UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

ENTRENAMIENTO EN LA HABILIDAD PARA LA NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN EN MUJERES CON VIH Y VIOLENCIA DE PAREJA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
DULCE MARÍA DÍAZ SOSA

TUTOR PRINCIPAL
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”
DR. FRANCISCO JUÁREZ GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”
DRA. SUSANA ROBLES MONTIJO
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ PÉREZ
CLINICA ESPECIALIZADA CONDESA

Ciudad Universitaria, CD. MX. **Junio** 2019

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS **4**

ÍNDICE DE FIGURAS **5**

RESUMEN **6**

Capitulo 1. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida **13**

1.1 Clasificación y vías de transmisión. **13**

A. Parenteral 15

B. Sexual 15

C. Materno-filial 16

1.2 Tratamiento **16**

1.3 Epidemiología **17**

1.4 Conductas sexuales de riesgo **20**

1.5 Reinfección **22**

1.6 Afectaciones psicosociales **24**

Capitulo 2. Conflicto y habilidades de negociación en la pareja para el uso del condón. **28**

2.1. Conflicto **28**

Capitulo 3. Intervenciones sobre las habilidades de negociación para el uso del condón **31**

3.1 Descripción de la revisión de la literatura **31**

3.2 Pruebas de observación analógica **38**

3.3 El Test Analógico de Simulación (TAS). **43**

Capitulo 4. Violencia de Pareja **51**

4.1 Definición y tipos de Violencia de Pareja (VP) **51**

4.2 El conflicto como potenciador de la VP **52**

4.3 Epidemiología **56**

4.4 Costos de la VP para el sector salud. **59**

4.5 Consecuencias emocionales **60**

4.6 Consecuencias físicas **61**

4.7 Asociación entre el VIH y la VP **62**

4.8 Complicaciones inmunológicas de la VP en mujeres con VIH **65**

Capitulo 5. Afrontamiento **75**

5.1 Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman **75**

Capitulo 6. Planteamiento del problema **85**

Capitulo 7. Método **88**

7.1 Variables e instrumentos **91**

7.2 Diseño de investigación **105**

7.3 Consideraciones éticas **108**

7.4 Procedimiento **109**

7.5 Proceso del diseño del manual **113**
7.6 Análisis de los datos **121**
Significancia Clínica por Jacobson y Truax (1991) 122
Cambio Clínico Observable (CCO) de Cardiel 123
Integridad del tratamiento 124
Satisfacción del tratamiento 124

Capitulo 8. Resultados **125**
Medidas de autoinforme del uso del condón **125**
Componente cognitivo **125**
Habilidades conductuales **126**
Violencia de pareja **127**
Consistencia del uso del condón **129**
Técnica del uso correcto del condón **130**
Habilidad de negociación **131**
Participante A 140
Participante B 147
Participante C 153
Participante D 159
Participante E 165
Integridad del tratamiento **172**
Satisfacción del tratamiento **175**

Discusión **177**

Referencias **188**

ANEXOS **216**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de la infección por VIH y definición de caso del sida, según la revisión de los CDC de 1993 14
Tabla 2 Resumen de la vigilancia epidemiológica del reigstro nacional de casos de SIDA al 2do. trimestre de 2018 18
Tabla 3 Descripción de los componentes PIO 31
Tabla 4 Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención del uso correcto y consistente del condón en mujeres con VIH 33
Tabla 5 Descripción de los tipos de violencia contra las mujeres en el ámbito privado 51
Tabla 6 Intervenciones congnitivo-conductuales para la atención para la violencia de pareja en mujeres 69
Tabla 7 Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención de los estilos de afrontamiento en personas con VIH 81
Tabla 8 Datos demográficos y clínicos de las participantes para la validación de la ENDHIRE 90
Tabla 9 Características sociodemográficas de los jueces expertos 101
Tabla 10 Acuerdos entre jueces expertos por reactivo 102
Tabla 11 Secuencia de la selección de participantes para la intervención 111
Tabla 12 Descripción general de la intervención 111
Tabla 13 Datos sociodemográficos de población lego 119
Tabla 14 Conglomerado de cambios derivados de la validación con la población lego 119
Tabla 15 Medidas de autoinforme del uso del condón 125
Tabla 16 Componente cognitivo 126
Tabla 17 Habilidades conductuales 128
Tabla 18 Evaluación de los resultados clínicos (Índice de Cambio Confiable) de la participante A en los cuatro momentos de medición 144
Tabla 19 Evaluación de los resultados clínicos (Índice de Cambio Confiable) de la participante B en los cuatro momentos de medición 150
Tabla 20 Evaluación de los resultados clínicos (Índice de Cambio Confiable) de la participante C en los cuatro momentos de medición 156
Tabla 21 Evaluación de los resultados clínicos (Índice de Cambio Confiable) de la participante D en los cuatro momentos de medición 162
Tabla 22 Evaluación de los resultados clínicos (Índice de Cambio Confiable) de la participante E en los cuatro momentos de medición 169
Tabla 23 Entrevista inicial y evaluación individual 172
Tabla 24 Sesión 1 172
Tabla 25 Sesión 2 173
Tabla 26 Sesión 3 173
Tabla 27 Sesión 4 174
Tabla 28 Sesión 5 174
Tabla 29 Satisfacción del tratamiento 175
Tabla 30 Reporte verbal de las participantes acerca de las habilidades adquiridas durante la intervención 176

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Visión integrada del proceso de selección de artículos 32
Figura 2. Flujo de participación en la elección de usuarios para el protocolo 89
Figura 3. Proceso de construcción de los manuales de intervención 114
Figura 4. Proceso de construcción de los manuales de intervención 116
Figura 5. Consistencia del uso del condón 129
Figura 6. Técnica del uso del condón 130
Figura 7. Habilidad de negociación sobre un tema de sexualidad. Iniciar y mantener una conversación 132
Figura 8. Habilidad de negociación sobre un tema de sexualidad. Negociar y llegar a un acuerdo 133
Figura 9. Habilidad de negociación sobre el uso del condón. Iniciar y mantener una conversación 134
Figura 10. Habilidad de negociación sobre el uso del condón. Negociar y llegar a un acuerdo 135
Figura 11. Habilidad de negociación sobre un conflicto de pareja NO sexual. Iniciar y mantener una conversación 136
Figura 12. Habilidad de negociación sobre un conflicto de pareja NO sexual. Iniciar y mantener una conversación 137
Figura 13. Violencia de pareja: Emocional 137
Figura 14. Violencia de pareja: Económica 138

RESUMEN

La incidencia del VIH es cada vez mayor en mujeres. Esta se ha incrementado más de seis veces, al crecer de 6 mil a 37 mil mujeres durante el periodo de 1990-2013. La principal vía de transmisión es la sexual, heterosexual y por una pareja estable. La omisión del uso del condón es de suma importancia pues pone en riesgo a las mujeres de reinfección, infección de otra ITS y por consecuencia, de más manifestaciones clínicas, evolución a SIDA y mayores gastos médicos. No obstante, se sabe que siete de cada 100 mujeres no pudieron negociar el uso del condón con sus parejas (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2015).

Las Intervenciones Cognitivo Conductuales (ICC) han mostrado de utilidad para la reducción de conductas de riesgo principalmente en hombres que tienen sexo con hombres. En el caso de las mujeres los resultados son divergentes, lo que urge al desarrollo de intervenciones que tomen en cuenta sus características y cubrar sus necesidades específicas. En esta dirección, en la primera fase del presente trabajo se realizó una revisión basada en la evidencia de artículos de investigación para evaluar la eficacia de las ICC en la promoción del uso del condón en mujeres con VIH. Se eligieron artículos de Cochrane, Pudmed y Redalyc. Se eliminaron los artículos duplicados y los que no incluían una ICC en su procedimiento. Se analizaron los datos de 964 participantes contenidos en 2795 artículos. Los resultados se describen en la dirección de las intervenciones: Hacia el uso correcto del condón en mujeres con VIH; a la violencia de pareja en mujeres y finalmente referentes al afrontamiento en personas con VIH. Las intervenciones dirigidas a promover el uso correcto del condón cuyos principales componentes fueron conductuales (comunicación asertiva y técnica correcta de colocación del condón), no mostraron

resultados positivos en mujeres, lo cual puede mejorarse al considerar la variable "comunicación sexual asertiva" y algunas cuestiones de género como la violencia de pareja.

En conexión con lo anterior se hace notar la necesidad de considerar la variable violencia de pareja (Ruiz, Díaz &Villalobos, 2012; Carvalho, et al., 2012) pues se ha sugerido que dicha variable contribuye a la propagación del VIH, reduce la capacidad de las mujeres para hacer frente al VIH y puede generar impedimentos a la hora de negociar prácticas de sexo seguro debido a las dinámicas de abuso de poder (OMS, 2014; Organización de las Naciones Unidas MUJERES, 2014).

Por consiguiente, las intervenciones dirigidas a la disminución de la violencia de pareja mencionan que la terapia orientada al estilo de afrontamiento activo suele mostrar resultados esperados para la violencia leve, dichas intervenciones requieren en promedio 12 sesiones de una hora. Sin embargo la duración parece ser un impedimento para que las mujeres concluyan el tratamiento, pues en su mayoría suelen abandonarlo.

Cabe resaltar que las condiciones de VIH y violencia de pareja, aunque han presentado estrecha relación, no fueron abordadas de manera conjunta en ningún artículo de la literatura consultada.

A lo largo del análisis de la literatura, se observó otra limitante, la forma de medir la variable "uso consistente del condón", ya que se hizo de manera dicotómica, lo cual limita el poder identificar niveles de la conducta y por consecuencia podría parecer que no existe impacto de la intervención aplicada (Carvalho, et al., 2012).

A partir de estos hallazgos, se diseñó una ICC que tenía como objetivos: a) evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual, dirigida a la habilidad de negociación del condón en el uso consistente del mismo en mujeres con VIH, y b) evaluar la

generalización de la habilidad de negociación adquirida inicialmente para el uso del condón, a la habilidad de negociación de otros conflictos de pareja que pudieran desencadenar en violencia de pareja leve.

Participaron 5 mujeres con diagnóstico confirmado de VIH, mayores de 18 años, con pareja actual (estable y ocasional). Los criterios de exclusión fueron: saber el uso correcto del condón y contar con habilidades para la negociación, no sufrir violencia de pareja, violencia de pareja moderada o extrema, condiciones psiquiátricas sin tratamiento farmacológico o que requirieron de urgencia por salud mental. Se analizaron mediciones pre, post y seguimientos (a 3 y 6 meses). La ICC se llevó a cabo en la Clínica Especializada Condesa.

Las variables a evaluar fueron: consistencia al uso del condón (por medio de un índice de consistencia que se obtiene mediante preguntas de auto-informe), uso correcto del condón (por medio una videograbación donde la participante ejecutaba la conducta y era evaluada por dos expertos), habilidad para el uso del condón (evaluado por el Test Analógico de Simulación [TAS], que es un registro de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales que definen cada habilidad bajo situaciones semiestructuradas), violencia de pareja (se empleó el apartado cinco de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH]).

La intervención consistió en 4 sesiones, distribuidas de la siguiente forma: sesión 1, informativa; sesión 2, uso correcto del condón; sesión 3, habilidades de negociación del uso del condón; sesión 4, generalización de habilidades a la vida diaria.

Los resultados en las medidas de auto-informe indican que el uso del condón en las relaciones sexuales en general y en la última relación sexual, aumentó en la dirección esperada (mayor frecuencia de su uso), de la pre-evaluación a la post-evaluación y se

mantiene en ambas evaluaciones de seguimiento. El índice de consistencia del uso del condón aumenta de la pre-evaluación a la post-evaluación no obstante se observa una disminución mínima en la evaluación de seguimiento a 3 meses que se mantiene en la evaluación a 6 meses.

Se observó un aumento en el porcentaje de cada habilidad conductual (uso correcto del condón, negociación en un tema sobre sexualidad, negociación sobre el uso del condón y negociación sobre un conflicto de pareja NO sexual) de la pre-evaluación a la post-evaluación y de la post-evaluación a la evaluación de seguimiento de 3 meses, no obstante se muestra una disminución mínima de todas las habilidades en el seguimiento a 6 meses.

La consistencia del uso del condón aumentó hasta llegar al punto máximo de consistencia (uso del condón en todas las relaciones sexuales) de la pre-evaluación a la post-evaluación y así se mantuvo en las evaluación de seguimiento en 3 de las 5 participantes.

Cuatro de las cinco participantes mejoraron en la técnica del uso correcto del condón de la pre-evaluación a la post-evaluación y mantuvieron la habilidad en las evaluaciones de seguimiento.

Se evaluaron tres categorías de la habilidad de negociación, una relacionada a un tema sobre sexualidad, otra relacionada al uso del condón y la última sobre algún tema no sexual que llegó a ocasionar conflicto en la pareja. Para cada categoría se evaluaron dos rubros: habilidad de iniciar y mantener una conversación y la habilidad de negociar y llegar a un acuerdo.

Las cinco participantes mostraron un incremento en la habilidad de iniciar y mantener una conversación con su pareja de la pre-evaluación a la post-evaluación, de estas, dos participantes mostraron aumento en la habilidad de la post-evaluación a la evaluación de seguimiento a tres meses. Tres participantes mantuvieron el aumento obtenido en la post-

evaluación. Para la evaluación de seguimiento a seis meses tres participantes mantuvieron los cambios presentados desde la post-evaluación. Dos participantes mostraron una disminución de la ejecución de la habilidad en la evaluación de seguimiento a 6 meses.

En cuatro de las cinco participantes, la violencia disminuyó inmediatamente después de la intervención, no obstante para la evaluación de seguimiento a los tres meses, dicha violencia aumentó y en algunos casos llegó a duplicar los niveles basales.

Se concluye que la intervención dirigida a la habilidad de negociación para favorece el uso consistente del condón en mujeres con VIH mostró resultados positivos en los componentes conductuales y en el componente cognitivo, dicha intervención es significativamente benéfica pues está contribuyendo en la disminución del riesgo de alguna ITS o bien disminución en el riesgo de reinfección de VIH en esta población.

La relevancia clínica obtenida y la practicidad de la intervención, representa una sólida base para sugerir esta intervención como parte del protocolo de atención en esta población. El tipo de diseño y los componentes de la intervención permiten que se aplique de manera individual o grupal, siempre que sea aplicada por profesionales capacitados y con experiencia en pacientes con VIH y género.

Palabras clave: VIH, uso del condón, habilidad de negociación, mujeres, intervención cognitivo-conductual

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un microorganismo que infecta a las células con receptor CD4, en especial a los Linfocitos T CD4. De esta manera el VIH altera o anula la función del sistema inmunológico (National Institute of Health NIH, 2009). Dicho deterioro es crónico y progresivo hasta llegar a la "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunológico es deficiente cuando deja de poder cumplir con su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. La incidencia del VIH es cada vez mayor en mujeres. El número se ha incrementado más de seis veces, al crecer de 6 mil a 37 mil mujeres durante el periodo de 1990-2013, cuya principal vía de transmisión es la sexual, heterosexual y por una pareja estable. Se sabe que siete de cada 100 no puedieron negociar el uso del condón con sus parejas (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2015). Este aspecto es de suma importancia pues pone en riesgo a las mujeres de reinfección, infección de otra ITS y por consecuencia, más manifestaiones clínica, evolución a SIDA y más gastos médicos. Es por esto que se asume la importancia de intervenir de manera preventiva para que las mujeres con VIH puedan utilizar el condón de manera consistente y correcta. Al respecto la TCC a encontrado resultados prometedores como la reducción de conductas de riesgo, cuando se brinda entrenamiento en habilidades de comunicación sexual asertiva para hablar sobre temas de sexualidad y negociar el uso del condón, además del entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Tocante a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) y la Organización de las Naciones Unidas MUJERES (2014) han sugerido considerar cuestiones de género que colocan en situación de vulnerabilidad a las mujeres, como lo es la violencia de pareja, que contribuye a la propagación del VIH, reduce la capacidad de las mujeres

para hacer frente al VIH y puede generar impedimentos a la hora de negociar prácticas de sexo seguro debido a las dinámicas de abuso de poder.

A partir de estos hallazgos, surge esta investigación que persigue dos objetivos: a) evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual, dirigida a la habilidad de negociación del condón en el uso consistente del mismo en mujeres con VIH y b) evaluar la generalización de la habilidad de negociación adquirida inicialmente para el uso del condón, a la habilidad de negociación de otros conflictos de pareja que pudieran desescadenar en violencia de pareja leve.

Para este trabajo se realizó la revisión de la literatura respecto a las intervencioness realizadas en el pasado sobre los temas relevantes: negociación del uso del cóndon en mujeres, asertividad sexual y consistencia del uso del condón. Posteriormente se describe la metodología utilizada para llevar a cabo el estudio, después se describen los resultados y por último se discuten los datos obtenidos.

Capitulo 1. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un microorganismo que pertenece a la familia de los retrovirus, los cuales son acido ribonucléico (ARN) virus, llamados así por poseer una enzima denominada transcriptasa reversa, la cual es básica para completar el ciclo vital de todos los miembros de esta familia al crear acido desoxirribonucleico (ADN) del ARN viral, mismo que se integra a la célula huésped desde donde se realiza la regulación del genoma viral para la producción de nuevos virus (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

El VIH infecta a las células con receptor CD4, en especial a los Linfocitos T CD4 cuyas funciones son inductora, colaboradora (helper) y de memoria. De esta manera el VIH altera o anula la función del sistema inmunológico (National Institute of Health [NIH], 2009). Dicho deterioro es crónico y progresivo hasta llegar a la "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunológico es deficiente cuando deja de poder cumplir con su función de lucha contra las infecciones y enfermedades (Centers for Disease Control [CDC], 1987), dando lugar así, al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH, que aparecen cuando el nivel de Linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre (Soriano & González-Lahoz, 2009).

1.1 Clasificación y vías de transmisión.

Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta, EE.UU., con la finalidad de obtener una tipificación para los pacientes debido a motivos epidemiológicos,

realizaron una clasificación que fue actualizada por última vez en 1993. La clasificación incluye el recuento de células CD4 y aspectos clínicos del enfermo (Tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de la infección por VIH y definición de caso del sida, según la revisión de los CDC de 1993.

Categorías de CD4	Categoría clínica A (asintomático, linfadenopatías o primoinfección)	Categoría clínica B (sintomático no SIDA)	Categoría clínica C (infección definitotia de SIDA)
> 500 / mm^3	A1	B1	C1
200-499 / mm^3	A2	B2	C2
< 200 / mm^3	A3	B3	C3

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

La Categoría A incluye a pacientes asintomáticos, con adenopatías persistentes generalizadas, con linfadenopatía (inflamación de los ganglios linfáticos) o sin ella. La categoría B engloba pacientes con síntomas, pero que no forman parte de la categoría A ni C y corresponden a diferentes condiciones patológicas relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo o tratamiento suelen verse complicados debido a la presencia de ésta última, entre ellas: Candidiasis orofaríngea, candidiasis vaginal persistente y frecuente, con pobre respuesta al tratamiento, displasia cervical, fiebres y diarreas por más de un mes, enfermedad inflamatoria pélvica, especialmente complicada con abceso tuboovárico, neuropatía periférica, carcinoma in situ, leucoplasia vellosa oral, herpes zoster, angiomatosis bacilar. En la categoría C se incluyen a los pacientes con síntomas que concuerdan con la definición de caso SIDA, es decir que presenten al menos una de las siguientes afecciones: candidiasis esofágica y broncopulmonar, otras micosis profundas

extrapulmonares, citomegalovirosis generalizada, sarcoma de Kaposi, linfomas, Neumonia por Pneumocistis carinii, neumonia bacteriana recurrente, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, septicemia por, salmonella no typhi recurrente (CDC, 1993; Lamotte, 2004).

