serie de factores ambientales, donde se fusionan una serie de emociones tanto positivas como negativas. Fernández, M. y Sánchez, C., (2005) mencionan que dichas emociones serán más o menos intensas dependiendo de las características personales y de la interpretación cognitiva que la mujer realice de los distintos ambientes o contextos donde se desarrolla la madre. Aquellas mujeres que manifiestan una mayor vulnerabilidad, el embarazo por sí mismo, puede tener un efecto perturbador sobre su propia salud y la del bebe.

Es por esta razón, que fue llevado a cabo los talleres, donde se observaron grandes cambios en hábitos, costumbres, conductas y creencias una vez

entrenándolas en habilidades sociales y emocionales y así mismo, una vez nacidos los bebés se informó por las propias participantes que todos se encontraban libres del virus.

- Participantes GR1: ...”El VIH para mí, ahora es como mi acompañante, que a pesar de que va a estar siempre conmigo me va ayudar a recordarme lo importante que soy, que debo de ponerme más atención, que no me debo descuidar y sobre todo a no darme por vencida porque si yo estoy bien sé que mi bebé y mi familia también va a poder estar bien”...

...” Tras este tiempo que me han enseñado mucho en los talleres y en el hospital mi bebé ha sido mi mayor motivación, por ella es que no me doy por vencida, me cuido para cuidar de ella porque quiero que ella sea mejor que yo y que sepa que aun en momentos difíciles siempre se puede salir adelante”...

...” Considero que mi calidad de vida es normal, es como al de cualquier persona o más bien mejor que la de cualquiera porque ahora me cuido, veo por mí, me checo, tomo mis medicamentos a la hora que me tocan, me dedico tiempo para mí, he aprendido a mejorar mis hábitos saludables porque quiero estar bien para mí y mi hija”...

- Participante MV2: ...” Ahora aunque el VIH vive en mí y justo porque sé que es parte de mí debo ponerle y ponerme mucha atención, debo dedicarme tiempo, debo procurar ser indetectable y para eso debo seguir mejorando mis hábitos saludables”...

...”soy la persona más importante para mí porque de mi dependerá mi bebe, si yo no me cuidado nadie lo va hacer...”

- Participante DL3:...” Ahora el VIH lo tome como una oportunidad de vida, porque antes no me cuidaba, no me dedicaba tiempo para mí y ahora con la llegada de mi bebe y el apoyo de mi pareja y mi familia sé que puedo salir adelante”...“ he aprendido a ser una mejor mujer y sé que puedo ser una buena madre”...

...”ahora me siento muy feliz porque me convertiré en madre, quiero ser un ejemplo para mi bebe, que sepa que siempre voy a estar para él, que sepa que me voy a cuidar para siempre protegerlo y darle lo mejor, quiero enseñarle lo que he aprendido para que pueda tener una calidad de vida buena y saludable”...

...”gracias a los talleres he aprendido a cómo cuidarme, pero sobre todo a quererme y aceptarme ya que de ser así es que lograre estar saludable y sobre todo indetectable para que mi bebe nazca sano, se ahora que una buena y adecuada alimentación es indispensable, y sobre todo el volverme adherente al medicamento”...

Es así como podemos mencionar que el ámbito psicológico es una herramienta fundamental dentro del tratamiento en mujeres embarazadas con VIH, proporcionando a la población herramientas que fomenten una calidad de vida saludable y unas de estas herramientas son las “Habilidades para la Vida” la cuales

han sido adoptadas como estrategia de la promoción de la salud. Es una iniciativa que ha sido impulsada por la OMS en 1993 como una estrategia para prevenir la enfermedad y, posteriormente, para promover la salud, entendida ella en su sentido amplio de desarrollo vital y no sólo biológico del ser humano. Las cuales fueron la principal herramienta de trabajo para su entrenamiento en las participantes.

Así mismo, tenemos claro que de acuerdo con Nettleton (2002), citado por Avelar R., Cornejo R. y Torres A. (2011) quienes afirman que “Cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones, como en el sentido de sí mismos” (p.32). Además menciona que el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituye el inicio de un largo procedimiento de adaptación, el cual se puede considerar como una crisis y dentro de estas características se encuentra el vivir con VIH.

Es por esta razón que mediante las entrevistas de pretendió conocer el perfil C.A.S.I.C de cada participante, cabe mencionar que el perfil C.A.S.I.C consiste en dos valoraciones que busca conocer el estado del paciente mediante el conocimiento de cinco funciones psicológicas básicas: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva, que ayude a detectar la gravedad y dimensión de la problemática (Slaikeu, 1988). El cual tiene como meta principal ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, (Garces & Valdivieso, 2012, citado en Fernández Márquez ,2010).

Por lo que los resultados obtenidos antes y después del entrenamiento en habilidades para la vida en las participantes, se observaron cambios notorios:

Perfil C.A.S.I.C de las áreas de mayor afectación en la participante

Participante: GR1

▪ Primera valoración

Conductual: Falta de autocuidado

Afectiva: Tristeza, depresión

Interpersonal: Fallecimiento de su esposo

Cognitiva: Pensamientos de muerte, creencia de no poder ser madre –aborto-

- **Segunda valoración**

Interpersonal: Fallecimiento de su esposo

Participante: MV2

- **Primera valoración**

Conductual: Mala relación con la familia de su ex pareja, falta de autocuidado.

Afectiva: Tristeza, depresión

Interpersonal: Abandono de su pareja, discriminación, redes de apoyo disminuyen.

Cognitiva: Abandonar sus estudios, creencia de no poder ser madre-aborto-

- **Segunda valoración**

Conductual: Rechazo en los trabajos

Interpersonal: Descuido de su hija, discriminación.

Participante: DL3

- **Primera valoración**

Conductual: Abandono de sus estudios, falta de autocuidado, mala relación con la familia de su pareja.

Afectiva: Tristeza, culpabilidad, miedo al rechazo

Interpersonal: Sus redes de apoyo disminuyen

Cognitiva: Creencias de muerte

- **Segunda valoración**

Afectiva: miedo al rechazo

Con tantos posibles retos y situaciones emocionales a los que se hacen frente hoy en día las mujeres que viven con VIH, y con una diversidad de necesidades sociales y culturales que influyen en el hecho de cómo cada una de ellas sobrelleva estas situaciones, el apoyo emocional individualizado debería ser una parte esencial del cuidado de cada mujer y aún más siendo ellas las próximas educadoras del nuevo ser promoviendo una mejor calidad de vida para ambos, es así como podemos demostrar que lo único que transmiten las personas con VIH es vida.

CONCLUSIONES

Es importante mostrar a la población que las conductas y creencias que podemos llegar a seguir a lo largo de nuestra vida, son las herramientas que nos podrían ayudar o impedir el tener una calidad de vida saludable. Es por ello que como profesionales en la salud, hacer consiente al otro, como un primer paso, de los beneficios o consecuencias de aplicarlo, para posteriormente brindar nuevas herramientas o fortalecer aquellas que ayuden a fomentar una calidad de vida favorable.

Respecto a las mujeres con VIH en su rol de madre, resulta fundamental entrenar en habilidades saludables fomentando una calidad de vida sana, que pese al ser portadoras de VIH, pueden tenerla, misma que en un futuro, se esperaría, ser enseñadas a sus hijos y a quienes les rodean. Las habilidades para la vida, que involucran el desarrollo de destrezas que permiten el desarrollo de estrategias que pueden utilizar ante diversas situaciones a las que pudiesen enfrentarse a lo largo de su vida, entre ellas, el cuidado de la salud.

Es por ello que los factores psicosociales encontrados en la presente investigación son un parteaguas para la realización de posteriores investigaciones así como son una invitación a continuar con el diseño de programas de intervención que, así como abarquen los aspectos trabajados anteriormente, se trabajen más aspectos psicológicos de manera personalizada como es la aceptación del diagnóstico, así como que dichos servicios lleguen a toda la población, especialmente la dedicación del estudio y el conocimiento en la población femenina ya que se carece de información misma que es fundamental para la población en general, para concientizar en un primer lugar de manera oportuna sobre esta problemática de carácter mundial para posteriormente, con base a una detección de necesidades, diseñar programas que brinden herramientas que puedan contribuir con una calidad de vida favorable para la población.