El VIH se puede transmitir de diversas maneras mediante el contacto con diversos líquidos corporales de personas que viven con VIH, como la sangre, la leche materna, el semen, líquido preeyaculatorio y secreciones vaginales. Existen tres vías principales de transmisión del VIH:

A. Parenteral

El virus se puede transmitir al compartir instrumentos como jeringas, agujas, material de inyección (por la presencia de sangre), tijeras o instrumentos cortantes, por ejemplo los instrumentos utilizados para tatuar, acupuntura o bien por transfusiones siempre y cuando pertenezcan a una personas infectada con el VIH (OMS, 2013).

B. Sexual

Se transmite en el coito, vaginal, anal y sexo oral por relaciones sexuales homosexuales y heterosexuales. La penetración anal o vaginal conlleva más riesgo que el sexo oral, a su vez la penetración anal conlleva mayor riesgo que la vaginal, pues la mucosa es muy sensible, también son las mujeres quienes tienen mayor riesgo de adquirir VIH en las relaciones heterosexuales (este punto se abordará más ampliamente en el apartado 1.5. Epidemiología). El riesgo aumenta si hay heridas o la zona de exposición está irritada y la presencia de sangre (menstrual o no; OMS, 2013).

C. Materno-filial

Así también el VIH se puede transmitir de madre a hijo durante el embarazo, el VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto. Por otro lado, los anticuerpos contra el VIH también pueden atravesar la placenta, de forma que se pueden encontrar en la sangre del recién nacido sin que éste esté infectado (lo mismo sucede con otros anticuerpos). También se puede transmitir en el momento del parto, El recién nacido tiene contacto con las secreciones vaginales o sangre de la madre infectada por vía ascendente, que se favorece por las contracciones uterinas durante el parto. Por último, el VIH es capaz de excretarse a través de la leche (OMS, 2013).

1.2 Tratamiento

Debido a la característica crónica y progresiva de la infección por VIH, el paciente necesita someterse a una atención médica continua con especial atención a los síntomas, signos y marcadores de laboratorio de la progresión de la infección. Para controlar la infección por VIH es necesario determinar los recuentos de CD4 y carga viral (CV).

El Tramiento Antiretroviral combinado (TARc) esta formado por una combinación de tres antoretrovirales que controlan la replicación del VIH. Los objetivos del TARc son: reducir la CV hasta un nivel no detectable, y mejorar el grado de inmunosupresión, mediante la elevación de las cuentas de linfocitos T CD4, ambos durante el menor tiempo posible (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2009).

CENSIDA promueve a través de la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH (2018) que la conducta de diagnosticar y trata lo más temprano posible, pues diversos estudios han demostrado que iniciar con el TARc con una cuenta de células CD4 por

encima de 500 células/mm^3 ofrece un claro beneficio en términos de la reducción enla incidencia de los eventos graves relacionados a Sida y de los no relacionados.

1.3 Epidemiología

UNAIDS (2017) ha propuesto tres tipologías sobre el VIH: generalizada, concentrada e incipiente. Dentro de esta clasificación, México se ha situado como un país con una epidemia concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección baja en población general (0.2%), pero media o alta en un subgrupo o subgrupos de la población.

Según el centro nacional para el control y la prevención del VIH (CENSIDA, 2013), los subgrupos o poblaciones clave más afectadas en el país son: trabajadores sexuales con una prevalencia media del 15%, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 11%, usuarios de drogas inyectadas 5%, trabajadoras sexuales 2% y personas privadas de la libertad 1 %. Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como hombres y mujeres heterosexuales registran significativamente cifras más bajas pero constantes y con una tendencia a la alza.

Desde 1983, año del inicio de la pandemia y hasta el 30 de Junio del 2018, se tienen notificados 79,223 casos de Sida y 76,053 de VIH. De acuerdo a CENSIDA (2018) Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional, en el 2018 se registraron 4,630 defunciones por Sida. Los nuevos casos notificados de Sida y VIH para el 2015 fueron: 2, 644 y 4,183 respectivamente. Del total de casos acumulados de SIDA el 82.1% corresponde a varones y 17.9% a mujeres, y en cuanto a los casos acumulados de VIH, 77.1% a varones y 22.9% a mujeres.

Dentro de las vías de transmisión, la sexual sigue siendo la principal, representa el 94.8% del total de casos acumulados; seguida de la sanguínea y perinatal con 1.9 % cada una y finalmente la categoría de uso de drogas inyectables (UDI) con 1.4% (CENSIDA, 2018).

Por transmisión sexual el grupo de edad más afectado es el que comprende de 20 a 29 años con el 43%; seguido del grupo que va de 30 a 39 años con un 30.1%; El grupo de 40 a 49 años representa el 14.2% mientras que el de 50 a 59 años un 4.7%. Los grupos menos afectados por esta categoría de transmisión son el de 60 años en adelante que sólo incluye el 1.8% de los casos y para los menores de 10 años no se notificó ningún caso durante este periodo.

Las cifras anteriores son un resumen global de la epidemia a nivel nacional (tabla 2).

Tabla 2

Resumen de la vigilancia epidemiológica del registro nacional de casos SIDA al 2do. Trimestre de 2018.

Datos	Cifras
Casos de Sida notificados (1983-2018*).	198,598
Casos notificados de VIH y de Sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrado.	Total: 155,276
Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2017.	Total: 14,047 Sida: 5,757 VIH: 8,290
Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2015 (preliminar)[a]	Total: 6,827 Sida: 2,644 VIH: 4,183
Estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida en 2018. Tasa por 100,000 habitantes	Sida Campeche: 9.9 Quintana Roo 6.7 Yucatán: 5.8 Morelos: 4.7 Colima 4.6 VIH Campeche:11.0, Quintana Roo: 8.0 Veracruz: 7.8 Yucatán 7.1 Colima: 6.5
Proporción de casos y de Sida en hombres, según casos diagnosticados en 2017.	Sida: 85.1% VIH:82.8%
Defunciones por Sida 2016[b]	4,630
Tasa de mortalidad 2013[b] por 100 mil habitantes	3.79

[a]Información preliminar al 30 de junio de 2018.
[b]Información oficial INEGI
Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA.

Ahora bien, hasta este punto y con base en la información se puede considerar a la epidemia del VIH-SIDA en México como estable y concentrada en grupos con vulnerabilidades que los coloca en riesgo, no obstante llama la atención el aumento de la incidencia en mujeres año con año, por lo tanto se abordará de manera específica la epidemiología en esta población.

En la década de los noventas existía una mujer con VIH por cada 7 hombres, es decir las mujeres representaban el 13% de las personas con VIH, para el 2013 las estadísticas señalaron que había una mujer por cada 4 hombres, es decir, las mujeres representan actualmente el 21% de las personas con VIH. Es por ello que el número se ha incrementado más de seis veces, al crecer de 6 mil a 37 mil mujeres durante el periodo de 1990-2013 (CENSIDA, 2015b). Esta progresión de la epidemia en la población femenina del país, es conocida como "feminización de la pandemia" (CENSIDA, 2013). Las cinco entidades con mayor proporción de casos de VIH y sida son Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca y Tabasco con al menos una tercer parte de los casos reportados. El 5.1% de las infecciones en mujeres ocurrieron en menores de 15 años de edad; el 37% en mujeres adultas de 30 y más años; y en el 0.4% se desconoce la edad. Cabe mencionar que durante la primer década del VIH, la principal causa de trasmisión era la trasfusión sanguínea, actualmente el 90.6% de los casos han sido por la vía sexual, en una relación normativa como lo es el sexo no protegido con una pareja masculina estable. Por otro lado siete de cada 100 mujeres infectadas sufrieron de abuso sexual o no pudieron negociar el uso del condón con su pareja. Y el 36% supo que tenía VIH hasta que su esposo o pareja fue diagnosticado, 26% por aparición de infecciones recurrentes y el 20% al realizarse análisis clínicos (CENSIDA,

2015b). El hecho de no utilizar el condón de manera correcta y consistente trae consigo importantes consecuencias físicas, por lo que es catalogada una conducta sexual de riego.

1.4 Conductas sexuales de riesgo

Dentro de las prácticas sexuales se consideran de alto riesgo aquellas en las que existe penetración (ya sea vaginal, oral o anal) sin el uso de una barrera mecánica, como el condón de látex o poliuretano (masculino o femenino) que impida el intercambio de secreciones sexuales o de sangre (Charles & Blum, 2008).

Los contactos sexuales anales son una práctica con alto riesgo de transmisión de VIH, tanto para el receptor como para el miembro activo cuando no se usa condón, ya que el ano no está fisiológicamente condicionado para el acto sexual y es un esfínter más rígido a la penetración, menos elástico que la vagina, con la consiguiente mayor fricción ocurriendo mayores microtraumatismos durante el acto sexual, es también un órgano contaminado con muchos microorganismos del material fecal y no tiene la lubricación fisiologica que tiene la vagina, así que el riesgo de contaminación no es solamente local ya que las microfisuras que se producen durante este tipo de contacto sexual, ocasionan microsangrado en el pene y en el ano, que posibilita el contacto sangre-mucosa, mecanismo por el cual se explica que el sexo anal sea el de mayor riesgo para la transmisión del VIH (Charles & Blum, 2008; Fuente, et al., 2008).

Respecto a los contactos vaginales**,** las mujeres presentan mayor vulnerabilidad, ya que tienen de 2 a 4 veces más probabilidad de infectarse por el VIH. Las principales razones son: 1) el semen contiene más carga viral; 2) la zona de exposición al virus es de mayor superficie, de tal forma pueden ocurrir más microlesiones durante el coito y así es más fácil la entrada para el virus; 3) la mucosa vaginal es más débil, por lo que es más probable que

se presenten microdaños; 4) las ITS son más frecuentes asintomáticas y no tratadas en las mujeres, estas debilitan la mucosa y constituyen una vía de entrada para el VIH; 5) la presencia de microdaños en la mucosa son muy frecuentes durante el acto sexual; 6) la cantidad de lubricación vaginal y el uso de anticonceptivos pueden crear un entorno favorable para el penetración del virus; 5) el epitelio vaginal y rectal son muchos más vulnerables a infecciones que el que cubre el pene y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en estas zonas (Del Rio-Zolezzi, et al., 1995; OMS, 2013).

Por lo tanto, las personas con mayor riesgo de infectarse con VIH son aquellas que tienen una pareja con VIH y/o aquellas que usan de forma inconsistente y/o incorrecta el condón.

El uso del condón es la conducta sexual protectora más recomendable y con mayor éxito, siempre que se use de manera correcta y consistente. Es importante aclarar que se entiende por uso consistente del preservativo su utilización en el 100% de las veces que haya penetración vaginal o anal. El uso correcto se refiere a la colocación, previa a cualquier contacto pene-genitales, sin escurrimiento del líquido eyaculatorio o rotura del preservativo; la eficacia del mismo implica su permanencia en el pene y la no rotura durante el acto sexual (Gayón, et al., 2008). Es por esto que el Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/sida e ITS planteó que es indispensable utilizar estrategias para lograr que el uso del condón entre mujeres y hombres que viven con VIH sea de 100%. No obstante, las investigaciones realizadas en diferentes países (de bajos, medianos y altos ingresos), entre 40 y 70% de las mujeres con VIH reportan uso inconsistente del condón con sus parejas estables (Nöstlinger, et al., 2010; Peltzer, 2014).

Ahora bien, es importante señalar que además del riesgo de adquirir VIH como consecuencia de las conductas sexuales de riesgo descritas anteriormente, en personas con

el virus, se ve presente el riesgo de reinfección, el cual compromete la calidad de vida de las personas con VIH.

1.5 Reinfección

La reinfección es un término usado para describir una nueva o secundaria infección por un virus que ya ha infectado a una persona. En la mayoría de las enfermedades virales, la reinfección con el mismo virus no se produce porque una vez que el sistema inmunológico conquista la infección viral original, crea inmunidad contra ese virus. Sin embargo, en algunos tipos de infecciones como el ocasionado por el virus de la gripe, la reinfección ocurre casi inmediatamente, ya que cada nueva versión de estos virus es sustancialmente diferente de la última. Es por esto que una persona pueden desarrollar inmunidad a la cepa del virus de la gripe que es común en un año, pero aún así estará en riesgo de la cepa que se convierte en dominante al año siguiente (Collins, 2012).

Esta doble infección puede ocurrir durante el período de la infección primaria, antes de que la respuesta inmune este completamente desarrollada, o puede ocurrir como una reinfección con una nueva cepa viral durante la infección crónica. (CDC, 2009; Redd, Mullis, Serwadda, Kong, Martens, Ricklefs, et al., 2012; Fang, et al., 2004).

Se han documentado importantes manifestaciones clínicas como consecuencia de la reinfección, por ejemplo: a) resistencia al TARc, ya que si una persona que ha logrado un buen control del virus con medicamentos, se infecta con otra variante del virus que sea resistente a esos medicamentos, el control logrado se perderá y hará que el tratamiento falle. Además se reducen las opciones de tratamiento futuro; b) declive brusco en el recuento de linfocitos T CD4 y el promedio de vida se acorta; c) progresión a SIDA de manera más

rápida; d) resulta muy complicado diseñar una vacuna que brinde protección contra todos los grupos, subtipos y variantes del VIH (Collins, 2012).

Sabiendo que la respuesta inmunológica que el organismo desarrolla contra el VIH es especifica a un sólo subtipo de virus, la reinfección con VIH representa un problema bastante serio que reafirma la necesidad de practicar sexo con protección, aún entre personas ya infectadas con el VIH (CDC, 2009; Smith, et al., 2005).

Cabe mencionar que la reinfección se ha presentado en mayor medida en las personas con comportamiento sexual de alto riesgo. Es así como el comportamiento humano, específicamente las conductas sexuales no protegidas, se convierte en un componente importante en la transmisión, recombinación y expansión de especies virales, pues dichas conductas favorecen la transmisión de algunos subtipos genéticos sobre otros, produciendo como consecuencia una distribución de variantes genéticas que difieren de una región a otra (Fang, et al., 2004; Yábar, Salvatierra & Quijano, 2007).

Continuando en esta línea, es indispensable señalar que las conductas sexuales no protegidas, no sólo ponen en riesgo de una reinfección por VIH a las personas que ya tienen el virus, también se encuentran expuestos a contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS). Algunas bacterias, parásitos y virus que se trasmiten por el contacto sexual, son los responsables de las ITS. Aunque habitualmente las hepatitis (A, B y C) no se consideran formalmente ITS, se incluyen aquí en tanto que pueden adquirirse por medio de una práctica sexual. Si las ITS no se tratan adecuadamente pueden provocar efectos graves sobre la propia salud a medio y largo plazo. Incluso algunas ITS, además, pueden favorecer la progresión a SIDA en las personas con VIH (Gayte, 2015; CDC, 2009).

Por otro lado, las conductas sexuales no protegidas contribuyen a la propagación del VIH. Llegado a este punto resulta indispensable hacer referencia al término "parejas serodiscordantes" entendido como parejas formadas por un individuo seropositivo (con VIH) y otro seronegativo (sin VIH, ya sea una pareja homosexual o heterosexual). Esta es una situación de máximo riesgo de infección para el individuo seronegativo, pues la probabilidad de ser infectado por el VIH es muy alta (OMS, 2012).

El hecho de recibir el diagnóstico de VIH conduce un gran impacto emocional para las personas que viven con este virus (Brown & Vanable, 2008), mal manejado puede provocar trastornos psicológicos que sólo desaparecerán tras un proceso de ajuste positivo a la nueva situación clínica del paciente, o bien pueden permanecer a consecuencia de un mal estilo de afrontamiento y de esta manera minar la calidad de vida (Wolff, Alvarado & Wolff, 2010).

1.6 Afectaciones psicosociales

Son muchas las alteraciones emocionales que se han documentado en esta población a lo largo de la evolución del VIH, como lo son el transtorno o síntomas de ansiedad, baja percepción de calidad de vida, bajo apoyo social percibido, miedo, entre otros (Teva-Bermúdez, Hernandez-Quero & Buela-Casal, 2005; Olstad, Sexton & Sogaard, 2001; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa & Cázarez, 2008; Bogart, et al., 2000; Chesney, 2000; Safren & O´Clerigh, 2009).

Pero la alteración que se ha encontrado de manera consistente es el trastorno o síntomas de depresión (Galindo & Ortega, 2010; Wolff, et al., 2010; Chesney, 2000; Dávila, Piña & Sánchez-Sosa, 2008; Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung & Li, 2002; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa & Cázares, 2008), misma que se relaciona con complicaciones propias de Sida por dos vías, la primera tiene que ver con la baja motivación para seguir el

TARc y la segunda con la disminución de Linfocitos T CD4 y por consecuencia mayor probabilidad de progresión a Sida (Lesrman, 2003; Södegar, et al., 2006). Se recomienda que las personas con VIH/Sida cumplan con el TARc en los porcentajes requeridos (superiores al 90%; Safren & O´Clerigh, 2009), pues la falta de adhesión, aumenta la probabilidad de que el paciente desarrolle resistencia al mismo, disminución de células CD4, mayores niveles de carga viral, mayor probabilidad de presentar enfermedades oportunistas como: tuberculosis, candidiasis, infecciones en garganta, linfoma de Kaposi, neumonía, entre otros. Por otro lado, los recursos económicos destinados al TARc se ven desperdiciados cuando el paciente no se apega al mismo. La Secretaria de Salud (2010), informó que el gasto estimado total para el VIH/Sida en el 2009 fue de $376.5 millones de dólares (5, 185.6 millones de pesos mexicanos), del cual el 75% corresponde a la atención.

A estos factores antes mencionados, se pueden añadir algunos elementos de orden social como estigma, discriminación, exclusión y desigualdad, por mencionar algunos (Infante, et al., 2006; Gala, et al., 2007). Dichos factores pueden tener su origen en la forma en la que se ha comprendido al VIH, pues se ha dado en la conceptualización de los factores predisponentes a la adquisición del virus, tiene que ver básicamente con el desplazamiento que se ha hecho de los grupos afectados; la divulgación que se hizo al inicio respecto a los primeros casos de VIH/Sida (en homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, bisexuales, personas de origen haitiano, receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos) y el aumento en las cifras de infectados. Así, en un principio se hablaba de grupos de riesgo (las 4 haches: haitianos, heroinómanos, hemofílicos y homosexuales), posteriormente se empleó el término prácticas de riesgo (conductas como sexo sin protección, promiscuidad, compartir jeringas, etc.) después se utilizó el tópico condiciones sociales de riesgo

(contextos de vulnerabilidad social: pobreza, migración y desigualdad de género). De manera tal que la noción de vulnerabilidad constituyó un intento por ir más allá de la noción de riesgo individual, ya que esta última orientaba acciones dirigidas a "grupos de riesgo" y "comportamientos de riesgo", acentuando de esa forma la discriminación que de por sí ya sufrían ciertos grupos (Bronfman, 2003).

Continuando con las vulnerabilidades sociales, es importante mencionar que las mujeres, contrario a los hombres, se enfrentan a situaciones estresantes socioculturales, económicas y psicológicas, además de las propias de la enfermedad, que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH y tienen un impacto posiblemente más negativo en su salud y calidad de vida. Por ejemplo suelen presentar más problemas para seguir las indicaciones del médico en comparación con los hombres (Ballester, García, Reinoso & Campos, 2001). Además las mujeres tienen menos acceso a la educación y al trabajo por lo tanto disminuyen las posibilidades de acceder a los servicios de salud, si a estas condiciones se le añade la pobreza, la discriminación, el abuso sexual, la privación de la libertad, la condición indígena/rural/migrante, parejas migrantes, parejas con VIH/Sida, entonces la vulnerabilidad se vuelve acumulada y por ende el riesgo a padecer las complicaciones del Sida es mayor (Herrera & Campero, 2002).

Hasta este punto se hace evidente la necesidad de intervenir en la promoción del uso del condón en mujeres con VIH. Considerando que el uso del condón ocurre en una relación sexual que contempla necesariamente una relación entre dos personas, es indispensable contar con la habilidad para solicitarlo a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo cuando ésta se resiste a utilizarlo (Browne & Vanable, 2008); y negociar implica tener la

capacidad de identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo y llegar a un acuerdo (Roth, 1986).