Así mismo, se pide no olvidar a aquellas personas que creemos no se encuentran involucradas ante situaciones que ha tenido alcances mundiales y, aún más, en

situaciones de salud, ya que son mínimas las enfermedades que distinguen entre edad y sexo.

Sin duda, como profesionistas nos corresponde aportar con nuestros aprendizajes

Una nueva visión del mundo, sin embargo, siempre he considerado que el aprendizaje inicia desde el hogar, los padres o cuidadores son los primeros maestros y modelos a seguir para posteriormente lograr una cadena de dichos aprendizajes que pasaran de generación en generación. Es por ello que deben ser entrenados en habilidades que permitan tener una calidad de vida favorable para que esta sea fomentada.

Es importante mencionar que la calidad de vida, es un estilo de vida, una condición, que abarca desde aspectos sociales hasta psicológicos, haciéndolo un proceso que consta decisión, empoderamiento de nuestra propia vida, aprendizaje constante y sobre todo es un aspecto que implica constancia.

Ahora bien, en población con VIH suele ser este un proceso que implique el doble empoderamiento, aprendizaje, decisión y constancia ya que, debido a la enfermedad, se involucran muchos aspectos de clase social y que agravan el aspecto psicológico dificultando el tener una calidad de vida favorable para las personas, es por ello que el cuidado psicológico debería ser un recurso indispensable y prioritario de atender, tal cual lo es el cuidado o servicio médico.

La psicología ha demostrado proporcionar uno de los cuidados más importantes, como lo es la salud mental, que, al mantener un cuidado constante proporciona habilidades que permiten desarrollarnos de manera correcta ante distintas situaciones, lo cual, a su vez, nos propicia a llevar una calidad de vida saludable.

Así mismo, esta investigación invita a contribuir con investigaciones que se encuentren bajo un enfoque psicológico, que propicie una calidad de vida a cada individuo.

ANEXOS

Anexo 1 Guía de Entrevista a Profundidad

REGISTRO DE ENTREVISTA

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Nivel de escolaridad: _____

Delegación o Municipio donde reside:

¿A qué se dedica actualmente?

¿Practica alguna Religión?

¿El lugar donde vive es propio? _____

¿Con quién(es) vive actualmente? _____

¿Cuántas semanas de embarazo tiene?

¿Número de Embarazo? _____

¿Tiempo de Notificación con diagnóstico de VIH?

¿Lugar de Notificación? _____

¿Cuenta con servicio médico? _____

¿Dónde? _____

¿Se encuentra en Tratamiento ARV y Prenatal? _____

¿Cuál? _____

¿Cuánto tiempo lleva con el
tratamiento? _____

¿Cuáles son tus estrategias de adherencia al tratamiento
ARV? _____

¿Se encuentra alguien informado sobre su Diagnostico?, ¿Quién (es)?

¿Cuenta con redes de apoyo?, ¿Qué tipo de
apoyo? _____

¿Su pareja se encuentra con el
diagnostico? _____

¿Su pareja se encuentra en
tratamiento? _____

Describe qué haces en un día normal desde que te levantas hasta que te
duermes _____

¿Alguien le acompaña al Taller “Infancia Libre de VIH” (ILVIH)?

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD “PRE-POST”

1.- VIH

Qué opinas sobre el
VIH _____

Como te sentiste al recibir el
diagnostico _____

2.- EMBARAZO

¿Qué concepción tenías sobre el embarazo antes de saber que esperabas un bebe? _____

¿Cómo te sentiste al recibir la noticia de que esperabas un bebe? _____

¿Qué concepción tienes sobre el embarazo ahora que estas a punto de convertirte en madre? _____

3.-AUTOCUIDADO

Conoces los cuidados que debes llevar para tener un embarazo saludable aun con el diagnóstico, ¿cuáles conoces y cuales llevas acabo? _____

Que hábitos saludables conoces que se deben seguir durante y después del embarazo _____

En alguna ocasión has dejado de tomar el tratamiento antirretroviral, cuando y porque _____

En cuanto a calidad de vida, ¿cómo consideras que es la tuya y porque? _____

3.1 EMOCIONAL

¿Cuál es tu principal preocupación? _____

¿Consideras que tú eres la persona más importante para tí?, ¿Por qué? _____

¿Qué esperas de ti como madre y como mujer?, ¿Cómo consideras que puedes lograrlo? _____

¿Cuánto tiempo te dedicas a ti misma?, ¿Qué actividades dedicas para ti?, ¿Con que frecuencia las llevas acabo?