Capitulo 2. Conflicto y habilidades de negociación en la pareja para el uso del condón.

2.1. Conflicto

En las relaciones personales se presentan muchas oportunidades para el surgimiento e intensificación del conflicto interpersonal, por ejemplo la necesidad de proteger las creencias que forja cada individuo a lo largo de su vida, cuando dichas creencias se contraponen con las de la pareja. De esta manera el conflicto acompaña la intimidad y la interdependecia de la pareja (Braiker & Kelley, 1979).

Cahn (1990), define al conflicto como "la interacción entre personas que expresan intereses, puntos de vista u opiniones opuestos". El conflicto es visto como un proceso y se han identificado tres etapas específicas del mismo:

- Etapa 1. El conflicto potencial es experimentado por un miembro de la pareja cuando se enfrenta a una elección entre dos o más opciones o metas incompatibles.
- Etapa 2. El conflicto se convierte en un hecho cuando la interacción revela la incompatibilidad de necesidades de los miembros de la pareja, no obstante se piensan que dichas diferencias se puede resolver.
- Etapa 3. El conflicto amenaza a la relación cuando los miembros de la pareja perciben que no existe consecuencia mutuamente aceptable y deben hacer sacrificios indeseados para resolver las diferencias. En esta tercera etapa, los intereses propios usualmente reemplazan los intereses mutuos, existen ganadores y perdedores y los ejercicios de poder dominan probablemente el proceso.

Cuando las parejas se centran en el interés propio, dejando de lado la consideración de las necesidades del otro, suelen establecerse en la etapa tres. Contrario a aquellos que

contemplan los intereses de su pareja, suelen ubicarse en la etapa uno y dos. Esto refleja la importancia del afrontamiento empleado para la resolución del conflicto. Para lo cual, el desarrollo de habilidades asertivas juega un papel importante para la resolución adaptativa del conflicto.

Flores y Díaz-Loving (2002), resumen la definición de asertividad propuesta por Jakubowski y Lange (1978) como "la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere de formar directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de la otra personas" (pp.25).

Específicamente en el terreno sexual, la asertividad se puede definir como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff, et al., 1997) y se expresa primeramente con la capacidad de iniciar una conversación sobre temas relacionados con la salud sexual, los involucrados van reafirmando la habilidad de comunicarse asertivamente al mantener esta conversación sobre temas que sean de su interés y el de su pareja, enriqueciéndola con sus conocimientos, sentimientos, opiniones y deseos (Robles & Díaz-Loving, 2006).

La asertividad general (por llamarla de alguna manera) y la asertividad sexual pueden no ser congruentes, esto es, una persona que sea asertiva en otros planos, no quiere decir que lo sea en el sexual, aunque se habla de la misma habilidad, la de negociar, son resultados distintos porque están implicados contextos, situaciones y personas diferentes.

En este contexto es notoria la necesidad de diseñar y evaluar intervenciones psicológicas que impacten en la habilidad de asertividad sexual con el propósito de promover el uso del condón en mujeres que viven con VIH.

Con la intención de garantizar que la intervención propuesta impacte en el uso correcto y consistente del condón en mujeres con VIH, se realizó la busqueda bibliográfica de artículos que incluyeran unicamente la terapia cognitivo conductual (ICC), pues dicha terapia se basa en la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Cuyas principales características se describen a continuación:

- Las técnicas y procedimientos utilizados tienen una base científica o experimental
- El objetivo del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes en sus distintos niveles: conductual, cognitivo, emocional y fisiológico
- Tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, dicha eficacia se establece experimentalmente valorado los cambios producidos a corto y largo plazo en la conducta tratada, y su generalización al ambiente habitual del individuo.
- Es una terapia activa-directiva, que implica la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.
- Tiene un tiempo limitado, considerándose una terapia breve

Capitulo 3. Intervenciones sobre las habilidades de negociación para el uso del condón

3.1 Descripción de la revisión de la literatura

Como lo recomienda el Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford se realizó una revisión basada en la evidencia de artículos de investigación. Primeramente, revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados (nivel de evidencia 1 y 2), posteriormente los estudios de cohorte, series de casos, correlacionales y en general estudios analítico observacionales (nivel de evidencia 3 y 4) y finalmente las opiniones de expertos, o los mecanismos basados en el razonamiento (Nivel de evidencia 5; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

Se obtuvo un total de 187 artículos, estos fueron elegidos porque en el título incluía al menos dos palabras claves (Tabla 3), de los cuales se eliminaron 96 porque se duplicaban, por lo tanto se leyó el resumen de 91 y se descartaron 74 que no incluían una intervención cognitivo conductual en su procedimiento (figura 2). Por lo tanto se realizó la revisión de 17 artículos (tabla 4, 6 y 7).

Tabla 3
Descripción de los componentes PIO

Palabras clave		
P. Población	I. Intervención	O. Resultados
Women AIDS women HIV	Cognitive-behavioral therapy Cognitive therapy Behavioral therapy Coping with stress CBT	Use of the condom Domestic violence Partner violence Emotional violence

Nota. Herramienta PICO (PIO, pues no se presenta un tipo de intervención con el cual comparar) se formuló la pregunta clínica, dicha herramienta ha sido particularmente útil para mejorar la especificidad y claridad conceptual de los problemas clínicos a estudiar, así como para realizar búsquedas que arrojen resultados con mayor precisión (Van Loveren & Aartman, 2007; Nobre, Bernardo & Jatene, 2003; Landa-Ramirez & Arredondo-Pantaleón, 2014).

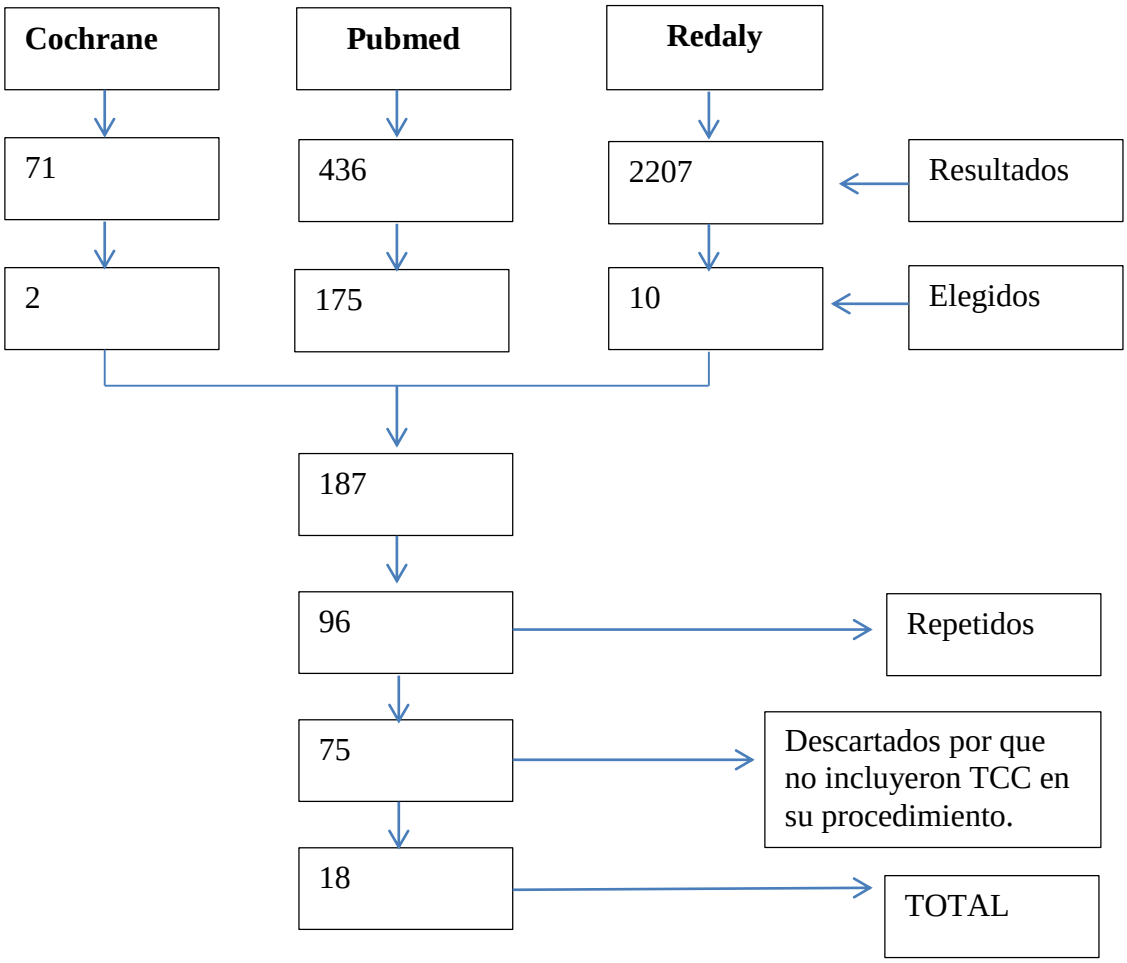


Figura 1. Visión integrada del proceso de selección de artículos

Tabla 4

Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención del uso correcto y consistente del condón en mujeres con VIH.

Autores	Descripción	Objetivos	Cambios por variables y resultados	Limitaciones recomendaciones
Carvalho, et al., (2012)	Revisión sintemática y metanálisis 5 estudios controlados y aleatorizados que implementaron intervenciones conductuales.	Investigar la eficacia de las intervenciones conductuales (información, consejería, habilidades de afrontamiento) para promover conductas sexuales de salud (uso consistente del condón) entre las mujeres que viven con el VIH.	Las intervenciones mostraron el efecto esperado (uso consistente del condón) en hombres. No obstante, no hubo diferencias cuando se analizó en mujeres	-La medida de la variable "uso consistente del condón" fue dicotómica **Se suguiere:** -Considerar la "coerción" (violencia de pareja) -Incluir el condón femenino en las intervenciones. -Contemplar la presencia de ETS, como indicador de impacto de la intervención -Muestras heterogéneas en mujeres (que busquen embarazarse, con pareja estable, con parejas ocasionales).
Saleh-Onoya, Reddy, Ruiter, Sifunda, Wingood y Borne, 2009	Estudio controlado y aleatorizado (49 mujeres en grupo control y 54 en grupo experimental).	Intervención de educación para la salud dirigidas a la mejora de las habilidades de afrontamiento y el uso consistente del condón entre las mujeres VIH-positivas que asisten a clínicas de atención primaria en la provincia del Cabo Occidental de Sudáfrica	Las mujeres del grupo experimental mostraron niveles de autoestima mayores en comparación con el grupo control (la diferencia fue significativa), también presentaron menos ETS, esto apunta a que la intervención tuvo impacto en la adherencia al tratamiento para las ETS. No obstante, en la frecuencia del uso del condón no hubo diferencia. La explicación ante esto, es que las mujeres del grupo control asisten constantemente a clinicas de salud, dónde frecuentemente tienen talleres, pláticas e intervenciones que fovorecen el uso del condón.	-Muestra más grande -Mayor control del grupo de comparación -Diseños estadísticos que permitan una comparación más adecuada

Continuación Tabla 4

Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención del uso correcto y consistente del condón en mujeres con VIH.

Autores	Descripción	Objetivos	Cambios por variables y resultados	Limitaciones y recomendaciones
Wechsberg, Luseno, Kline, Browne y Zule (2010).	Estudio cuasiexperimental. N= 583	Examinar la asociación entre uso del condón con las habilidades de negociación (asertividad) y el control sexual en mujeres con VIH postivo, sin VIH, y con estado desconocido	Después de la intervención, se encontró que las habilidades de negociación se asociaron con mayor uso del condón, independientemente del estado serológico (VIH positivo, VIH negativo, estatus desconocido). No obstante, la relevancia estadísticamente significativa fue para los grupos de mujeres con VIH positivo y estatus desconocido. Esto, en comparación con el grupo de atención común. Las mujeres trabajadores sexuales, presentaron mayor uso del condón con sus clientes, pero no con su pareja, También mostraron niveles más elevados de coerción sexual (violencia).	-Medición dicotómica del uso del condón **Se sugiere:** -Contemplar la coerción social en la intervención (desigualdad de género) -Mediciones de seguimiento -Sesiones de refuerzo
Santos-Iglesias y Sierra, 2009.	Revisión sistemática	Realizar una revisión bibliográfica y sintetizar la información sobre la asertividad sexual.	La asertividad sexual sumamente relevante como factor de protección ante conductas sexuales de riesgo y experiencias de victimización y coerción sexual	-Explorar su efecto en otros tipos de violencia en mujeres. -Inlcuir a la asertividad sexual en los programas de prevención e intervención -Ninguna intervención se realizó en mujeres con VIH -Pobre psicometría de los instrumentos empleados

Continuación Tabla 4

Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención del uso correcto y consistente del condón en mujeres con VIH.

Autores	Descripción	Objetivos	Cambios por variables y resultados	Limitaciones y recomendaciones
Robles, et al., (2006)	Ensayo controlado y aleatorizado	Evaluar los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón sobre la consistencia en el uso del condón en una muestra de 50 estudiantes universitarios sexualmente activos.	Diferencia estadísticamente significativa en las habilidades para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad, negociar el uso del condón y uso correcto del condón; en las medidas indirectas del uso de condón hubo un incremento intragrupo para el grupo experimental en el uso del condón en la última relación sexual y en su uso consistente, pero no hubo diferencias entre grupos en el uso del condón en las relaciones sexuales en general, uso del condón en la última relación sexual y consistencia en el uso del condón.	-La intervención se aplicó en días consecutivos, no se espero una semana entre sesión, como lo recomienda la teoría del Aprendizaje Estructurado **Se sugiere:** -Tomar medidas para evaluar la generalización de la habilidad aprendida a otros contextos -Evaluar habilidades para el uso del condón femenino -Mediciones de seguimiento -Realizar más juegos de roles en la intervención

Los estudios (dos revisiones sistemáticas, una con metanálisis, dos estudios controlados y aleatorizados y un cuasiexperimento) dirigidos a promover el uso consistente del condón cuyas intervenciones se centraron en la habilidad de la colocación correcta del condón y en la habilidad de comunicación asertiva general, mostraron tras el análisis general, efectos esperados, es decir mayor consistencia en el uso del mismo. No obstante aquellos estudios que evaluaron los resultados de las intervenciones separándolos por sexo, descubrieron que en las mujeres no hubo diferencias significativas, es decir, no mostraron mayor uso del condón. Al respecto se identificaron dos puntos principales que pueden estar limitando los resultados esperados en mujeres.

El primero hace referencia a la consideración del constructo "habilidad de asertividad sexual", entendida como la capacidad para iniciar la actividad secual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comortamientos sexuales más saludables (Morokoff, et al., 1997). Las intervenciones que incluyeron la misma, mostraron más efectos positivos que aquellas que unicamente incluyeron una intervención conductual (habilidad para colocar correctamente el condón y asertividad general). Así lo demostró una revisión sistemática, que analizó 76 trabajos publicados entre 1980 y 2009 y tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica y sintetizar la información disponible sobre el papel de la asertividad sexual humana. Todos los trabajos seleccionados se agruparon en tres temáticas principales: 30 relacionado con la respuesta y funcionamiento sexual, 16 relacionados con experiencias de coerción y victimización sexual, y 37 relacionado con conductas sexuales de riesgo. Cabe resaltar que algunos trabajos clasificaron en más de una temática. Entre los principales resultados se encontró que la asertividad sexual ese asoció de forma positiva con el deseo sexual, satisfacción sexual, números de orgasmos, autoestima, confort con el propio cuerpo y de

forma negativa con la doble moral, sumisión ante la pareja, menor culpabilidad sexual. Además, se identificó a la asertividad sexual como un factor protector frente a la victimización y coerción sexual, con distintos tipos de agresores y se relacionó con el uso del preservativo de forma consistente y con la intención de uso. Los autores sugieren evaluar los alcances de la intervención en otros tipos de violencia (Santos-Iglesias & Sierra, 2009).

Vale la pena mencionar que de la literatura revisada, el estudio realizado por Robles et al. (2006) ha sido una guía importante para el desarrollo del presente trabajo, pues la intervención utilizada obedece en gran medida a los sugerencias que se deben adoptar en cuanto a temas de habilidad de comunicación sexual asertiva. Acontinuación se describirá un poco del trabajo de Robles et al. (2006). Implementaron un entrenamiento dirigido a 4 habilidades precurrentes (saber escuchar, conocer y expresar sentimientos negativos, entender sentimientos de otros y expresar afecto) y dos de comunicación sexual (iniciara y mantener una conversación sobre sexualidad y negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón) que componen el constructo de asertividad sexual. Todas las habilidades están constituidas por componentes verbales y no verbales.

Las habilidades precurrentes, según Roth (1986) son vistas como requisitos necesarios para poder posteriormente cumplir con el entrenamiento en la habilidad de negociación del uso del condón (En Robles, et al., 2006).

Robles, et al., (2006) capacitaron a 50 estudiantes universitarios sexualmente activos, en la habilidad de negociación del uso del condón y en la habilidad del uso correcto del mismo, con el objetivo de evaluar la consistencia del uso del condón. La evaluación de las variables "uso correcto del condón" y "habilidades de negociación" se obtuvieron con base en medidas indirectas (autorreporte) y directas (métodos de observación analógicos), donde

concluyeron que los resultados en el grupo experimental fueron estadísticamente mejores en comparación con el grupo control con respecto a la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad, negociar el uso del condón y uso correcto del condón. Tambien se reportó incremento intragrupo en el grupo experimental con respecto a las medidas indirectas: uso de condón en la última relación sexual y en su uso consistente. Ninguna de las habilidades conductuales entrenadas se correlacionó con las medidas de autoinforme del uso del condón, de tal manera que se cuestionó la validez de las medidas indirectas del udo del condón y se planateó la necesidad de incluir la evaluación y entrenamiento de la habilidad conductual para el uso correcto del condón y su vinculación con la habilidad para negociarlo (Robles, et al., 2006).

En conclusión, se demuestra que para favorecer el impacto positivo de una intervención sobre la consistencia del uso del condón, se debe incluir la habilidad de negociación del uso del condón y no sólo las variables "entrenamiento conductual para colocar de forma correcta el condón" y/o "la información sobre consecuencias de no usar correcta ni consistentemente el condón", tal como lo señalo Robles, et al,. (2006), en su trabajo.

El Test Analógico de Similuación (TAS) fue el instrumento que Robles, et al,. (2006) utilizaron para llevar a cabo la evaluación directa de la habilidad de negociación para el uso del condón, dicho test es parte de los métodos de observación analógicos que se describirán más ampliamente a continuación.

3.2 Pruebas de observación analógica

La evaluación adecuada del comportamiento social disfuncional presenta dificultades únicas en el entorno clínico, pues siendo que el comportamiento social está determinado en buena medida por el contexto, en un entorno clínico el comportamiento puede no ser

representativo del que se lleva a cabo en situaciones de la vida diaria (Norton & Hope, 2001).

De esta manera, son necesarios métodos de evaluación que permitan al investigador y/o clínico acceder a muestras de comportamiento social en situaciones importantes de la vida diaria de un individuo. Idealmente, la evaluación de la conducta social problemática debe ocurrir con base en la observación en el contexto natural de la persona evaluada, a esto se le denomina "observación naturalista". Sin embargo, la observación naturalista puede implicar un tiempo considerable (observaciones extra-sesión) y gastos adicionales (dispositivos de grabación, observadores entrenados). Además, la realización de observaciones sin el consentimiento del cliente y de otras personas supone importantes problemas éticos. Dadas estas dificultades asociadas con los métodos de observación naturalista, rara vez es utilizada en investigación para evaluar el comportamiento social de adultos. Los clínicos e investigadores emplean más comúnmente métodos de evaluación en situacionales análogas principalmente a través de la observación de juegos de rol (Haynes & O'Brien, 2000).