¿Qué opinas de la lactancia materna y la condición de VIH?

3.2 HABILIDADES SOCIALES

¿Cómo sueles reaccionar ante una problemática?

¿Cuál ha sido la principal problemática a la que te has enfrentado hasta ahora y si la has podido resolver, como lo lograste?

¿Cómo es la relación con las personas con las que vives/familia?

5.- CIERRE

Que te gustaría aprender a lo largo del taller, hay un tema en especial que te gustaría que se hablara



ANEXO 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Consentimiento Informado



Fecha: 17 de octubre del 2017

Nos complace invitarla a participar en una investigación de carácter profesional, ante lo cual este documento se le hace entrega con el propósito de informarle acerca del carácter de las actividades y de la investigación en el que está por participar.

Este estudio se hace con el fin de conocer la historia de vida de mujeres con VIH que se encuentren embarazadas, así como sus hábitos saludables que acostumbra a llevar a cabo durante su embarazo y con ello hacer una detección de necesidades, con la finalidad de fomentar mejores hábitos de salud psicológica así como promover la calidad de vida y el bienestar de las mujeres participantes, lo cual contribuye a conseguir el mejor estado de salud posible para su hijo.

Por lo que se llevarán a cabo las siguientes actividades para lograr los objetivos, mismas que se realizaran en las instalaciones de La Casa de la Sal A.C. durante el Taller “Infancia Libre de VIH”, con una duración de 30 a 45 minutos cada sesión:

- Entrevistas Individuales a fondo para conocer la historia de vida y los hábitos cotidianos de las mujeres participantes.
- Talleres grupales para informar acerca de los cuidados necesarios durante un embarazo al presentar VIH, que ayudará a fomentar los hábitos adecuados evitando los riesgos de transmisión al bebe. Así como promover el autocuidado después del embarazo.
- Entrevistas individuales al finalizar la aplicación de los talleres para conocer posibles cambios y logros obtenidos.

Por lo que dicha información recolectada será totalmente confidencial, conocida y utilizada solamente para fines de la investigación, guardando anonimato de las participantes. Así mismo, usted es libre de manifestar cualquier duda o inconformidad antes, durante o después de este estudio, así como también se encuentra en libertad de no aceptar alguna de las condiciones de este consentimiento informado.

Sin más por el momento quedo a su disposición y le agradezco su atención y la confianza brindada para la realización de esta investigación.

Firma de aceptación del participante



Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Talle: Habilidades para la Vida

“TRANSMITIENDO VIDA, NO VIH”

Eje Temático: Taller de habilidades sociales y habilidades emocionales.	Número de sesiones: 2
Responsable de sesión: Luz Itzayana García Ramírez	Fechas:
	✓ 21 de Noviembre 2017
	✓ 5 de Diciembre 2017
	Duración: 240 minutos
<p>Objetivo: Diseñar un programa que ayude a mejorar la calidad de vida en mujeres embarazadas que presenten diagnóstico de VIH, mediante el desarrollo de hábitos saludables que contribuya con el bienestar de la madre e hijo durante y después del embarazo, y así mismo, evitar el riesgo de una trasmisión del VIH al bebe.</p>	

Tema	Objetivo Especifico	Desarrollo	Técnicas o Dinámicas	Materiales	Tiempo
SESION 1 “Taller de Entrenamiento en Habilidades Sociales”.	Entrenar a las participantes en Asertividad, Autocontrol, Solución de Problemas promoviendo una	Para iniciar con el tema de HABILIDADES PARA LA VIDA se realizaran las preguntas de: - ¿Qué son para ellas las habilidades	Participativa Expositiva	☉ Computadora ☉ Proyector ☉ USB ☉ Papelitos de actividades	120 min.

	<p>mayor calidad de vida mediante el desarrollo de hábitos saludables que contribuya con el bienestar de la madre e hijo durante y después del embarazo, y así mismo, evitar el riesgo de una transmisión del VIH al bebe.</p>	<p>para la vida?,</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué consideran de que se trata el tema? <p>Una vez captada la atención y la generación de lluvia de ideas se procederá a la una respuesta breve y concisa al igual que cada uno de los temas donde se abarquen en qué consisten las habilidades para la vida, beneficios y como se presentan.</p> <p>Evitando la saturación de información y fomentando la reflexión y las actividades dinámicas.</p> <p>1.- Después se les hará mención que durante esta sesión se trabajaran con las HABILIDADES SOCIALES informando cuál es su importancia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Folletos ⊙ Tabla de “Habilidades e Intereses”. 	
--	--	--	--	---	--

		<p>Posteriormente se trabajara con el tema de ASERTIVIDAD haciendo mención de su significado, sus beneficios, los tipos de conductas que se presentan durante una situación o conversación con otra/as personas.</p> <ul style="list-style-type: none">- En ese momento se les pedirá que reflexionen sobre que característic a las llegan a distinguir o con que conducta se identifican. <p>2.- Posteriormente se tocara otra Habilidad Social fundamental, la cual ellas han trabajado en sesiones anteriores como son las TECNICAS DE AUTOCONTROL y MANEJO DE</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>ESTRÉS Y ANSIEDAD.</p> <p>Durante este tema se les mencionara la Técnica o Terapia Ocupacional haciendo mención de su importancia y beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none">- Durante este tema se les hará entrega de una hoja con un cuadro que contienen 3 preguntas: <p>¿En que soy buen?, ¿Mis intereses? y ¿Cómo lo puedo lograr?.</p> <p>Logrando una reflexión de sus habilidades y como podrían insertarse en una actividad que además de brindarles un control de estrés puedan ampliar sus dinámicas cotidianas.</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>3.- Para finalizar se trabajara con el tema de TÉCNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS.</p> <p>Durante ese tema final se les entrenara a las asistentes en la Técnica de Solución de Problemas dictada por D´Zurilla y Goldfried en 1971 y utilizada en Terapia Cognitivo Conductual y Medicina Conductual.</p> <p>Se les mostrara el desarrollo de los 5 pasos establecidos en la Terapia junto con ejemplos de cada paso.</p> <p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Orientación hacia el problema2. Definición y formulación del problema3. Generación de alternativas			
--	--	---	--	--	--

		<p>4. Toma de decisión</p> <p>5. Ejecución y verificación de resultados</p> <ul style="list-style-type: none">- Durante este tema se realizara una actividad en equipos donde se haga una recapitulación de los temas antes pensionados sobre las HABILIDADES SOCIALES.- Se realizara una actividad de "Role Playing" sobre Asertividad y Solución de Problemas sobre el tema: "COMO HABLAR CON NUESTROS HIJOS SOBRE EL			
--	--	--	--	--	--

		<p>DIAGNOSTICO”.</p> <p>Actividad: se les pedirá a las asistentes que en equipo realicen un ejercicio de ¿cómo hablarían con su/s hijo/s o con una nueva pareja sobre el diagnostico? utilizando los temas antes mencionados, donde una participante actuara como “La mamá” y la otra participante como “El Hijo” y viceversa.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se les hará entrega de una hoja en blanco y un bolígrafo para que realicen las anotaciones pertinentes según se mencionaron en los pasos a seguir en la Técnica de Solución de Problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971).			
--	--	--	--	--	--

		<p>Una vez que hayan finalizado el ejercicio se les pedirá que uno o dos equipos voluntarios realicen el ejercicio de manera grupal. Para posteriormente realizar una Retroalimentación grupal y una reflexión de aquellos aspectos que consideren deben mejorar.</p> <p>❖ Para finalizar se les pedirá que con su pareja de ejercicio se realicen una retroalimentación contestando a las preguntas de:</p> <p>¿Cómo concederán que fue su actitud?</p> <p>¿Respondió a sus preguntas?</p> <p>¿Cómo se sintieron al estar en el papel de “Madre e “Hijo?</p> <p>¿Qué aspectos concederán que</p>			
--	--	---	--	--	--