Los juegos de rol implican la simulación de una interacción entre la persona evaluada con otra persona o un grupo en un entorno controlado. En este sentido, los clientes reciben instrucciones de comportarse como lo harían normalmente y se les pide que participen en una o más interacciones sociales. La conversación posterior puede durar hasta 10 min.

Varios estudios han informado una correspondencia de moderada a excelente de medidas de habilidad social entre el comportamiento mostrado en el juego de rol con el comportamiento en contextos naturalistas (Norton & Hope, 2001).

Con respecto a las propiedas psicométricas, los juegos de rol han mostrado resultados favorables en cuanto a la validez discriminativa, una buena sensibilidad de los componentes

evaluados, y la confiabilidad entre evaluadores varía de buena a excelente. Además, aunque la mayoría de los estudios utilizan evaluadores altamente capacitados no existe diferencia entre los evaluadores no capacitados y la la confiabilidad test-retest de las clasificaciones de observadores de los métodos de juego de roles no es clara (Norton & Hope, 2001).

Sin embargo, no ocurre lo mismo con la validez divergente, pues no se informaron pruebas sobre este tipo de validez. Claramente, se necesita más investigación para establecer el grado de correspondencia entre las calificaciones derivadas de los métodos de observación analógicos y las medidas relacionadas de los constructos de interés, así como la divergencia de las medidas de los constructos no relacionados (Norton & Hope, 2001).

Para atender algunas limitantes de los juegos de rol, se deben tomar en cuenta algunas consideraciones metodológicas:

- Componentes de procedimiento
  - Instrucciones. La naturaleza de las instrucciones proporcionadas a los clientes antes de una tarea de juego de roles puede influir considerablemente en la calidad del desempeño exhibido durante la evaluación. Se han empleado varias variaciones de instrucción en la evaluación del juego de roles, que incluye a) "actuar como lo haces / lo harías normalmente" y b) "actuar como crees que actuaría la persona más hábil". El investigador que emplean métodos de evaluación de juegos de rol deben considerar los objetivos de la evaluación y escribir las instrucciones según corresponda. Las evaluaciones en las que el enfoque es únicamente una evaluación del desempeño de habilidades o ansiedad de un cliente actual deben emplear instrucciones de tipo "a". Las evaluaciones realizadas para probar los posibles límites del repertorio de habilidades sociales

de un individuo podrían emplear una combinación secuencial de instrucciones de tipo “b”, para identificar discrepancias entre el rendimiento y la capacidad.

- Tipos de escenarios. El uso de escenarios estandarizados (indicaciones únicas) permite la comparación con datos normativos para ciertas poblaciones clínicas y no clínicas, es especialmente útil en contextos de investigación pues protege la validez interna del procedimiento de evaluación al mantener una equivalencia de estímulo continua entre los participantes. En otros contextos la tendencia es hacia múltiples indicaciones interrelacionadas que pueden o no estar estandarizadas.
- Compañeros de juego. En los estudios de investigación, los compañeros del juego de roles son a menudo asistentes de investigación capacitados, otros participantes de la intervención o el investigador. Con respecto al último, este puede afectar el resultado de la evaluación, ya que la naturaleza única y el poder diferencial de la relación participante-investigador pueden influir en el comportamiento del participante en el juego de roles. Los juegos de rol con con diferentes compañeros del juego pueden ser ideales, ya que favorece la generalización del comportamiento al exponerse a diferentes personalidades.

- Componentes estructurales:
  - Evaluación a nivel molar. Implican realizar una evaluación global de la calidad del comportamiento social, no obstante quedarse en este nivel, puede no captar con precisión el desempeño de alguien con déficits significativos en otras conductas como gestos no verbales.

- Evaluación a nivel molecular. Evalúan la frecuencia, duración o intensidad de los comportamientos específicos, por ejemplo contacto visual o la mirada; respuesta latencia y duración; contenido del habla, inflexiones, volumen y disfluencias; y movimientos corporales tales como temblores, auto manipulaciones, gestos y sonrisas

La integración tanto de la evaluación molar como la molecular puede ser la mejor solución para contar una evaluación completa.

- Evaluación inmediata versus demorada (registrada). La videograbación se emplea comúnmente en la investigación observacional del comportamiento social y tiene muchas ventajas, incluida la oportunidad para que el investigador revise la cinta para hacer diferentes tipos de calificaciones, la posibilidad de calificaciones de observadores y la posibilidad de usar la cinta de retroalimentación al participante.

En conclusión, se puede decir que en un contexto de investigación, donde se pretende evaluar una habilidad específica, lo ideal es contar con una instrucción clara que incluya el "actúa como lo harías normalmente", así como implementar un escenario estandarisado que permita compara la ejecución de la habilidad en diferentes momentos, así como contar con diferentes compañeros de juego que favorezcan la generalización de la habilidad. Por último incluír en la evaluación tanto el nivel molar como el molecular y utilizar la videograbación para poder evaluar posteior a la intervención (Norton & Hope, 2001).

Se han desarrollado varios métodos analógicos de observación estandarizados para la evaluación del comportamiento social. Por métodos estandarizados, nos referimos a métodos de evaluación publicados con procedimientos de puntuación demostrados,

escenarios establecidos o técnicas para diseñar escenarios individualizados e instrucciones detalladas de procedimientos. En el caso especifico de la habilidad de negociación del uso del condón, se ha utilizado el Test Analógico de Simulación (TAS), cuyas principales características se abordarán a continuación.

3.3 El Test Analógico de Simulación (TAS).

El TAS se denomina así, debido a que, como todas las pruebas de observación analógica, supone que el ejercicio de alguna habilidad en medios artificiales tiene una estrecha relación con el desempeño natural de la destreza en situaciones cotidianas. Además señala la relación entre la conducta del confederado (compañero de juego) y la de quien eventualmente podría desempeñar ese rol en su ambiente natural. Esto supone, desde luego, la reproducción de interacciones de mediana duración con el objeto de garantizar la emisión de los componentes verbales y no verbales que caracterizan a la habilidad correspondiente. La interacción se inicia a través de una *consigna (instrucción)* que opera como instrucción al inicio de la evaluación. Dicha situación representa para el sujeto en evaluación un problema interpersonal susceptible de ser resuelto a través de la ejecución correcta de la habilidad pertinente (Roth, 1986).

El grado de integración de los componentes del TAS se realiza sumando los porcentajes de cada uno de estos, por ejemplo, si el componente verbal tiene 50 por ciento y el componente verbal tiene 40 por ciento, el grado de la habilidad sería de 90 por cierto.

La evaluación del TAS se realiza con el acuerdo de acierto entre observadores, los observadores deben de estar previamente capacitados en el instrumento y en la habilidad que evaluarán.

Hay dos formas de evaluar el acuerdo entre observadores, una es registrando el número de eventos (No.) que hayan ocurrido e un periodo de tiempo, esto es:

$$\frac{\textbf{No. De menores eventos registrados}}{\textbf{No. Mayor de eventos registrados}} \textbf{ X 100}$$

La otra manera que se adecia al trabajo, es el padrón donde se destaca si una o más conductas han ocurrido en un intervalo específico, esto es:

$$\frac{\textbf{No. De acuerdos entre observadores}}{\textbf{No. De acuerdo + No. De desacuerdos}} \textbf{ X 100}$$

Un acuerdo se considera cuando la anotación realizada en un observador coincide exactamente con la realizada por el otro observador, cualquier otro es entendido como un desacuerdo.

Para garantizar que la evaluación de la habilidad sea confiable, se deben establecer los siguientes elementos

Consigna:

Es una instrucción referente a un problema que se presenta al participante, dicho problema es susceptible de ser resuelto por medio de la representación correcta de la habilidad en que esta siendo entrenado (Roth, 1986)

Posteriormente debe establecerse una definición clara y objetiva del conjunto de variables que se pretenden entrenar, en este caso, la negociación del uso del condón para lo que Roth (1986; en Robles, 2005) define la habilidad en términos de los componentes verbales y no verbales:

Elementos VERBALES.

- Identificar el conflicto en voz alta. La persona a ser entrenada debe mencionar los puntos de vista que están en conflicto entre ella y su pareja cobre el uso del condón (uno sí lo quiere usas y el otro no, y cada quien tiene sus razones)
- Plantear la necesidad de un acuerdo. En voz alta, debe identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable –un compromiso en el cual el comportamiento de uno, queda supeditado al comportamiento del otro-, insistiendo a su pareja que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.
- Establecer una proporción y que la pareja establezca la suya. Debe ejercer presión para que su pareja de su punto de vista. En eta parte debe expresar todos los argumentos que le sean posibles sobre la importancia que revise para la salud sexual de ambos, el usar siempre el condón. Es importante enfatizar sus ventajas en el terreno de la salud y otros terrenos.
- Obtener una conclusión o un acuerdo. Debe elaborar un resumen en voz alta, que indique claramente en qué están en desacuerdo, la propuesta de cada quien y el acuerdo al que llegan, considerando posibilidades alternativas. En esta parte es posible que el acuerdo implique posponer la relación sexual para otro momento, o bien, tener una relación sin penetración, que no implique intercambio de fluidos genitales.
- Identificar el momento oportuno para la negociación
- Identificar estrategias exitosas en el pasado con la pareja actual
- Identificar posibles factores disposicionales que alteren favorablemente el estado de ánimo y la motivación de la pareja para llegar a un acuerdo.

- Plantear estrategias alternativas para la negociación
- Llevar a cabo las estrategias planteadas en un primer momento

Elementos NO VERBALES:

- Contacto visual. Tiempo total de orientación visual de la persona que está siendo entrenada hacia su pareja; su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
- Tono y volumen de voz. Audible para su pareja. Debe señalarse la importancia de expresarse con un volumen de voz que no implique gritar y con un tono que no refleje una expresión de molestia o enojo.
- Proximidad. La distancia entre ambos miembros de la pareja debe ser corta y acorde a los distintos momentos de la negociación
- Expresión facial. Debe ser congruente con el contenido verbal y no debe expresar enojo o molestia.
- Expresión corporal. Como en el caso anterior, debe ser congruente.

Una vez establecidas las variables a entrenar, ahora se definen las técnicas especificas que son apropiadas para lograr el aprendizaje de la habilidad de negociación del uso del condón, para lo cual se contempla la utilización del aprendizaje estructurado. Goldstein, et al., (1981; citado en Roth, 1986) refieren que los trastornos son adquiridos a través de la interacción dinámica con el ambiente social y que los déficit deben ser interpretados como el producto o la consecuencia de un incompleto o defectuoso proceso de aprendizaje. Por lo tanto, el entrenamiento en habilidades sociales puede implementarse en la adquisición de repertorios inexistente. Dicho aprendizaje esta conformado por 4 técnicas de cambio conductual (Roth, 1986):

- Modelamiento, esta técnica consiste en demostrar por medio de ejemplos cómo se lleva a cabo una habilidad de forma efectiva y cómo no debe realizarse, la demostración la lleva a cabo un modelo que domina la habilidad y pueden ser en vivo o en grabaciones de audio o video (Martin & Pear, 1999).
- Juego de roles, es una práctica conductual sistematizada que simula una situación real y está conformada por un participante (actor), junto con otro (coautor), los cuales representan la habilidad en cuestión. Los ensayos se dividen por componentes no verbales (como mirar a los ojos, tono de voz y postura) y verbales (iniciar, mantener y concluir una conversación) los cuales al realizarse llevan el cumplimiento de la habilidad.
- Retroalimentación correctiva, es la actividad que permite evaluar al participantes y reforzar en forma positiva la realización correcta de la habilidad o bien, brindar comentarios críticos y sugerencias para mejorarla.
- Transferencia del conocimiento, este permite llevar las conductas aprendidas a las situaciones de la vida diaria con el fin de generalizar los nuevos comportamientos. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, se trabaja con utilería real o imaginaria como apoyo en el juego de roles y el sobreaprendizaje (Roth, 1986).

Dentro de las recomendaciones del estudio de Robles, et al., (2006) se resalta la posibilidad de tomar mediciones que puedan documentar una posible generalización de las habilidades de comunicación y negociación con sus parejas hacia otros temas no-sexuales, esto es, las mujeres capaces de usar adecuadamente el condón, pueden actuar asertivamente al hablar sobre el condón y negociar su uso con la pareja y, quizás, generalizar ese tocar el tema y

negociar con su compañero, hacia otros temas de interés, como aspectos económicos, toma de decisiones en general, entre otros.

A lo largo del análisis de la literatura, se observaron otras limitantes que deben ser contempladas para futuras investigaciones, primeramente se hace referencia a la medida de la variable "uso consistente del condón", pues esta se midió de manera dicotómica, lo cual limita el poder identificar niveles en la conducta "uso del condón" y por consecuencia podría parecer que no existe impacto de la intervención aplicada (Carvalho, et al., 2012).

También se señaló la necesidad de observar directamente que los participantes en la intervención, puedan usar correctamente el condón y no sólo contar con medidas obtenidas del autoinforme de su uso. Pues aquellas personas que reportaron usar el condón, al ser evaluadas, no lo usaron correctamente, esto muestra una clara discrepencia entre el "decir" y el "hacer". Entonces, puede ser que los estudios que tomaron como medida de éxito el autoinforme del uso del condón sin evaluar las habilidades conductuales para su uso, estén sobrestimando su uso y realmente no incidan en la conducta (Robles, et al., 2006).

Por último se señala que todos los estudios de la literatura consultada emplearon el entrenamiento para prevenir la transmisión de infecciones sexuales incluyendo el VIH, en otras palabras ningún articulo tuvo como participantes a personas con VIH, dadas sus características antes expuestas, se reconoce la importancia de intervenciones que favorezcan el uso consistente del condón en dicha población.

El segundo punto que pudiera estar afectando los resultados esperados de la intervención para favorecer el uso del condón, tiene que ver con la nula consideración de las desigualdades por sexo, especialmente las tradicionales normas Mexicanas de conducta que rigen las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, donde se favorecen las relaciones de poder y las mujeres suelen estar en desventaja en cuanto a derechos y libertades (Herrera &

Campero, 2002), al respecto, Barroso, et al., (2008) dice que el modelo de feminidad sexual hace referencian a la pasividad de la mujer en la toma de decisiones sobre la sexualidad, la condescendencia y el sacrificio por su pareja, así como la obligación de complacer a la pareja aún a costa del sacrificio del propio deseo o voluntad, todo esto como símbolo de amor. Dichas normas de conducta sexual puede limitar la posibilidad de que las mujeres, por un lado, pidan el uso del condón a sus parejas y por otro que puedan negociarlo en caso de que la pareja no quiera utilizarlo. Así se demostró en una investigación cualitativa realizada a 10 mujeres estudiantes de nivel superior. A quienes se les realizó entrevistas profundas con el fin de identificar y analizar los factores sociales y psicológicos que influyen en el uso inconsistente del condón. Se concluyó que uno de los principales motivos para no usar el condón fue el "complacer a la pareja", principalmente por miedo a que la pareja pudiera buscar en otra mujer relaciones sexuales sin protección.

Continuando con esta evidencia una investigación cuyo objetivo fue describir las prácticas del uso del condón en mujeres mexicanas con VIH y analizar los factores que lo facilitan u obstaculizan, entrevisto a 55 mujeres con VIH en edad reproductiva. Los resultados reflejan que las mujeres que no lograron el uso consistente del condón presentaban pensamientos que relacionan el preservativo con la infidelidad sexual y el sexo no protegido con una muestra de amor y de seriedad de la relación. Algunas mujeres, tras el diagnóstico de VIH, lograron cambiar dichos pensamientos y asociar al condón con una expresión de amor y de responsabilidad por el cuidado mutuo y esto a su vez se asoció con la consistencia del uso del condón (Kendall, Castillo, Herrera & Campero, 2015).

Por lo tanto, se ha sugerido que las intervenciones cuyo objetivo sea favorecer el uso del condón en mujeres, deben atender los pensamientos impuestos socialmente por los estereotipos de género y que suelen ser desadaptativos como lo es "el uso del condón como

sinónimo de infidelidad sexual", o bien, el "no uso como muestra de amor". Para atender dichos pensamientos, la terapia cognitiva ha mostrado prometedores resultados se basa en intervenciones estructuradas con técnicas específicas para promover nuevas habilidad para la modificación de pensamientos y creencias (Basu, Chwastiak & Bruce, 2005). Se caracterizan por estar diseñadas especialmente para las necesidades la población en cuestión.

Cabe resaltar que las mujeres, a veces ni siquiera tienen la posibilidad de decidir si quieren o no tener relaciones, pues son sometidas a violencia de pareja (ONUSIDA, 2004). Por ejemplo, Browne y Zule (2010), evaluaron la eficacia de una intervención dirigida a las habilidades asertivas de negociación del uso consistente del condón en mujeres con VIH, sin VIH, y con estado desconocido, encontraron que la intervención mostró efectos en el sentido esperado, es decir, las mujeres aumentaron la consistencia del uso del condón. Cabe resaltar que las mujeres que menos beneficios obtuvieron fueron aquellas que estaban expuestas a la violencia de pareja (VP). Es por esto que los autores señalaron la importancia de atender cuestiones de VP, aspecto que puede interferir en la negociación del uso del condón (Carvalho, et al., 2012). Dada la relevancia de la VP en este tema, se abordará más ampliamente en el siguiente capítulo (4).

Capitulo 4. Violencia de Pareja

La violencia de pareja (VP), es un grave problema social que afecta a todos los países independientemente de su nivel de desarrollo económico o democrático. Incluye un patrón de conductas abusivas y es ejercido por una persona en contra de otra en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre la otra persona (Walker, 2009, p. 23). Se ha señalado que son las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de ser víctimas de la VP, en niveles más grave y más probabilidad de ser asesinadas por su pareja en comparación con los hombres (World Health Organization, WHO, 2013).

4.1 Definición y tipos de Violencia de Pareja (VP)

La United Nations General Assembly (1993), definió la VP contra la mujer como "cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres". Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada.

En la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), se establecieron dentro de este ámbito cuatro tipos de violencia: física, sexual, económica y psicológica o emocional, que han sido retomados por diferentes organismos, entre ellos el de Naciones Unidas. Para efectos de este trabajo se retomarán las definiciones que se establecieron por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH; INEGI 2011; Tabla 5).

Tabla 5

Descripción de los tipos de violencia contra las mujeres en el ámbito privado.

Tipo de violencia	Definición
Económica	Acciones u omisiones que repercuten en el uso, goce, disponibilidad o accesibilidad de una mujer a los bienes materiales que le pertenecen por derecho, por vínculo matrimonial o unión de hecho, por capacidad o por herencia, causándole deterioro, daño, transformación, sustracción, destrucción, retención o pérdida de objetos o bienes materiales propios o del grupo familiar, así como la retención de instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos.
Emocional	Constituye una forma sutil de agresión no visible a primera vista, deja huellas importantes en la psique femenina ocasionadas por: insultos, amenazas, celotipia, intimidaciones, humillaciones, burlas, aislamiento, infidelidad, etc. Su identificación es la más difícil de percibir ante la "ausencia de evidencias". La violencia emocional, además de estar presente en las otras categorías, "es la única que puede presentarse de manera aislada, de ahí la importancia de su especificidad". Esta constituye en sí un proceso real de destrucción moral que puede conducir a la enfermedad mental o incluso al suicidio.
Física	Acciones de agresión en las que se utiliza la fuerza corporal directa o por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad a una mujer.
Sexual	Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer usos de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Fuente: INEGI, 2011

4.2 El conflicto como potenciador de la VP

Actualmente se tiene diversa información respecto a los factores que pueden conducir a la VP en contra de la mujer, probablemente porque es practicamente imposible identificar una característica en particular o un cojuntos de ellas que puedan apuntar a futuros agresores o víctimas (Riggs, 2000).