		debe mejorar y porque?			
<p>SESION 2</p> <p>Taller de Entrenamiento en Habilidades Emocionales: AUTOCUIDAD, ACEPTACION</p>	<p>Brindar herramientas que permitan a mujeres embarazadas con VIH a desarrollarse de manera saludable durante y después del embarazo, evitando así la transmisión de VIH al bebe. Y así mismo concientizar a las mujeres en el cuidado</p>	<p>1) Durante este tema se les presentaran diapositivas con los conceptos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué es el Autocuidado? <p>Y una vez captada la atención de las asistentes, se les realizara la pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Se consideran como la persona más importante para ellas? <p>Invitándolas a reflexionar sobre él porque debería ser prioritario su autocuidado, haciendo énfasis en que es de fundamental importancia ya que ahora un nuevo ser esta en sus manos y si ellas están bien en salud física</p>	<p>Participativa</p> <p>Expositiva</p>	<p>Cuadritos de colores: amarillo y café</p> <p>Silueta de bebe</p> <p>Dibujo de estrella</p> <p>Plumones</p> <p>Lapiceros</p>	<p>120 min</p>

	<p>propio como sinónimo de amor.</p>	<p>y psicológica sus hijos podrán adquirir esas habilidades y hábitos para que de igual forma puedas desarrollarse de manera saludable.</p> <p>1) Posteriormente, se les invitara a una reflexión sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Como consideran que sus hábitos os pueden repercutir en sus hijo” <p>Haciendo énfasis en que los padres, principalmente la madre, es el primer modelo a seguir de los hijos, así como el primer contacto social y que por tal razón, como</p>			
--	--------------------------------------	---	--	--	--

		<p>madres juegan un papel importante para el buen desarrollo de los hijos.</p> <p>3) Posteriormente se realizara una un recuento de los hábitos saludables que ellas hayan aprendido a lo largo de las sesiones del año, reflexionando cuales han formado parte de su vida y cuáles no.</p> <p>- Se le pedirá a cada asistente que nombre un habito saludable aprendido y como es que lo llevan a cabo/ si fue un habito nuevo o no, etc.</p> <p>4) Una vez realizada esta pequeña dinámica, se procederá a una actividad de reflexión para concientizar sobre si realmente llevan a cabo hábitos saludables.</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>+ Actividad: se les entregara una imagen de una silueta de bebe donde tendrán que pegar cuadritos de colores donde se representar an los hábitos saludables y no saludables que llevan a cabo, cual domina más y como es que estos afectan en los hijos.</p> <p>✓ Una vez captada su atención sobre la importancia de tener hábitos saludables se les pedirá que una hoja en forma de estrella</p>			
--	--	---	--	--	--

		coloquen los hábitos saludables que NO llevan a cabo y como es que los llevarían a cabo para formar parte de su vida, realizando una dinámica de "Propósitos de año nuevo".			
--	--	---	--	--	--

REFERENCIAS

- Abreu, R. León, M., Naranjo, M., García, G. y Reyes, O. (2008). "Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales: Algunos Factores desencadenantes". Gaceta Médica Espirituana, pp.10-pp.2
- Arellano LM. (2008). "Estigma y discriminación a personas con VIH, México." Centro Nacional para Prevenir la Discriminación; Disponible en http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/C-05-A.pdf.
- Armengol Asenjo R, Chamarro A, García-Die M. (2007). "Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal". Anales de Psicología.; 23(1): p. 25-32.
- Ávila Fuentes (2013). "Calidad de Vida". Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán, México. Recuperado de: <http://www.innsz.mx>.
- Avelar R., Cornejo R. y Torres A. (2011). "Efectos Psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas Con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la fundación salvadoreña para la lucha contra el sida "María Lorena" (Contrasida) del municipio de San Salvador". (Tesis de Licenciatura). Universidad del Salvador Facultad de Ciencias y Humanidades departamento de Psicología. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>.
- Ayala M. y Melchy R., (2011). "El papel del psicólogo en el desarrollo de habilidades sociales como parte de las Jornadas de Atención Psicológica de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán". (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Badia, X y Lara, N. (2004). "Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH". Revista Heath outcomes Research Europe Group Barcelona, 4º Seminario de Atención Farmacéutica, España. Recuperado de: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf

- Bados y García G. (2014). "Resolución de Problemas". Universidad de Barcelona.
- Ballester Rafael (2005). "Aportaciones desde la Psicología al Tratamiento de las Personas con Infección por VIH/Sida". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. (10), no 1, pp-53-69.
- Betancourt M., L; Rodríguez Guarín, M; Gempeler Rueda, J; (2007). "Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario". Universitas Médica, 48(2) 261-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668007>
- Branco, Haberl, Lévy, Pérez, Sherr y Puig (2012). "Las Mujeres que viven con VIH soportan una fuerte carga emocional". Recuperado de http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp51/las_mujeres_con_vih_soportan_fuerte_carga_emocional
- Bowlby J., (1968). "Los cuidados maternos y salud mental". OMS, Washington. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/47468.pdf>
- Caballo V. (1999). "Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales". 3ra. Edición. Madrid: Siglo XXI.
- Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI), (2011). "30 años del VIH-SIDA: Perspectivas desde México". Recuperado de www.cieni.gob.mx
- CENSIDA/Secretaría de Salud. (2014). "Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida". Recuperado de: <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file%2C94664%2Ces..pdf>
- CENSIDA/Secretaría de Salud. (2014). "La Epidemia del VIH y el Sida en México". Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
- Consejería de Salud: La lactancia materna: Información para amamantar, (2006). Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

Faccioli, G. y Ribeiro, M. (2008). "La educación sexual en lo cotidiano de la escuela". Minas Gerais. Brasil, 31.67-85.

Fernández Mateos L, Sánchez Cabaco A. (2005). "Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas". Universidad Pontificia de Salamanca.(4): p. 193-208.

Fernández, L., Bustos, L., González, L. y Damian, A. (2000). "Creencias, actividades y conocimientos en Educación sexual". Revista Médica de Chile. 128 (6).

Fernández Márquez. (2010). "Modelo de intervención en crisis: en busca de la resiliencia personal". Recuperado de: <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

Gayet, C; Partida-Bush, V; Dávila-Cervantes, C A; (2014). "Mortalidad por VIH/SIDA en México". Un aporte demográfico. Papeles de Población, (20), pp 9-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11230198002>.

González, E., Leyton, C., Martínez, V., Molina, T. y Montero, A. (2007) "Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario". Revista Médica Chile, 135, 1261-126

Guarino,L; Scremín, F; y Borrás, S; (2010). "Estilo emocional, salud y calidad de vida percibida en embarazadas". Instituto venezolano del seguro social. Vol 7, No. 1, pp.79-90.

Guía de dinámicas de estrategias educativas de promoción de la salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua, ISSSTE, (2008). Recuperado de: http://novomania.com/wiki/pub/SaludInteligente/Guia_tecnica_para_la_integracion_de_grupos20_deayuda/200806100849322850.pdf.

Herrera, C., y Campero, L. (2002). "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema". Salud Pública de México. Vol. 44, No. 6. Pp. 554- 564. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd0028.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública (2014). "Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados". Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf

Jaramillo C. y Vázquez V., 2012. "Relación de los Factores Socioculturales y Clínicos con la Situación de la Infección en Mujeres VIH positivas que acuden a consulta en la clínica de VIH del Hospital Dr. Enrique Garcés entre marzo del 2004 y septiembre del 2011". [Tesis Licenciatura]. Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/discover?scope=%2F&query=calidad+de+vida+en+mujeres+con+vih+embarazadas&submit=lr&rpp=10>.

La Redacción. (2017, 7 de Marzo). "Revelan que en México viven cerca de 40 mil mujeres con VIH". Recuperado de: <http://www.proceso.com.mx/477162/revelan-en-mexico-viven-cerca-40-mil-mujeres-vih>.

Maldonado-Durán e Ian Brockington. (2011). "La Salud Mental y sus Dificultades en la Etapa Perinatal". Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/301348260_LA_SALUD_MENTAL_Y_SUS_DIFICULTADES_EN_LA_ETAPA_PERINATAL

Marín Morales D, Bullones Rodríguez M^a A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán M^a I, Moreno Moure M^a A, Peñacoba Puente C., (2008). "Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal". Revista Nure Investigacion. Vol.9, No. 37, Pp. 20. Recuperado de <file:///C:/Users/pc/Downloads/422-1-1671-1-10-20150616.pdf>.