No obstante algunas características que se han identificado, pueden dividirse en:

Rasgos de personalidad como la impulsividad, la ira, los celos o la dependencia emocional; *variables socio-culturales generadoras de estrés*, como el bajo nivel cultural, la

desigualdad de género, el consumo excesivo de alcohol, los problemas económicos, el desempleo, la sobrecarga de trabajo, la incorporación de la mujer al mundo laboral, tener muchos hijos o por el contrario la infertilidad; *estilos de crianza* como crecer en un hogar con presencia de violencia y/o abusos y la posterior implicación, en la vida adulta, en relaciones de parejas insatisfactorias y con presencia de violencia (Johnson, 2011). Por lo regular, la violencia a causa de los factores antes mencionados, suele tener como objetivo el control y poder de la pareja, también conocida como vioencia coerciba de control o terrorismo íntimo (Johnson, 2011), esta clasificción suele ir en aumento y es la manifestación mas grave de la violencia, cuya vía de intervención es en mayor medida orientado al apoyo legal, psiquiátrico, hasta casas de resguardo para mantener a salvo a la víctima.

Por otro lado se ha documentado que la *falta de habilidades eficaces para la resolución de conflicto*, es uno de los principales factores asociados al inicio de la violencia de pareja en niveles menos graves, la cual también ha sido considerada *violencia situacional de pareja*, esto es, la violencia situacional de pareja suele ocurrir en el contexto de una discusión, donde uno o ambos cónyugues arremete en contra del otro y se presume que es causada por los patrones disfuncionales en la comunicación y en deficiencias en habilidades sociales que conducen a la cronificación del conflicto en el seno de la relación de pareja y que a su vez, pueden llevar a una violencia más grave**.** Esto es, los miembros de la pareja pueden intentar solucionar conflictos mediante estrategias positivas, pero otros recurren a modales punitivos. La secuancia que suelen seguir estos últimos implica, tras los primeros intentos de entendimiento, estilos de comunicación disfuncionales. Comienzan por levantarse primero la voz, luego los tonos y el grosor de las pablabras, siguen actitudes agresivas y

para terminar, cuando constatan “que hablando no se entiende”, surge la violencia en sus manifestaciones más graves (Cáceres, 2011).

Al respecto, Hurtado, Ciscar y Rubio (2003), realizaron una investigación para analizar la presencia de conflictos y su asociación con trastornos mentales y violencia de pareja, en una muestra de 39 parejas heterosexuales que presentaban relaciones insatisfactorias. Los resultados revelan que las estrategias para solucionar conflictos son deficicitarias en ambos sexos. Ademas la comunicación efectiva se asoció significativamente con la satisfacción de pareja y esta a su vez negativamente con la violencia de pareja.

Así mismo, Cacerés evaluó a 433 personas (219 mujeres y 214 hombres), con la intención de identificar cuales características de las personas se asocian con la presencia de violencia. Se concluyó que las mujeres experimentan más violencia psicológica, física y sexual que los hombres y dicha violencia se asoció con la calidad de la relación de pareja, es decir, la presencia de conflictos y la forma de enfrentarlos (desadaptativamente). También explicó que en una interacción como lo es la relación de pareja, la comunicación con predominio de aspectos negativos, tanto en el ámbito verbal como no verbal, alta recirpocidad negativa, los niveles de violencia tiende a aumentar con las transiciones de la pareja, por lo tanto recomienda que la atención primaria y servicios de urgencia, puedan detectar la violencia en sus primeras fases de desarrollo, para brindar la intevención adecuada.

Por otro lado Méndez y García (2015) evaluaron a 342 personas (150 hombres y 192 mujeres) con la intención de identificar si las estrategias de manejo del conflicto influyen en la violencia situacional en la pareja. Los resultado señalan que tanto hombres como mujeres optan en primer lugar por el estilo de manejo del conflicto referente a reflexión/comunicación (o confrontar a su pareja y buscar la comunicación), seguido de

evitación (o hablarle a la pareja o alejarse o mostrarse indiferente), afecto (indicador de no-agresión), tiempo (a búsqueda del momento adecuado para buscar una solución al conflicto) y por último acomodación (ceder y aceptar ser culpables de los conflictos), no obstante son las mujeres quienes presentan mayores puntajes en comparación con los hombres en los factores de violencia física, violencia económica, intimidación y humillación/devaluación. El análisis de correlación reflejó una asociación negativa entre la reflexión/comunicación y la violencia física, económica, sexual, la intimidación y la humillación/devaluación y el chantaje. La estrategia de evitación se asoció positivamente con la violencia física, económica, psicológica, la intimidación, el control y la humillación/devaluación. La estrategia de afecto se correlacionó de forma negativa con la violencia física, económica, psicológica, intimidación, el control, la humillación/devaluación y chantaje. El factor "tiempo" se asoció negativamente con la violencia física, psicológica, la intimidación y la humillación/devaluación. Por último, la estrategia de acomodación se correlacionó de forma positiva con la violencia económica, psicológica, sexual, el control y el chantaje. El análisis de ecuaciones estructurales mostro que el estilo de manejo del conflicto "evitación" predijo todos los tipos de violencia así como a la intimidación, la humillación/devaluación y el chantaje. Además las dimensiones de las estrategias de manejo del conflicto de tiempo, afecto, acomodación y reflexión/ comunicación también predijeron a la violencia. Estos datos confirman que la resolución no efectiva del conflicto predice la violencia de pareja.

Continuando con esta evidencia Bonache, González-Méndez y Krahé (2016), evaluaron a 216 estudantes vía internet, con el objetivo de examinar cómo los estilos de apego se relacionan con la experiencia de abuso sexual y psicológico a través de estrategias de

resolución de conflictos destructivos. Concluyeron que los participantes con un apego ansioso mostraron más participación en los conflictos de parejas así como más patrones de estrategias de resolución de conflictos destructivos, estos patrones a su vez se asociaron con mayor violencia de pareja.

Con base en la infomación, se puede establecer que el manejo desadaptativo de lo conflictos que se presentan en la pareja, parecen predecir a la VP, violencia que inicialmente se manifiesta en niveles leves (de manera situacional), pero de persistir el mal manejo de los conflictos, puede evolucionar a una violencia mucho más explícita. Cabe resaltar que la violencia se presentó predominantemente en mujeres, este dato fue mencionodo de manera consistente en practicamente toda la literatura consultada. A continuación se describirá la prevalencia de la misma.

4.3 Epidemiología

El estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) evaluó aspectos sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, entrevistó a 24.000 mujeres de 15 sitios ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzanía), concluyó que el 35 % de las mujeres habían sufrido algún tipo de VP en algún momento de su vida, de los cuales entre el 13 y el 59% habían sufrido violencia física; del 6 al 59% habían sufrido violencia sexual y entre el 20% y el 75% experimentaron violencia emocional, en los últimos 12 meses previos a la entrevista. También informó que el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

En cuanto a México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía a través de la Encuesta Nacional sobre Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011) entrevistó a 24,566,381 mujeres de toda la república mexicana y reportó que el 43.9% (11,018,415) habían sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida, de las cuales el 25.8% (2,842,309) fueron víctimas de violencia física; el 11.7% (1,288,793) violencia sexual; el 56.4% (6,215,767) violencia económica y el 89.24% (9,826,235) violencia psicoemocional.

También informó que el 8.1% de estas mujeres han pensado en quitarse la vida, de las cuales el 38.8% lo ha intentado al menos en una ocasión. El 16.2% ha vivido extrema violencia y el rango de edad que ha experimentado más violencia es el de 15 a 19 años (38.4%), seguido del 30 a 44 años (35.8%) y finalmente el de 45 a más con 28.1%.

El promedio de VP que se vive en México es relativamente mayor en comparación con el promedio mundial, al respecto Herrera y Campero (2002) explican que las normas Mexicanas tradicionales de género favorecen la dominación masculina y la sumisión femenina y por consecuencia la VP en contra de las mujeres (Herrera & Campero, 2002).

Por otro lado, la encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres (2003), evaluó a 26,042 mujeres de 15 a 92 años de edad, usuarias del sector salud en México. Encontró que únicamente el 7.8% de las mujeres respondieron afirmativamente a la pregunta general de violencia de pareja. Sin embargo al aplicar la escala de violencia, la prevalencia de cualquier tipo de violencia en los últimos 12 meses fue de 21.5%. El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica (19.6%). De las mujeres que tuvieron antecedente de embarazo, 14.1% señalaron violencia y 4.4% refirieron haber sido golpeadas en el abdomen. La prevalencia de violencia sexual fue de 17.3% (Olaiz, Rojas, Valdez, Franco & Palma, 2006).

Como se puede observar, las tasas de detección de VP fueron bajas en relación con las estimaciones mundiales y nacionales (21.5%). La explicación radica en dos puntos principalmente, el primero tiene que ver con el personal de salud, pues a menudo carecen de habilidades y conocimientos necesarios para responder adecuadamente una vez que pudieran identificar la VP en contra de las mujeres, o bien, la falta de tiempo (principalmente cuando la atención se realiza en el área de urgencias) impide la examinación adeuada de la misma y entonces llegan a ignorarla. Por otro lado, las mujeres víctimas de VP, pueden experimentar barreras que les impiden la revelación de la misma (vergüenza, miedo hacia el perpetuador, entre otros; Taft, et al., 2013; O´Doherty, et al., 2014).

En la Clínica Especializada Condesa, el personal de salud mental evaluó a 92 mujeres para conocer sobre su historia de violencia. Cincuenta refirieron haber sufrido violencia en algún momento de su vida, de las cuales seis fueron víctimas de violencia psicológica, cuatro de violencia sexual, tres de violencia física y una de violencia económica, las demás reportaron más de un tipo de violencia. También se encontró que el principal perpetuador es la pareja (21), seguido de algún familiar (14), desconocido (3), el resto sufrió violencia por más de un perpetuador (Estadísticas internas del programa de salud mental de la Clínica Condesa, 2014).

Ahora bien, en lo concerniente al VIH punto de partida del presente manuscrito, se tiene que el porcentaje de violencia en mujeres que viven con VIH (54%), es notablemente mayor en comparación con los reportados a nivel mundial y nacional. Al respecto, algunos autores han señalado la asociación predictiva entre ambos factores. Esta asociación así como sus implicaciones en el sistema inmunológico (Células CD4 y Carga Viral) se abordará ampliamente más adelante en este documento (Kendall et al. 2012; Burgos-Soto,

2014; Illangasekare et al. 2012; Gielen et al. 2007; Dhairyawan, Tariq, Scourse & Coyne1, 2012).

El estudio de la VP en contra de las mujeres ha tomado relevancia, principalmente, por las afectaciones que produce en diferentes áreas. A continuación se abordarán mas a detalle.

4.4 Costos de la VP para el sector salud.

Pese a la falta de un procedimiento adecuado para la detección de VP en contra de las mujeres, se ha identificado que la atención ha ocasionado grandes costos para el sector salud. Rivera et al. (2007) en un estudio cuyo objetivo fue determinar el incremento marginal en el uso de los servicios de salud (por ejemplo, la atención primaria, la atención de la salud mental y la atención hospitalaria) y los costes sanitarios que acompañan a las mujeres con una historia actual o pasada de VP en comparación con las mujeres sin historia de VP. Señalaron que los costos para mujeres que experimentan VP son 42% mayor en comparación a las mujeres sin VP y pueden persistir hasta por 15 años.

Los costos indirectos incluyen impactos en la salud que no necesariamente generan una demanda para la utilización de servicios de salud, por ejemplo mayor mortalidad debido a los homicidios, al abuso del alcohol, las drogas y a los cuadros depresivos. Si se calcula el impacto de la violencia doméstica en el deterioro de la salud, los resultados son serios. El Banco Mundial estimó que cada año hay nueve millones de años de vida saludable (AVISA) perdidos en el mundo en concepto de violaciones y violencia doméstica, cifra mayor que el total de mujeres víctimas de todos los tipos de cáncer existentes y más de dos veces del total de AVISA perdidos por mujeres en accidentes de vehículos motorizados (World Bank, 1993).

En un estudio donde se calculó el peso de las enfermedades en las mujeres de la ciudad de México, la violencia por parte de la pareja y otras formas de abuso contra la mujer fue la tercera causa de pérdidas de AVISA, después de la diabetes y las afecciones perinatales (Buvinic, 2008). Los costos sociales incluyen la transmisión intergeneracional de la violencia, la erosión del capital social, una reducción de la calidad de vida y una menor participación en los procesos democráticos.

4.5 Consecuencias emocionales.

Dillon, Hussain, Loxton y Rahman (2013), después de realizar una revisión sistemática de 75 estudios cuantitativos y cualitativos realizados en países desarrollados y sub-desarrollados publicados del 2006 al 2012, cuyo principal objetivo fue identificar las afectaciones físicas y mentales de mujeres víctimas de VP, concluyeron que las mujeres que han vivido con parejas violentas son más propensas a experimentar una serie de síntomas psicológicos, como trastorno de estrés postraumático, ansiedad, tendencia e ideación suicida. No obstante la depresión fue el trastorno que reveló de manera consistente y clara una relación con la violencia de pareja. Se evidenció que la violencia psicológica es el principal predictor de la depresión y entre mayor sea el abuso psicológico mayor será el nivel de depresión. También se encontró que las mujeres que habían sufrido algún tipo de abuso, mostraban mayores niveles de depresión cinco años después (continuaran o no siendo violentadas), por último, la depresión fue el aspecto que mayor morbilidad mostró con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), síntoma que también se presenta de manera consistente en esta población. Otros autores señalan que TEPT es la categoría diagnóstica que mejor recoge el conjunto de síntomas que presentan las mujeres víctimas de VP (Alonso y Labrador, 2010).

Numerosos estudios han encontrado comorbilidad entre TEPT y depresión (Harlé, Allen y Sanfey, 2010; Huang, Yang y Omaye, 2011; Najavits, Ryngala, Back, Bolton y Brandy, 2009). Las mujeres que tienen TEPT, también presentan diez veces más probabilidad de tener niveles altos de depresión y se sugiere que dicha comorbilidad puede explicarse por los síntomas que comparten ambas alteraciones psicológicas, especialmente anhedonia, trastornos del sueño y dificultades de concentración (Dillon et al. 2013).

La prevalencia de depresión en mujeres que son o han sido víctimas de VP es de 48%, por su parte la prevalencia de TEP oscila del 31% al 84.4% (Golding, 1999).

4.6 Consecuencias físicas

Por otro lado las mujeres que sufren violencia también experimentan complicaciones en el área física, por ejemplo presentan menores niveles de funcionamiento físico y de percepción de salud en comparación con mujeres que no sufren violencia, además presentan mayores quejas como: dolor crónico, problemas cardiovasculares y/o circulatorios (incluyendo ataque al corazón, hipertensión, trombosis y accidente cerebrovascular), fatiga, alergias, problemas de audición y vista, problemas respiratorios (como asma, enfisema, y bronquitis), afecciones óseas y musculares (incluyendo la osteoporosis, artritis y otros problemas en las articulaciones), diabetes, bajo nivel de hierro, desnutrición, bajo peso y problemas gastrointestinales (Dillon et al. 2013). Las complicaciones propias de la VP que viven la mujeres y que se han abordado hasta el momento, las coloca en mayor vulnerabilidad, misma que contribuye a mayor probabilidad de adquirir VIH. A continuación se abordará más ampliamente está asociación.

4.7 Asociación entre el VIH y la VP

La literatura sugiere una asociación entre el VIH y la violencia (Dillon et al. 2013). Al respecto Anderson, Campbell y Farley (2013), realizaron una revisión sistemática y analizaron nueve investigaciones que evaluaron dicha asociación. Así, identificaron que las mujeres que experimentaron dos o más episodios de violencia en un periodo de 2 años, tenían mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH en comparación con las mujeres que no habían experimentado ningún episodio de violencia en el mismo tiempo. Continuando con esta evidencia, una revisión sistemática y metanálisis examinó 28 estudios realizados en 5 países (EEUU, Sudáfrica, África, India y Brasil), donde incluyeron a 331.468 mujeres, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la violencia de pareja y el VIH entre las mujeres a nivel mundial. Concluyeron que cualquier tipo de violencia se asociaba con el riesgo de infección de VIH y el riego se incrementa en países de bajos y medianos ingresos económicos (Li, Marshall, Rees, Nunez, Ezeanolue & Ehiri, 2014). Además el riesgo de infección puede incrementar cuando se experimenta un encuentro sexual violento, por el grado de trauma y/o por la presencia de otra ETS (ITS; CENSIDA, 2002).

Estos análisis coinciden en que dicha relación tiene sus raíces en dos factores principalmente.

El primero hace referencia a la vulnerabilidad biológica propia de las mujeres pues se ha documentado que las mujeres que presentan niveles elevados de depresión durante un largo tiempo, tienen mayor riesgo de contraer VIH, pues el sistema inmunológico se ve afectado (Leserman, 2003).

El segundo factor tiene que ver con aspectos comportamentales, se ha documentado que la violencia psicoemocional, interfiere con la negociación del sexo seguro (uso del condón), pues el miedo hacia el perpetuador de violencia limita la comunicación (Kuo, Zlotnick, Raker, Tzilos & Phipps, 2014; Teitelman, Seloilwe, & Campbell, 2009; Li, Marshall, Rees, Nunez, Ezeanolue & Ehiri, 2014). Así lo demostraron Pettifor, Measham, Rees y Padian (2004) quienes realizaron un estudio con población Africana, cuyo objetivo fue evaluar el uso del condón en mujeres que experimentaban violencia comparadas con las que no la experimentaban y concluyeron que las mujeres con VP eran seis veces más propensas a usar de manera inconsistente el condón que las que no experimentaban VP.

Así mismo se llevó a cabo una investigación en 14 países de Europa, el objetivo general fue reunir información para favorecer la mejora de la salud sexual y reproductiva en personas que viven con VIH. Para lo que evaluaron a 651 personas (364 mujeres y 287 hombres), de los cuales 398 (229 mujeres y 169 hombres) reportaron tener una pareja sexual por más de 6 meses al momento de la entrevista. La pareja era serodiscordante en el 50% de las mujeres y en el 60% de los hombres. El 49% de las mujeres y el 41% de los hombres confirmaron que utilizaban de manera inconsistente el condón. Con base en los resultados se enfatiza que la población está en riesgo tanto de reinfección como de trasmitir el VIH a las parejas serodiscordantes (Nöstlinger, et al., 2010).

En África se investigó sobre el uso del condón en 607 mujeres que viven con VIH y que tenían 2 meses o más de haber dado a luz. El objetivo fue evaluar la actividad sexual, el uso del condón y la revelación del diagnóstico de VIH. 480 reportaron ser sexualmente activas, de las cuales el 31.9% reportó utilizar de manera inconsistente el condón. Cabe resaltar que la VP fue el principal motivo del no uso del condón. Por último el 26.7% presentó alguna ITS en el último año (Peltzer, 2014).

Kendall, Castillo, Herrera y Campero (2015) entrevistaron a 55 mujeres con diagnóstico de VIH que radican en el Distrito Federal, Estado de México y Morelos, el objetivo fue describir prácticas del uso del condón y analizar factores que lo facilitan u obstaculiza. Los resultados mostraron que 49 mujeres eran sexualmente activas en el momento de la entrevista, de las cuales el 57 % tenían una pareja seroconcordante y el 31 % serodiscordante, ninguna reportó utilizar de manera consistente el condón. Lo cual manifiesta el riesgo inminente de reinfección y propagación del VIH (en parejas serodiscordantes).

Por otro lado, la asociación entre VIH y VP se puede observer desde otra dirección, es decir el diagnóstico de VIH aumenta la probabilidad de sufrir violencia. En Reino Unido, se llevó a cabo una investigación transversal en 191 mujeres con diagnóstico de VIH que asisten a un servicio de salud en Londres. El objetivo fue identificar la prevalencia de VP en mujeres usuarias de dicho servicio, los datos arrojaron que más de la mitad de las mujeres evaluadas refirieron haber sufrido VP en algún momento de su vida y 1 de cada 7 la había experimentado en el último año, estos resultados son superiores a los niveles de violencia en población general (Dhairyawan, Tariq, Scourse & Coyne1, 2012).

Gielen et al. (2007), analizaron 35 artículos realizados en Estados Unidos y publicados de 1997 a 2006, dónde identificaron la relación entre la condición de VIH y la violencia de pareja y determinaron que no existen diferencias entre el promedio de VP que experimentan las mujeres con o sin diagnóstico de VIH. Sin embargo, las mujeres con VIH reportaron mayor intensidad de la misma.