Magis, R., Bravo, G., Gayet, S., Rivera, R., De Luca. (2008). "El VIH y el Sida en México al 2008: Hallazgos, Tendencias y Reflexiones". *CENSIDA*. México.

Menkes Bancet, C; Suárez López, L; (2003). "Sexualidad y embarazo adolescente en México". Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511>

Mujeres embarazadas que viven con VIH: ¿Cómo proteger los derechos humanos en los programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo?, (2008).recuperado de: https://www.reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_PMC_T_span.pdf.

Núñez Rojas, A C; Tobón, S; Vinaccia Alpi, S; Arias Henao, D; (2006). "Diseño de un Modelo de Intervención Psicoterapéutica en el VIH/sida a partir del Enfoque Procesual del Estrés". *Suma Psicológica, Vol. 13(2)* 105-116. Bogota.,Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134216870001>

Oliveira e Silva, Reis, Nogueira y Gir, 2014. "Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida". *Revista Latinoamericana. 22(6), pp. 994-1002.* Recuperado de: file:///C:/Users/pc/Documents/ARTICULOS%20PARA%20TESIS%20HABILIDAD%20PARA%20LA%20VIDA/EMBARAZO/es_0104-1169-rlae-22-06-00994.pdf

Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud." Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes". Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>.

Peñarrieta, Kendall, Martínez, rivera, Gonzales, flores y del Ángel. (2009). "Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH en Tamaulipas, México". *Revista de Perú, 26 (3), pp. 333-337.*

Piña López, J A; Sánchez Sosa, J J; (2007). "Modelo Psicológico para la Investigación de los Comportamientos de Adhesión en Personas con

- VIH". *Universitas Psychologica*, 6() 399-407. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760217>
- Pineda, F., (2006). "Calidad de Vida en los pacientes con VIH/SIDA". Universidad de la Sabana, Chia, pp.29.
- Pérez, C. y Pick, S. (2006). "Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos". *Revista Internacional de Psicología*, 40(3), 333-340
- Preciado, J; Montesinos, L; (1992). "El SIDA: Desafíos para la psicología". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24() 177-187. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524214>.
- Ponce de León S., Macías A.E. y CRUZ A., (1988). "Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México: experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán". *Salud Pública de México*, 30(4).
- Repeteur, S. y Quezada, L., (2005)." Vínculo y Desarrollo Psicológico: La Importancia de las Relaciones Tempranas". *Revista Digital Universitaria*. Vol. 6, No. 11. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>
- Reynoso E., Becerra G., (2014)." *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*". Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Residencia en Medicina conductual. Pp. 351.
- Rivero, A. (2012). "Se incrementa el caso de VIH/SIDA en Mujeres: INMUJERES". Recuperado de: <http://www.gob.mx/inmujeres>.
- Rodrigues A, Pérez J, Brito de la Nues A.(2004). "La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las mujeres y padres tempranos. Un estudio preliminar". *Anales de Psicología*; 20(1): p. 95-102. 14.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, E. y Perdomo, B. (2013)." Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios". *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1).

Sastres Miras, (2015). "Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio". Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. pp. 36

Secretaria de Salud (2016). "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH". Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/246_GPC_BinomiomadreehijoVIH/GER_BinomioMadreHijo.pdf

Slaikeu k. (1988). "Intervención en crisis: Manual para practica e investigación".

Sosa Núñez y Ortega Cruz. (2016). "Calidad de Vida en Mujeres con VIH". (Tesis de Licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Ciudad de México.

Tobón, C., (s/a). "Autocuidado: Una habilidad para vivir. Universidad de Caldas". Recuperado de: <file:///C:/Users/pc/Downloads/AUTOUIDADO.pdf>

Ubillos y Navarro (2010). "Adolescencia y Educación Sexual". Capítulo VIII, 35.

UNICEF (2005). "Cuidándote y cuidando a tú bebe: Prevención de la transmisión vertical del VIH". Recuperado de: https://www.unicef.org/peru/_files/Publicaciones/VIH-SIDAYninez/peru_VIH_manualrotafolio.pdf

Vinaccasia, S., y Orozco, L., (2005). "Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas". Universidad de Buenaventura, Medellín. Vol. 1, No. 2, pp.125-137. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a02.pdf>.