Burgos-Soto, et al,. (2014), realizaron una investigación en Togo, África Occidental, dónde estimaron la prevalencia de VP (física y sexual) en mujeres con diagnóstico de VIH (304) y

mujeres sin diagnóstico de VIH (150). Concluyeron que el 63.14 % de las mujeres con VIH experimentaron VP. También revelaron que el 51.6% de las mujeres con VIH sufrieron la combinación de VF y VS, cifra con relevancia estadística en comparación con las mujeres que no viven con VIH (el 18. 6% sufrió la combinación de VF y VS). De las mujeres que reportaron haber sufrido VF, el 82% tuvieron lesiones, de las cuales el 58.1% recibieron atención médica e incluso 7.2% requirieron de hospitalización. El 52.6% reveló al médico las causas de las lesiones, sin embargo, ninguna fue referida a atención especializada para el manejo de la violencia. Por otro lado se encontró que las mujeres con VIH y víctimas de VP, tienen mayor probabilidad de intentar suicidarse en comparación con las mujeres que no tienen VIH (Burgos-Soto, 2014).

Kendall et al. (2012), llevó a cabo una investigación con 77 mujeres Mexicanas que viven con VIH, con el objetivo de evaluar la prevalencia de la VP y factores específicos de VIH que se asocian con la VP. Concluyó que el 37.3% reportaron sufrir VF en algún momento de su vida y 29.2 % reconocieron haber sufrido VF o/y VPE para obligarlas a tener sexo. El principal hallazgo fue el relacionado con la revelación del diagnóstico de VIH, pues cuando éste se compartió con la pareja, las mujeres sufrieron violencia física y psicológica, 7.2% y 2.5% respectivamente.

4.8 Complicaciones inmunológicas de la VP en mujeres con VIH

Específicamente, la violencia que experimentan las mujeres con VIH, toma relevante importancia cuando la evidencia apunta a una asociación en la reducción de los marcadores inmunológicos (CD4 y CD8). Así lo demostró un estudio longitudinal, cuyo objetivo fue identificar si la exposición a la VP se asociaba a cambios en las células CD4 y CD8. Evaluaron a 103 mujeres con diagnóstico de VIH que no habían iniciado tratamiento

antirretroviral, les tomaron muestra de sangre para medir las células CD4 y CD8, con base en autorregistros obtuvieron información sobre: datos sociodemográficos, alimentación, síntomas depresivos, problemas con el consumo de alcohol y drogas y la exposición a la violencia por parte de su pareja. Estas mediciones se repitieron a los 12 y 24 meses, aunque no fue posible en todos los casos, el promedio de tiempo de seguimiento fue de 1.3 años. En la línea base el promedio de CD4 y CD8 fueron de 567.6 y 1218.2 mililitros por sangre, respectivamente.

El análisis estadístico identificó que las variables abuso de sustancias y exposición a la violencia emocional por parte de la pareja, se asoció a la disminución de CD4 y CD8. Se encontró que las mujeres que habían reportado sufrir violencia emocional, tuvieron una reducción de 42.2 CD4 y 83.7 CD8 por mililitro de sangre en el seguimiento. Teniendo en cuenta que el periodo de observación que fue de 1.3 años, el cambio promedio de CD4 entre aquellas mujeres con exposición a la VP fue de 102 células por mililitro de sangre, esta fue mayor en comparación con las mujeres sin exposición a la VPE. Las guías clínicas de atención a personas con VIH de Europa, sugieren que en ausencia del TARc, los linfocitos T CD4 disminuyen a un ritmo de 50 a 70 células por mililitro de sangre al año. Esto sugiere que el impacto de la violencia emocional puede aumentar este porcentaje en un 50-100% (Jewkes, Dunkle, Jama-Shal & Gray, 2015).

Continuando con esta evidencia, Ryerson, et al., (2015), realizaron una investigación longitudinal, donde identificaron la asociación entre la VP y la supresión de la carga viral en mujeres con diagnóstico de VIH. Para esto evaluaron a 102 mujeres que asistían a una clínica de atención para VIH, se les realizó una evaluación para identificar VP, adherencia terapéutica, autoeficacia al TARc y niveles de carga viral, estas evaluaciones se repitieron a

los 6 y 12 meses. Los análisis bivariados mostraron asociación entre la supresión de la carga viral y la VP experimentada por las mujeres; es decir, las mujeres víctimas de VP presentaron menos probabilidad de suprimir la carga viral (76.4%), en comparación con las mujeres que no experimentaron VP (93.3%). Estos resultados fueron comprobados con el análisis multivariado, se demostró que las mujeres que experimentan VP tienen 8 veces menos probabilidad de suprimir la carga viral en comparación con la mujeres que no la experimentan, incluso considerando variables que pueden intervenir en el resultado como autoeficacia al TARc y mala adherencia terapéutica.

Hasta este punto, se puede reconocer que la VP infligida hacia las mujeres y el diagnóstico de VIH son aspectos que convergen y detonadores de estrés, principalmente por la cronicidad y las demandas constantes que requieren (Arrivillaga, López & Ossa, 2006a). Teva, Bermúdez, Hernández-Quero y Buela-Casal (2005) demostraron que si los estresores están presentes durante periodos extensos, aparecen alteraciones en los sistemas neuroendócrinos e inmunológicos, lo cual a su vez provoca modificaciones en las interacciones neuroendocrinoinmunológicas, es decir, pérdida del equilibrio en dicha interacción que conduce a una mayor vulnerabilidad ante el VIH, favoreciendo la progresión a SIDA. Algunas investigaciones han explicado la relación entre el estrés y el número de células inmunológicas llamadas “asesinas naturales”. Las células asesinas naturales combaten efectivamente los anticuerpos y protegen de su acción (Carrobles, Remor & Rodríguez, 2003), cumpliendo con su acción más efectivamente cuando el cuerpo se encuentra sin ninguna alteración de tipo inmunológico y por ende, en situaciones de estrés pierden su efectividad. Los autores concluyen que la cronicidad de las situaciones

estresantes como la VP y además vivir con VIH, requiere de mayores exigencias para el afrontamiento.

Tomando en cuenta las consecuencias inmunológicas que la VP provoca en las mujeres que viven con VIH y su alta incidencia. Taft, et al., (2013) y O´Doherty, et al., (2014), sugieren que la detección de la violencia sea de manera sistematizada y consistente como parte de la consejería pre y post prueba de VIH, además de atender el afrontamiento a la VP como parte de la rutina de tratamiento.

Por otro lado, con base en el impacto que la violencia puede tener en las mujeres con VIH así como en la consistencia del uso del condón, se sugiere contemplarla en la intervenciones. Con la intención de obtener información basada en evidencia sobre las intervenciones dirigidas a la VP, se realizó la busqueda bibliográfica permitente. A continuación los principales hallazgos (tabla 6).

Tabla 6

Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención para la violencia de pareja en mujeres

Autores	Descripción	Objetivos	Cambios por variables y resultados	Limitaciones y Recomenciones
Tirado-Muñoz, Gilchrist, Farré, Hegarty y Torrens (2014)	Revisión sistemática y metanálisis de las Intervenciones (ensayos controlados y aleatorizados) dirigidas a reducir la violencia en mujeres. A partir de 1990 y hasta 2013.	Determinar la eficacia de las TCC para la reducción de cualquier tipo de VP entre las mujeres víctimas, en comparación con la atención habitual.	La TCC y la intervención de promoción son efectivas para la disminución de violencia física, psicológica y sexual (solo la TCC) La TCC puede ser efectiva para mujeres que aún viven violencia o no y para disminución de síntomas postraumáticos	-Heterogeneidad de las intervenciónes **Se sugiere:** -Emplear grupo control -Comparar la intervención de promoción con TCC -Incluir la promoción en cualquier intervención
Bass, et al., 2014	Estudio controlado y aleatorizado con pre-post y seguimiento	Evaluar la efectividad de una TCC para la disminución de depresión y estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia sexual	La TCC, en comparación con el apoyo individual, fue eficaz en la reducción de los síntomas de TEPT y depresión.	-No detalla la intervención -Los grupos no fueron equivalentes al inicio en síntomas depresivos y de estrés postraumático
Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa (2006),	Línea base múltiple y una condición control accidental. Se comparó la preevaluación con la postevaluación y seguimientos a tres, seis y 18 meses.	Evaluar una intervención grupal (Terapia Racional Emotiva Conductual, TREC), dirigida a 18 mujeres para mejorar el afrontamiento y autoestim999a como herramientas para empoderar a las cónyuges de hombres que abusan del consumo de alcohol	La intervención genera mejorías relativamente estables a mediano y largo plazo en tres de las cuatro dimensiones que aparecen en el estudio, es decir, en autoestima, estrategias de afrontamiento y la probabilidad de comportarse asertivamente.	**Se sugiere:** -Utilizar instrumentos con excelente propiedades psicométricas

Continuación Tabla 6

Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención para la violencia de pareja en mujeres

Autores	Descripción	Objetivos	Cambios por variables y resultados	Limitaciones y Recomenciones
Crespo y Arinero (2010).	Estudio controlado (sin exposición) y aleatorizado	Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de VP con síntomas clínicos, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de estrés postraumático	La intervención de procesamiento cognitivo demostró ser eficaz para la reducción de síntomas del TEP.	-Grupo control sin intervención -Número de participantes. No incluyen VIH u otra condición médica en las mujeres **Se sugiere:** intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada grupo.
Iverson, et al., (2011)	Ensayo controlado (tres grupos 1 exposición y Terapia cognitiva, 2 Terapia cognitiva y 3 exposición) y aleatorizado	Evaluar la efectividad de la terapia de procesamiento cognitivo para reducir el riesgo de ser Víctimas de VP en el futuro entre personales sobrevivientes de violencia.	Las mujeres que experimentaron mejoras en el TEPT y depresión tenían menos probabilidades de informar IPV a los 6 meses de seguimiento.	-Sin grupo control sin tratamiento -No incluyo datos de violencia sexual **Se sugiere:** Seguimiento más largo (para este estudio fue de 6 meses) Evaluar otros indicadores como autoestima
Labrador y Fernández (2009)	N=1 diseño cuasiexperimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos).	Evaluar la eficacia de un TCC breve e individual para la disminución de síntomas de TEPT en mujeres víctimas de VP	La intervención es eficaz para reducir sintomatología del TEPT, mejorando significativamente los síntomas depresivos, la autoestima, la adaptación social, así como las cogniciones disfuncionales asociadas al trauma, mejorías que se mantienen después de 6 meses de acabada la terapia	-No se detalla la intervención

Continuación Tabla 6

Intervenciones cognitivo-conductuales para la atención para la violencia de pareja en mujeres

Autores	Descripción	Objetivos	Cambios por variables y resultados	Limitaciones y Recomenciones
Alonso y Labrador (2010)	Cuasiexperimental de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas en el pretratamiento, postratamiento y Seguimiento	Evaluar la eficacia de un TCC de intervención breve y específico para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de VP.	Se consigue mejoría significativa tanto en la sintomatología postraumática (superación del TEPT en el 70% de las participantes) como en los problemas asociados: Depresión, autoestima	-El tamaño de la "n" -La aleatorización a los grupos **Se sugiere:** Incluir la variable autoestima
Littleton, Buck, Rosman y Grills-Taquechel (2012)	Cuasiexperimental N=1 con pre-post	Evaluar la eficacia de una TCC en línea a mujeres víctimas de violencia sexual	La intervención mostró disminución de síntomas depresivos de TEP, de distorciones cognitivas y miedo al contacto sexual	-No poder proporcionar ayuda inmediata ante las dudas -Grupo control

Se analizaron una revisión sistemática con metanálisis, cuatro estudios controlados aleatorizados, un experimento N=1 y dos cuasiexperiemntos. En síntesis la TCC mostró efectos positivos en la diminución de la VP leve, a estos tipos de violencia algunos autores la han denominado "violencia situacional de pareja" o "violencia sutil" este último término hace referencia a la dificultad para identificarla y reconocerla (Moreno, Chapa & Rivas, 2015). Estas intervenciones señalan de manera general la importancia de brindar habilidades de afrontamiento activo orientado al problema y a la emoción, no obstante ninguna describió a detalle los componentes de la intervención.

Respecto a la VP grave experimentada por las mujeres, la terapia de promoción (que hace referencia a proveer a las víctimas apoyo legal, casas de resguardo, apoyo económico, programas de autoempleo, entre otros) ha sido eficaz para disminuirla, principalmente porque muchos de los hombres que ejercen ese nivel de violencia suelen tener limitacación para regular sus impulsos, por lo tanto la prioridad es poner a salvo a las mujeres expuestas. Bajo este entendido, sería prácticamente imposible que las mujeres pudieran poner en práctica las estrategias de afrontamiento activo como la negociación pues pueden ponerse en mayor riesgo por la pobre o nula regulación emocional de la pareja mencionada anteriormente (Alonso & Labrador, 2010).

Cabe resaltar que las condiciones de VIH y VP, aunque han presentado estrecha relación, no fueron abordadas de manera conjunta en ningún artículo de la literatura consultada. Un motivo podría ser que la intervención para disminución de la VP requiere de varias sesiones (de 10 a 12) y este número aumentaría si además se abordan aspectos relacionados con la negociación del uso del condón. Como se mencionó anteriormente, las mujeres han presentado un índice considerable de ausencia a las citas médicas para el seguimiento de atención del VIH, esto se debe a las barreras que perciben para poder asistir. Así lo

demostró un estudio que tuvo por objetivo identificar las barreras autoreportas que experimentaron 1931 mujeres con VIH para asistir a citas de autocuidado. Dicho estudio se llevó a cabo en 114 centros de 27 países, las regiones que abarcaron fueron: Europa Occidental y Canadá, Europa Central y del Este, América Latina (AL), y Asia (China).

La edad media de las mujeres evaluadas fue de 40.1 años cuyo principal factor de riesgo para contraer el VIH fue la vía sexual (83%). Se concluyó que las mujeres percibieron variadas barreras para poder cumplir con sus citas médicas, entre las que destacan: estigma (fue la más recurrente en todos los países); conocimientos sobre VIH; falta de apoyo en el ambiente laboral; limitación de recursos financieros; largas distancias a los centros de salud, falta de profesionales competentes en VIH y comorbilidades que hacer referencia a no sentirse bien físicamente (Johnson, et al., 2015).

Por otro lado, Arrivillaga (2010), evaluó las implicaciones de género (conductas, significados, motivaciones, creencias y afecto) relacionadas con la adherencia terapéutica en 269 mujeres colombianas con VIH/Sida y concluyo que: el 56% presentaron problemas para resolver las interferencias entre su rutina diaria y su tratamiento; el 57% tenían dificultades para resolver los obstáculos del sistema de salud para mantener el tratamiento; el 89% consideraron que el cuidado de su salud puede esperar y que es más importante la atención y el cuidado de la familia; el 26% habían dejado de ir a su servicio de salud por fallas en el manejo de la confidencialidad, discriminación o rechazo por parte del personal. Por lo antes mencionado, los autores proponen que las intervenciones dirigidas a mujeres sean de corta duración, para de esta manera atender su necesidades y garantizar, en la medida de lo posible, su permanencia en las mismas.

Ahora bien, hasta este punto se sabe que las intervenciones dirigidas a brindar en la mujeres hablididades de afrontamiento activo, tienen un impacto esperado en la VP leve, no

obstente, en la bibliografía revisada, no detalló el contenido de las intervenciones aplicadas. Por lo tanto en el siguiente capítulo se retoma en concepto y se realizó la busqueda de la evidencia resèpecto a las intervenciones dirigidas a los estilos de afrontamiento en personas con VIH.

Capitulo 5. Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986), definieron al afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona".

Este modelo, asume que el afrontamiento está determinado por la persona, el ambiente y por su interacción, Adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, que básicamente es social. El modo en que se siente comprometido por ella. Compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee esa demanda desde su biografía, sus relaciones actuales y su posición social.

Carver, Scheier y Weintraub (1989), asumen que la preferencia en el uso de estrategias de afrontamiento se debe a factores situacionales. Dentro de esta concepción las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas, estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación "evaluación primaria" y de los recursos con que se cuentan para hacerle frente (evaluación secundaria).

5.1 Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

El modelo de afrontamiento se describe a continuación (Lazarus, et al., 1986):

A. La demanda del medio en cuanto compromiso:

- Si esta demanda es irrelevante, no afecta al sujeto, y por tanto, no significa un compromiso físico, ni personal, ni social. No da lugar a respuesta de orden emocional.
- Si por el contrario es relevante, la situación novedosa en el medio significa un compromiso, una alteración de la homeostasis del sujeto, ya sea en el ámbito físico, personal o social. Constituye una situación de estrés para el sujeto y provoca la

fijación de la atención en la misma, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación

B. Los procesos de evaluación de la situación estresante:

Evaluación primaria. Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta supervivencia. Está íntimamente ligada a:

Evaluación secundaria. Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

- Desafío o reto. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro.
- Amenaza. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella. Su actividad de afrontamiento se deteriora. Se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad.

Es evidente que éste proceso de evaluación es auto-mantenido, ya que un fracaso previo deteriora la valoración de sus propios recursos como eficaces para hacer frente a la situación (expectativa de afrontamiento). Considera que a pesar de ponerlos en marcha no logrará controlar la situación (expectativa de resultado).,con lo que aumenta la evaluación como amenaza de la situación. Lo que disminuye la capacidad de afrontamiento del sujeto

y aparecen mecanismos menos eficaces, vinculados de forma directa a la presentación de patología: Evitación, auto-focalización, desesperanza y búsqueda de atención social, muy en función a los esquemas aprendidos.

El proceso de afrontamiento que hemos descrito tiene dos vertientes claras, referidas al foco de actuación del sujeto, sobre su percepción y sentimientos o sobre la situación misma. Así surgen dos formas diferenciadas, e idealmente complementarias de afrontamiento:

- **Afrontamiento dirigido al problema**. Orientado a la modificación, el cambio hacía otra situación que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría.
- **Afrontamiento dirigido a la emoción**. El sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento o un manejo a nivel no-real, sino ilusorio, a veces manipulativo, en otras de negación, o de transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido, o de atribución de intenciones. No obstante, puede también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (por ejemplo, una situación de duelo, o una vivencia traumática previa) o tan sólo cabe una solución parcial del problema.

Por lo tanto, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro. La funcionalidad vendría determinada por el tipo de situación en la que se aplique. El estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se pueden modificar,

mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas (Gómez, Luengo, Romero, Villar & Sobral, 2006).

Un estilo de afrontamiento adecuado, basado en la valoración primaria y la valoración secundaria, puede disminuir significativamente la percepción de estrés, ayudando a resolver de una manera más eficaz los problemas.

5.2 Afrontamiento en mujeres con VIH y víctimas de VP

Particularmente en mujeres que viven con VIH, la literatura apunta a que un ineficiente afrontamiento se ha asociado con síntomas depresivos (Wolf, et al., 1991; Remor, 2002; Carrobles, et al., 2003); trastorno de estrés postraumático (Arrivillaga, et al., 2006); menor percepción de calidad de vida (Holtz, et al., 2014; Vyavaharkar, Moneyham, Murdaugh & Tavakoli, 2012); menor ajuste a la enfermedad (Turner-Cobb, 2002) y peor funcionamiento físico y psicológico (Ball, Tannenbaum, Armistead & Maguen, 2002). Un metanálisis examinó 40 estudios publicados de 1997 al 2011, con el objetivo de identificar los estilos de afrontamiento utilizados por las mujeres que viven con VIH, la muestra incluyó en total 7,602 mujeres afroamericanas, hispanas y caucasicas. Concluyeron que la evitación es el afrontamiento más utilizado y este se asocia a una adherencia terapeutica deficiente, más síntomas físicos y depresión (McIntosch & Rosselli, 2012).

En cuanto al afrontamiento en mujeres víctimas de VP, Calvete, Corral y Estévez (2007) examinaron la asociación entre la VP, afrontamiento y depresión en una muestra de 298 mujeres víctimas de violencia. Los resultados indicaron que el afrontamiento mayormente utilizado es basado en la evitación y que además se asocia a síntomas depresivos.

Clements y Sawhney (2000) evaluaron a 70 mujeres víctimas de violencia, reclutadas de diferentes centros de ayuda a la mujer maltratada en Estados Unidos, el objetivo fue identificar la relación entre afrontamiento y disforia. Se concluyó que las mujeres cuyo afrontamiento se centró en la evitación, mostraron niveles de estado de ánimo desagradable como tristeza y auto-culpa.

Simoni y M. (2000) realizaron una investigación donde evaluó a 230 mujeres víctimas de VP y con diagnóstico de VIH, residentes de la ciudad de Nueva York, con la intención de identificar sus estilos de afrontamiento. Los datos revelaron altos índices de violencia física y/o sexual en la infancia (50%) y en la edad adulta (68%; en los últimos 90 días previos a la evaluación). La violencia sufrida en la infancia dejó en estas mujeres mayor riesgo de nuevos episodios de violencia (es decir re-victimización) y propensas a estrategias de afrontamiento ineficaces (evitación) en relación al diagnóstico de VIH (Simoni & M, 2000).

En conclusión, se puede señalar que las mujeres con dx de VIH suelen utilizar, en mayor medida, la evitación como afrontamiento centrado en la reducción de emociones negativas causadas por las demandas propias del VIH (síntomas físicos, adherencia terapéutica, citas médicas, estigma, discriminación, entre otras) y de la violencia a la que son sujetas.

El afrontamiento evitativo a la violencia, se refiere específicamente a tres conductas (Arriaga & Capezza, 2005):

1) Aceptar la situación de violencia, esto es, racionalizan el contexto de violencia (por ejemplo, "esto me toco vivir" "ser buena esposa") o bien, han vivido tanto tiempo es esta situación que terminan por normalizar la violencia.
2) Reinterpretación de la violencia como menos negativo, suelen ver el abuso como virtud (por ejemplo, "me cela porque me quiere").

3) Evitación del problema (evitan cualquier situación que pueda originar la violencia), aquí se ubica la poca o nula negociación del uso del condón por miedo a la reacción de la pareja violenta.

El no uso o el uso inconsistente del condón es considerado como una conducta sexual de riesgo, principalmente por el riesgo de reinfección o de infección de otra ETS que conlleva (UNAIDS, 2017).

Tabla 7

Intervenciones congnitivo-conductuales para la atención de los estilos de afrontamiento en personas con VIH

Autores	Descripción	Objetivo	Cambio por variables y resultados	Limitaciones y Recomendaciones
Brown y Vanable (2011)	Revisión sistemática de 21 intervenciones para el manejo de estrés en personas con VIH	Evaluar las intervenciones para el control del estrés	Las intervenciones del manejo de estrés (TCC) reducen los síntomas ansiosos y depresivos en personas con VIH y mejorar el funcionamiento psicosocial. Mindfulness también a mostrado efectos positivos en el manejo de estrés, no obstante aún falta evidencia	**Se sugiere:** Mindfulness para subpoblaciones específicas, se ponen de manifiesto la necesidad de adaptar la intervención a poblaciones que se enfrenten a desafíos específicos y no sólo al VIH en general.
Sherr, Clucas, Harding, Sibley & Catalan (2011)	Revisión sistematica de 97 intervenciones	Proporcionar una comprensión global de las que atendieron la relación entre VIH y depresión.	Las intervenciones se categorizaron en psicológica, psicotrópicos, Psicosociales y físicos Las más efectivas fuero psicotrópicos y psicológicas, específicamente TCC Las intervenciones dirigidas a mujeres son muy pocas, no obstante, parecen responder muy bien a las intervenciones antes descritas	**Se sugiere:** Armonizar la medición de depresión Adaptar las intervenciones para minorías como mujeres
Honagodu, Krishna, Sundarachar y Lepping (2013)	Revisión sistemática y metanálisis de 1761 ensayos controlados y aleatorizados	Presentar la evidencia disponible sobre la efectividad de las psicoterapia para el manejo de la depresión en las personas con VIH	La psicoterapia de grupo con enfoque cognitivo conductual (TCC) es una intervención eficaz para reducir los síntomas depresivos en las personas infectadas por el VIH	Ninguno de los ensayos evaluó el beneficio de la psicoterapia de grupo en contra de la terapia individual. Se sugiere: -Atender situaciones específicas de hombres y mujeres con VIH, por ejemplo la VP.

Continuación Tabla 7

Intervenciones congnitivo-conductuales para la atención de los estilos de afrontamiento en personas con VIH

Autores	Descripción	Objetivo	Cambio por variables y resultados	Limitaciones y Recomendaciones
Sikkema, Hansen, Kochman, Tate y Difranceisco (2004)	Ensayo controlado y aleatorizado	Examinar el impacto de una intervención de afrontamiento (cognitivo-conductual) en un grupo de hombres y mujeres con VIH que habían perdido a un ser querido en los últimos 2 años.	Disminución de ansiedad en hombres y mujeres en la condición de intervención. Las mujeres en el grupo de intervención mostraron disminución de depresión estadísticamente significativa, incluso mayor que el resto de los participantes.	-Más de la mitad de los hombres asignados al grupo de intervención no completaron las sesiones -No reportaron indicadores biológicos -No hubo evaluación de seguimiento. **Se sugiere:** Que las intervenciones atiendan cuestiones de género (las principales fuentes de estrés para las mujeres fueron los problemas de adaptación relacionadas con los hijos y/o cónyuges (quienes las infectaron de VIH), responsabilidades familiares y los roles de cuidado. Para los hombres homosexuales, la muerte de amigos, estigma y el rechazo social por miembros de la familia y de la comunidad.
Ironson et al. (2005)	Estudio controlado y aleatorizado (56 mujeres en condición experimental)	Examinar si los cambios en la auto-eficacia en el contexto de una intervención cognitivo-conductual se asocian con cambios en marcadores biológicos (CD4, carga viral) y en el bienestar psicológico	Disminución de síntomas depresivos, ansioso, y en marcadores biológicos en la dirección esperada (disminución de CV)	-El tamaño de "n" es pequeño **Se sugiere:** -Incluir la variable "autoeficacia" en futuras intervenciones para la diminución de CV, ya que las personas que creen que tener las habilidades para prevenir la re-infección y las habilidades para frenar el desarrollo de síntomas realmente parecen tener mejores resultados biológicos. La intervención intenta mejorar la autoeficacia a través de enseñar a los participantes una variedad de estrategias de afrontamiento activo (por ejemplo, la reestructuración cognitiva, ejercicios de relajación, respuestas asertivas)

Como se puede observar en la tabla 7 se analizaron tres revisiones sistemáticas (una con metanálisis) y dos ensayos controlados y aleatorizados cuyo objetivo fue evaluar la TCC dirigida a las habilidades de afrontamiento activo para el manejo de síntomas depresivos o trastorno depresivo y percepción de estrés, en algunos estudios, también obtuvieron medidas de algunos indicadores inmunológicos (linfocitos CD4 y carga viral). Entre los principales resultados, se señala que la TCC tanto individual como grupal, apunta a benéficos resultados para las variables medidas, es decir, disminución de síntomas depresivos y de estrés y aumento en las habilidades de afrontamiento activo. Incluso algunas intervenciones (las que consideraban la variable autoeficacia) también mostraron cambios benéficos en los indicadores inmunológicos en la dirección esperada. También se señalaron que los principales componentes de la intervención fueron restructuración cognitiva, solución de problemas y habilidad asertiva, dichas intervenciones tuvieron una duración promedio de 12 sesiones.

Una limitante importante fue la subrepresentación de las mujeres en las intervenciones, pues no permite la generalización de los hallazgos. En este punto, nuevamente se hace evidente la ausencia de mujeres en las intervenciones. Las investigaciones refieren que las mujeres asistían a las primeras sesiones, pero la mayoría no completaba el tratamiento, como se mencionó anteriormente, la explicación puede centrarse en las barreras percibidas y en el determinante social, es decir, es su mayoría la mujeres con VIH consideran que el cuidado de su salud puede esperar y que es más importante la atención y el cuidado de la familia (Johnson et al. 2015; Arrivillaga, 2010).

En este sentido, resulta indispensable diseñar y/o adaptar intervenciones para que impacten, por un lado en las habilidades de negociación con la pareja específicamente para el uso correcto y consistente del condón y por otro para que impacten en las habilidades efectivas

del manejo del conflicto de pareja que a su vez pueden prevenir a la VP, pero que además la duración de la intervención sea de corto tiempo, de tal manera que las mujeres no tengan que suspender por varios días sus rutinas y por consecuencia abandonar el tratamiento.

Una solución ante esta evidencia, es la propuesta por Robles et al. (2006) quienes mencionan que el entrenamiento en una habilidad específica como lo es la negociación para la solución de conflicto en el área sexual, específicamente en el uso del condón, puede impactar en la negociación para la solución de conflictos no sexuales, en este caso conflictos de pareja relacionados con la violencia de pareja leve.

Pensando en las necesidades de las mujeres abordadas a lo largo de este documento, éste último componente permitirá reducir el número de las sesiones de la intervención, es decir. Si se entrena a una mujer en habilidades efectivas de comunicación para negociar el uso del condón con su pareja, podría generalizar las mismas en el manejo efectivo del conflicto y de esta manera evitar que evolucione a la VP. Por lo tanto valdría la pena tomar mediciones que puedan documentar esta posible generalización de las habilidades de comunicación y negociación de las mujeres con sus parejas a partir del entrenamiento del uso consistente y correcto del condón.

Capitulo 6. Planteamiento del problema

6.1 Justificación

La incidencia de los casos de VIH en población femenina cada vez es mayor, cuya principal vía de transmisión en la sexual, heterosexual y por una pareja estable. Se sabe que siete de cada 100 mujeres no pudieron negociar el uso del condón con su pareja (CENSIDA, 2015), el no uso del condón es conciderada una conducta sexual de riesgo, más especifico, son aquellas prácticas donde "existe penetración (ya sea vaginal, oral o anal) sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (masculino o femenino) que impida el intercambio de secreciones sexuales o de sangre" (Charles & Blum, 2008; Fuente, Martin & Pérez, 2008). Esto requiere especial atención, pues al no utilizar el condón correcta y consistentemente, se exponen a la *reinfección*, término utilizado para describir una nueva o secundaria infección por VIH a una persona ya infectada. El riesgo de reinfección y/o infección de alguna ITS trae como consecuencia más manifestaiones clínicas, evolución a SIDA y en algunos casos, la muerte. Lo mencionado anteriormente pone de manifiesto la importancia de intervenir de manera preventiva para que las mujeres con VIH puedan utilizar el condón de manera consistente y correcta. Al respecto las intervenciones dirigidas al entrenamiento del uso correcto del condón y de la comunicación asertiva (intervenciones conductuales), tras el análisis general han mostrado resultados benéficos, mismos que se atenúan cuándo únicamente se analiza por sexo, es decir las mujeres no se benefician de dichas intervenciones. Se han señalado dos motivos principales, el primero tiene que ver con la consideración de la variable "habilidad de comunicación sexual asertiva", específicamente la "habilidad de negociación del condón", esta variable ha sido definida con base en componentes verbales y no verbales y se ha entrenado

principalmente a estudiantes universitarios por medio del aprendizaje estructurado, estrategia utilizada para el cambio conductual donde debe darse la oportunidad a los participantes de practicar en escenarios reales la habilidad que está siendo entrenada. Los estudios que la incluyeron en su intervención, mostraron resultados favorables en mujeres y hombres, esto es, mayor consistencia en el uso del condón, además reportaron menor coerción sexual, ante este último hallazgo, los autores sugieren evaluar si dicho entrenamiento también puede impactar en otros tipos de violencia (Santos-Iglesias & Sierra, 2010). Es relevante señalar que ninguna intervención de la literatura consultada, tuvo como participantes a personas con VIH.

El segundo motivo tiene que ver con las tradicionales normas Mexicanas de conducta que rigen las relaciones sexuales entre hombres y mujeres (Herrera y Campero, 2002), dichas normas, por un lado implantan pensamientos desadaptativos (el uso del condón sinónimo de infidelidad o el no uso como señal de seriedad y amor en la relación), que a su vez limitan la comunicación y fomentan la pasividad en el ámbito sexual, por lo tanto se sugiere implementar técnicas para trabajar con dichos pensamientos en las intervenciones de promoción del uso del condón en mujeres. Por otro lado, las mismas normas favorecen la manifestación de la VP y se ha visto que las mujeres expuestas a VP no pueden negociar el uso del condón por miedo o consecuencia de un abuso sexual. Por su lado, las intervenciones dirigidas a la disminución de la VP mencionan que la intervención de promoción suele ser benéfica para la atención de la violencia grave y la terapia orientada al estilo de afrontamiento activo específicamente la reestructuración cognitiva y la habilidad asertiva suele mostrar resultados esperados para la violencia leve, misma que suele originarse por la falta de habilidad para la resolución de conflictos de pareja, no obstante, dichas intervención requieren en promedio 12 sesiones de una hora, la duración de las

intervenciones parece ser un impedimento para que las mujeres concluyan el tratamiento, pues en su mayoría suelen abandonarlo, por lo tanto se plantea la probabilidad de que el entrenamiento en la habilidad de negociación para el uso correcto y consistente del condón, pueda ser generalizado a la habilidad para negociar otros conflictos no sexuales de pareja (Robles et al. 2006) y de esta forma prevenir la VP. Esto con base en el aprendizaje estructurado. Por lo tanto, este estudio persiguió dos objetivos principales: 1. Evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual, dirigida a la habilidad de negociación del condón en el uso consistente del mismo en mujeres con VIH. 2. Evaluar la generalización de la habilidad de negociación adquirida inicialmente para el uso del condón, a la habilidad de negocioación de otros conflictos de pareja que pudieran desescadenar en violencia de pareja leve.

Capitulo 7. Método

Participantes

Mujeres con diagnóstico de VIH confirmado.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años de edad
- Con pareja actual (estable u ocasional)

Criterios de exclusión:

- Saber el uso correcto del condón y tener habilidad para la negociación del uso del condón.
- Sin violencia o con violencia de pareja moderada o extrema
- Condiciones psiquiátricas sin tratamiento farmacológico y que requieran de urgencia por salud mental.

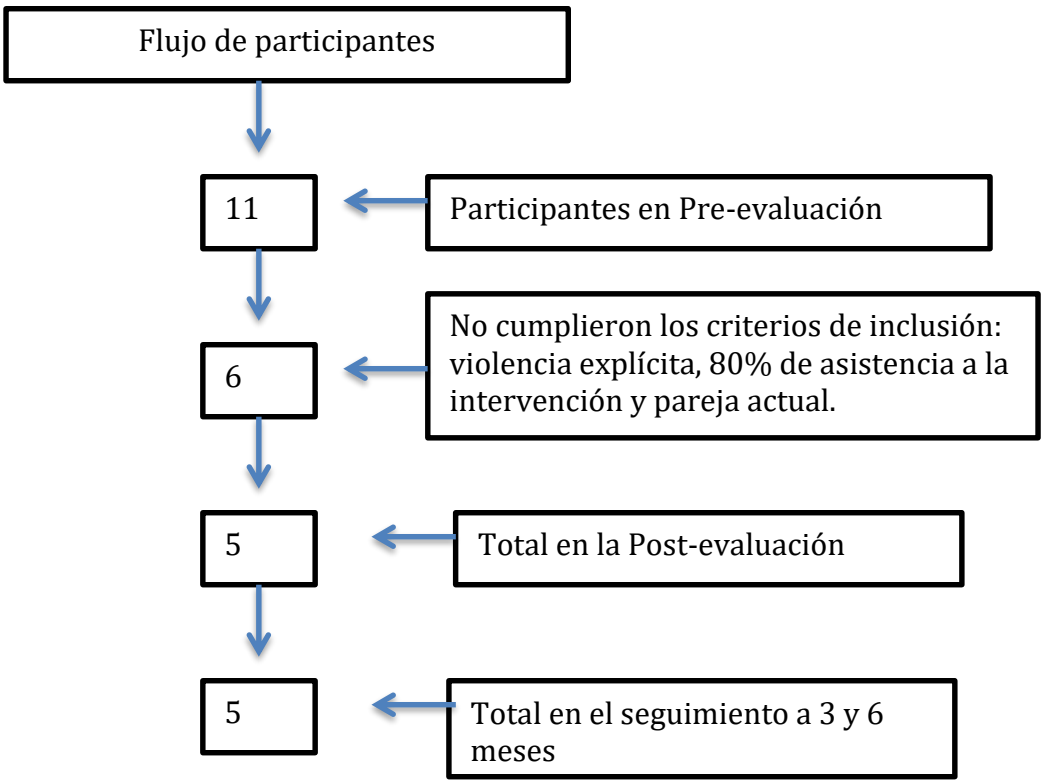


Figura 2. Flujo de participación en la elección de usuarias para el protocolo

Al final se analizaron los resultados de pre, post y segumientos (a 3 y 6 meses) de 5 participantes, se describieron los datos sociodemográficos: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, orientación sexual, tipo de relación de pareja (estable u ocasional); los datos se recolectaron en un cuestionario sobre datos sociodemográficos (anexo 1), elaborado ex profeso para la investigación, contiene preguntas sobre sobre cada una de las variables ya descritas, cada una tiene opciones de respuestas en donde el participantes eligieron la que corresponda a su caso. También se recolectaron datos clínicos: tiempo transcurrido (en meses) entre el diagnóstico de VIH y la fecha de recolección de datos de este estudio, conteo de linfocitos T CD4 de los últimos 6 meses, niveles de carga viral de los últimos seis meses y presencia de alguna ITS (tabla 8*).*

Tabla 8

Datos demográficos y clínicos de las participantes

Caracterísica		n (%)
Edad (media ± DS)		44.5 ± 13.05
Estado civil	Viuda	3 (27.2)
	Soltera	2 (18.1)
	Casada	1 (9.3)
	Unión libre	5 (45.4)
Ocupación	Secretaria	2 (18.1)
	Hogar	6 (54.5)
	Comercio	2 (18.1)
	Mesera	1 (9.3)
Escolaridad	Primaria	2 (18.1)
	Secundaria	6 (54.5)
	Preparatoria	2 (18.1)
	Licenciatura	1 (9.3)
Pareja sexual estable	Si	5
	No	6
Pareja sexual ocasional	Si	3
	No	8
Tiempo de diagnóstico de VIH en meses (media ± DS)		252 (±63.28)
Carga Viral (media ± DS)		Menos de 40 c/ml de sangre
CD4 (media ± DS)		541 (±475)

Escenario

La aplicación de los instrumento psicométricos así como de las mediciones conductuales y de la intervención, se aplicaron en un aula habilitada para este fin, en la Clínica Especializada Condesa. La clínica es un centro de excelencia en atención médica, diagnóstico y prevención en VIH, cuenta con diversos programas de atención: pruebas gratuitas de detección de VIH, apertura de expedientes a pacientes con VIH sin seguridad

social, programación de estudios CD4 y carga viral, entrega gratuita de medicamento antirretroviral, tratamiento hormonal, psicológico y médico a población transexual y victimas de violencia sexual. Además cuenta con grupos de autoapoyo para las poblaciones

7.1 Variables e instrumentos

Datos sociademográficos y clínicos

Fueron recolectados a través de una ficha de identificación y datos clínicos previamente diseñada compuesta por 10 preguntas (anexo 1)

Datos de referencia.

Las mujeres que no fueron candidatas (victimas de ciolencia grave) a la intervención se refirieron a instancias dónde se les brindó el apoyo pertinente. Se realizarán 7 preguntas, obtenidas del apartado 5.1 de la ENDIREH con el objetivo de conocer si a partír de la referencia dada, acudieron al lugar sugerido, si obtuvieron el apoyo que solicitaron y si este les fue de ayuda (anexo 2).

Uso del condón

Definición teórica:

Se refiere a la colocación, previa a cualquier contacto pene-genitales (condón masculino) y vagina-genitales (condón femenino) de manera que no se tenga contacto con los fluidos que pueden contener VIH (fluidos vajinales, liquido preyaculatorio, semen y sangre), considerando que no haya escurrimiento del líquido eyaculatorio o rotura del preservativo; la eficacia del mismo implica su permanencia en el pene o vagina y la no rotura durante el acto sexual (Gayón, et al., 2008).

Definición Operacional:

A través de un cuestionario de autoinforme

Las relaciones sexuales en general se evaluarón a través de la siguiente pregunta: ¿cuándo tienes relaciones sexuales utilizas el condón masculino o femenino?,

En la última relación sexual con la pregunta ¿en tu última relación sexual utilizaste el condón masculino o femenino?. Consistencia del uso del condón se evaluó a través de dos preguntas: ¿cuántas veces en los últimos tres meses has tenido relaciones sexuales? y ¿cuántas veces en los últimos tres meses has utilizado el condón (masculino y/o femenino) al tener relaciones sexuales? (anexo 3).

Se calculó un índice de consistencia dividiendo el número de veces en que utilizaron el condón entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales, resultando un valor entre 0 y 1, entre más cercano sea a 1 hay mayor consistencia en el uso del condón.

A través de la observación

Cada participante por separado estuvo bajo el siguiente procedimiento: sobre una mesa estuvieron dispuestos en forma separada 20 paquetes de condones de diferentes marcas y con distintas fechas de caducidad y un modelo de pene para la enseñanza, se le solicitó que eligiera el condón que él quisiera, lo colocó en el pene y después lo retiró; se filmó la ejecución de cada participante utilizando una cámara de video digital. Posteriormente dos observadores entrenados analizaron los videos en forma independiente y registraron (anexo 4) para cada sujeto la ocurrencia de cada uno de los siguientes pasos:

1. Revisar burbuja de aire en el condón 2. Revisar fecha de caducidad 3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete 4. Bajar el condón antes de abrir el paquete 5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes 6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo 7. Ver hacia qué lado se desenrolla 8. Apretar el receptáculo de depósito del semen 9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas 10. Colocar en el glande el condón 11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la

base del pene 12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo 13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas 14. Retirar el condón 15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura (CENSIDA, 2012).

Se determinó el porcentaje de acuerdo entre observadores dividiendo el total de acuerdos entre el total de acuerdos más desacuerdos y se multiplicó el resultado por cien.

Habilidades precurrentes.

Definición teórica.

Son habilidades que consituyen la comunicación asertiva y se definen en términos de componentes verbales y no verbales. Estas son: saber escuchar, conocer y expresar sentimientos negativos, entender sentimientos de otros y expresar afecto.

Definición operacional.

Las habilidades fueron definidas a través del Test Analógico de Simulación (TAS) propuesto y validado por Roth (1986). Este es un instrumento de registro de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales que definen cada habilidad bajo situaciones semiestructuradas, que consisten en describir una situación lo más semejante a un escenario natural donde es posible que ocurra la habilidad en cuestión (anexo 5). Cada participante pasó al frente del grupo donde se proporcionaron las instrucciones, otra particpante hizó el papel de la pareja de la participante. Para la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad las instrucciones fueron las siguientes: “Recuerda el último conflicto que tuviste con tu pareja, ahora, imagina que ella (participante) es tu pareja y deseas abordar dicho conflicto ¿qué le dirías y cómo le harías para empezar a hablar sobre esos temas?”.

La habilidad precurrene fue codificada por un observadores independiente que previamente fue entrenado para identificar, con base en sus definiciones, la ocurrencia de cada componente verbal y no verbal (Robles & Díaz, 2006).

Cabe resaltar que las cinco participantes obtuvieron un porcentaje de esta habilidad superior al 80%. Por lo tanto se decidió no incluír el entrenamiento en la habilidad precurrente en la intervención, así que no se tomaron mediciones post intervención ni de seguimiento. Esta decisión permitió tener una intervención con menos sesiones, lo cual es sumamente benéfico para la clínica de donde fue tomada la muestra, pues al ser una clínica de alta demanda, las intervenciones cortas suelen ser más funcionales para la población y los clínicos.

Habilidad de negociación para el uso del condón.

Definición teórica.

Se define la habilidad en términos de los componentes verbales y no verbales:

Elementos VERBALES.

- Identificar el conflicto en voz alta. La persona a ser entrenada debe mencionar los puntos de vista que están en conflicto entre ella y su pareja cobre el uso del condón (uno sí lo quiere usas y el otro no, y cada quien tiene sus razones)
- Plantear la necesidad de un acuerdo. En voz alta, debe identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable –un compromiso en el cual el comportamiento de uno, queda supeditado al comportamiento del otro-, insistiendo a su pareja que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.

- Establecer una proporción y que la pareja establezca la suya. Debe ejercer presión para que su pareja de su punto de vista. En eta parte debe expresar todos los argumentos que le sean posibles sobre la importancia que revise para la salud sexual de ambos, el usar siempre el condón. Es importante enfatizar sus ventajas en el terreno de la salud y otros terrenos.
- Obtener una conclusión o un acuerdo. Debe elaborar un resumen en voz alta, que indique claramente en qué están en desacuerdo, la propuesta de cada quien y el acuerdo al que llegan, considerando posibilidades alternativas. En esta parte es posible que el acuerdo implique posponer la relación sexual para otro momento, o bien, tener una relación sin penetración, que no implique intercambio de fluidos genitales.
- Identificar el momento oportuno para la negociación
- Identificar estrategias exitosas en el pasado con la pareja actual
- Identificar posibles factores disposicionales que alteren favorablemente el estado de ánimo y la motivación de la pareja para llegar a un acuerdo.
- Plantear estrategias alternativas para la negociación
- Llevar a cabo las estrategias planteadas en un primer momento

Elementos NO VERBALES:

- Contacto visual. Tiempo total de orientación visual de la persona que está siendo entrenada hacia su pareja; su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.

- Tono y volumen de voz. Audible para su pareja. Debe señalarse la importancia de expresarse con un volumen de voz que no implique gritar y con un tono que no refleje una expresión de molestia o enojo.
- Proximidad. La distancia entre ambos miembros de la pareja debe ser corta y acorde a los distintos momentos de la negociación
- Expresión facial. Debe ser congruente con el contenido verbal y no debe expresar enojo o molestia.
- Expresión corporal. Como en el caso anterior, debe ser congruente.

Definición operacional:

Las habilidades fueron definidas por componentes verbales y no verbales y evaluadas a través del Test Analógico de Simulación (TAS) propuesto y validado por Roth (1986). Este es un instrumento de registro de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales que definen cada habilidad bajo situaciones semiestructuradas, que consisten en describir una situación lo más semejante a un escenario natural donde es posible que ocurra la habilidad en cuestión (anexo 5). Cada participante pasó al frente del grupo donde se proporcionaron las instrucciones, otra particpante hizó el papel de la pareja de la participante. Para la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad las instrucciones fueron las siguientes: “imagina que ella (participante) es tu pareja y estan en una fiesta platicando sobre diversos temas; tú quieres hablar sobre algunos temas que te interesan de sexualidad, ¿qué le dirías y cómo le harías para empezar a hablar sobre esos temas?” Para la habilidad de negociar el uso del condón las instrucciones fueron las siguientes: “Imagina que estás con tu pareja en un lugar propicio para tener un encuentro sexual; imagina que tu pareja te empieza a insinuar que quiere tener relaciones sexuales contigo pero no está dispuesta a

usar el condón y tú sí quieres utilizarlo porque quieres cuidar de tu salud sexual; ¿qué le dirías y cómo le harías para convencer a tu pareja de que usen el condón?" Ambas habilidades fueron codificadas por dos observadores independientes que previamente habrán sido entrenados para identificar, con base en sus definiciones, la ocurrencia de cada componente verbal y no verbal (Robles & Díaz, 2006). Consta de un alfa de Cronbach = .88

Habilidades del manejo del conflicto en pareja

Definición teórica

Capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere de formar directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de la otra personas (Flores & Díaz-Loving, 2002).

Definición operacional

Se define la habilidad en términos de los componentes verbales y no verbales:

Elementos VERBALES.

- Identificar el conflicto en voz alta. La persona a ser entrenada debe mencionar los puntos de vista que están en conflicto entre ella y su pareja cobre el uso del condón (uno sí lo quiere usas y el otro no, y cada quien tiene sus razones)
- Plantear la necesidad de un acuerdo. En voz alta, debe identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable –un compromiso en el cual el comportamiento de uno, queda supeditado al comportamiento del otro-, insistiendo a su pareja que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.

- Establecer una proporción y que la pareja establezca la suya. Debe ejercer presión para que su pareja de su punto de vista. En eta parte debe expresar todos los argumentos que le sean posibles sobre la importancia que revise para la salud sexual de ambos, el usar siempre el condón. Es importante enfatizar sus ventajas en el terreno de la salud y otros terrenos.
- Obtener una conclusión o un acuerdo. Debe elaborar un resumen en voz alta, que indique claramente en qué están en desacuerdo, la propuesta de cada quien y el acuerdo al que llegan, considerando posibilidades alternativas. En esta parte es posible que el acuerdo implique posponer la relación sexual para otro momento, o bien, tener una relación sin penetración, que no implique intercambio de fluidos genitales.
- Identificar el momento oportuno para la negociación
- Identificar estrategias exitosas en el pasado con la pareja actual
- Identificar posibles factores disposicionales que alteren favorablemente el estado de ánimo y la motivación de la pareja para llegar a un acuerdo.
- Plantear estrategias alternativas para la negociación
- Llevar a cabo las estrategias planteadas en un primer momento

Elementos NO VERBALES:

- Contacto visual. Tiempo total de orientación visual de la persona que está siendo entrenada hacia su pareja; su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.

- Tono y volumen de voz. Audible para su pareja. Debe señalarse la importancia de expresarse con un volumen de voz que no implique gritar y con un tono que no refleje una expresión de molestia o enojo.
- Proximidad. La distancia entre ambos miembros de la pareja debe ser corta y acorde a los distintos momentos de la negociación
- Expresión facial. Debe ser congruente con el contenido verbal y no debe expresar enojo o molestia.
- Expresión corporal. Como en el caso anterior, debe ser congruente.

Através de la observación

Las habilidades fueron definidas por componentes verbales y no verbales y evaluadas a través del Test Analógico de Simulación (TAS) propuesto y validado por Roth (1986). Este es un instrumento de registro de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales que definen cada habilidad bajo situaciones semiestructuradas, que consisten en describir una situación lo más semejante a un escenario natural donde es posible que ocurra la habilidad en cuestión (anexo 5). Cada participante pasó al frente del salón donde se proporcionaron las instrucciones. Una particpante hará el papel de la pareja de la participante. Para la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre cualquier tema que genere conflicto con su pareja las instrucciones serán las siguientes: “imagina que ella es tu pareja y esta iniciando una discusión; tú quieres hablar al respecto, ¿qué me dirías y cómo le harías para empezar a hablar?” Para la habilidad de negociar los deseos propios, las instrucciones fueron las siguientes: “Imagina que estás con tu pareja y empieza a insinuar sus deseos que se contraponen con los tuyos; ¿qué le dirías y cómo le harías para establecer tu postura y negociar ambos puntos?” Ambas habilidades fueron codificadas por dos observadores

independientes que previamente fueron entrenados para identificar, con base en sus definiciones, la ocurrencia de cada componente verbal y no verbal (Robles & Díaz, 2006). Consta de un alfa de Cronbach = .88

Además, en el cuestionario sobre la satisfacción del tratamiento (anexo 11), en las preguntas cinco y seis se abordó la percepción de las participantes respecto a la generalización de las habilidades de negociación.

Violencia de pareja.

Definición teórica:

Cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada (La United Nations General Assembly, 1993).

Definición operacional:

Se midió con la ENDIREH, aplicada en 2011 a 24, 566, 381. Unicamente se consideró el apartado cinco, el cual hace referencia a la violencia de pareja, consta de 30 reactivos que miden la frecuencia de la violencia de pareja (psicoemocinal, económica, física y sexual) en una escala tipo Likert que va de "No ocurrió" (4) a "Muchas veces" (1). También evalúa la percepción de gravedad de los 4 tipos de violencia en una escala tipo Likert que va de "muy grave" (1) a "sin importancia" (3). Por último este instrumento considera la violencia de pareja actual o pasada (INEGI, 2011; anexo 6).

Con la intención de garantizar que los ítems de la ENDIREH sean relevantes y representativos del constructo para un propósito evaluativo, se obtuvo la validez de contenido con el jucio de expertos. Para lo que se contaron con siete jueces, todos con enfoque científico, por lo que se puede garantizar que sus decisiones son con base en la evidencia, además todos los jueces tenían al menos un año de experiencia en el área clínica

y/o investigación en temas relacionados a violencia de género y VIH. La obtención de participantes fue por el método de coveniencia.

Se utilizó un formato para Jueces Expertos del apartado cinco de la ENDIREH **(**anexo 7).

A los juces expertos se les proporcionó vía electrónica el "formato para la validación del apartado cinco de la ENDIREH por jucio de expertos" donde se describia cada tipo de violencia (emocional, económica, física y sexual) y se les presentó cada ítem de manera desorganizada. El experto tuvo que comparar cada ítem con los tipos de violencia y registrar el resultado en una hoja de respuestas, indicando al lado de cada ítem que tipo de violencia evaluaba.

Para determinar la validez de contenido se evaluó el porcentaje de acuerdo entre jueces, se tomaron como válidos aquellos reactivos cuyos valores fueran iguales o mayores al 80% (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Oksa, 2003)

La muestra de jueces expertos se encontró integrada por 4 psicólogos y 3 médicos el 42 % fueron mujeres (tabla 9). La edad promedio de los participantes fue de 30 ± 3.8 años. Cabe resaltar que todos contaban con experiencia en el área clínica y de la salud, específicamente en la atención de trastornos mentales asociados a VIH, violencia de género, ansiedad, depresión y problemas familiares. Cuatro de los participantes empleaban una aproximación cognitivo –conductual en su práctica clínica.

Tabla 9

Características sociodemográficas de los jueces expertos

		N	%
Sexo			
	Hombre	4	57.14
	Mujer	3	42.85
Nivel máximo de estudios			
	Maestría	2	28.57
	Doctorado	5	71.42
Área de experiencia			

	Clínica	7	100
	Salud	7	100
Formación académica			
	Psicología	4	57.14
	Medicina	3	42.84

Tras el análisis de confiabilidad entre jueces expertos, se identificaron que únicamente cinco reactivos (el 3, 12, 13, 19, y 29) obtuvieron valores de acuerdo entre jueces menores al 80% (tabla 10).

Tabla 10

Acuerdos entre jueces expertos por reactivo

Dimensión	Reactivo	% de acuerdo entre jueces
Violencia psicoemocional	1. ¿Le ha dejado de hablar?	100%
	2. ¿La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres?	100%
	3. ¿Ha destruido, tirado o escondido cosas de usted o del hogar?	57%*
	4. ¿La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla?	100%
	5. ¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones?	100%
	6. La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten(sin forzarla físicamente)?	85%
	7. ¿Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos?	85%
	8. ¿Le ha dicho que lo engaña?	100%
	9. ¿Le ha hecho sentir miedo?	100%
	10. ¿Ha hecho que sus parientes se pongan contra usted?	100%
	11. ¿La ignora, no la toma en cuenta, no le brinda cariño?	100%
	12. ¿La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle)?	14%*
	13. ¿La ha amenazado con matarla, matarse él o matar a los niños?	71%*
Violencia económica	14. ¿Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero?	100%
	15. ¿Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa?	100%
	16. ¿Le ha amenazado que no le va a dar gasto o no	100%

	le da?	
	17. ¿Se ha gastado todo el dinero que se necesita para la casa?	100%
	18. ¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, Animales, etc.)?	100%
	19. ¿Le ha prohibido trabajar o estudiar?	28%*
Violencia	20. ¿La ha empujado o jalado el pelo?	100%
física	21. ¿La ha amarrado?	100%
	22. ¿La ha pateado?	100%
	23. ¿Le ha aventado algún objeto?	100%
	24. ¿La ha golpeado con las manos o con algún objeto?	100%
	25. ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?	100%
	26. ¿La ha agredido con cuchillo o navaja?	100%
	27. ¿Le ha disparado con un arma?	100%
Violencia	28. ¿Le ha exigido tener relaciones?	100%
sexual	29. ¿La ha obligado a hacer cosas?	14%*
	30. ¿Ha usado la fuerza para tener relaciones?	100%

* Acuerdo menor al 80%

Con base en los resultados, se realizaron las siguientes modificaciones:

- Cambio en la redacción de los reativos 3, 12, 13, 19 y 29. La principal crítica a dichos rectivos fue en relación a la especificidad, pues la redacción era muy general y podría confundirse entre los diferentes tipos de violencia, al agregar una redacción que clarificara el tipo de violencia que deseaba medir se podría solucionar la ambigüedad. Por lo tanto, se optó por conservar la cantidad de reacitvos original y modificar la redación. Por ejemplo, el reactivo 29 que mide violencia sexual originalmente decía, "¿La ha obligado a hacer cosas?" posterior a los cambios el reactivo dice "La ha obligado a algún tipo de actividad sexual que usted no quiera?".

Una vez modificada la redacción de los reactivos antes descritos, se enviaron nuevamente a los jueces para su última revisión. Todos los jueces estuvieron de acuerdo en la nueva redacción de los reactivos 12, 3 y 13. En cuento a los reactivos 29 y 19, recomendaron quitar algunas palabras que pudieran evaluar no el tipo de violencia sino el efecto del

mismo. Por ejemplo, la propuesta para el reactivo 29 fue "¿La ha obligado a realizar actividades sexuales que le han incomodado?, dicho reactivo evalua violencia sexual, por lo tanto al incluir la palabra "incomodado" confiere un jucio de valor, además es posible que la persona afectada haya tenido otras emociones y no solo sentirse "incomodada".

También se utilizará un cuestionario conformado por cinco preguntas que evalúan la percepción de la mujeres respecto a como reaccionarían sus parejas en caso de que ellas intenten negociar el condón. Si algúna de las respuestas sugiere agresión física o sexual, serán referidas a instancias dónde puedan atender dichas formas de violencias, por consecuencia no serán candidatas a la intervención.

Dichas preguntas también se hicieron llegar a los jueces expertos, quienes realizaron cambios de redacción para generar mayor especificidad, se concervaron todas la preguntas (anexo 8).

Ahora bien, para identificar el nivel de violencia (leve, moderada o grave), se retomarán lo *índices ponderados de severidad* diseñado y propuestos por Instituto Nacional de las Mujeres (2003), que surgen a traves de una encuesta de opiniones realizada a 120 mujeres residentes en México y 120 mujeres residentes en California (Castro, 2004). Para este estudio será llamados "índices de ponderados de gravedad", estos consisten en asignar un peso específico a cada una de las 30 preguntas que se aplicaron para explorar los cuatro tipos de violencia y multiplicar ese peso específico por la frecuencia con que se presentó, estos pesos se multiplicaron por 0, por 1, por 2 o por 3, según la frecuencia ("nunca", "una vez", "pocas veces" y "muchas veces", respectivamente) con que cada participante reportó. Una vez asignados los pesos correspondientes, es posible hacer una sumatoria de los valores obtenidos, por tipos de violencia y en total. En el anexo 10 se muestra la tabla que contiene los pesos específicos recomendados.

Satisfacción del tratamiento

Se les pidió a las participantes que contestaran un cuestionario de seis preguntas, cuatro de ellas evalúa la satisfacción con el tratamiento ¿Qué tan satisfecho está con el tratamiento recibido?, ¿Le recomendaría este tratamiento a algún amigo o familiar, que tuviera la misma problemática?, ¿Cree que el tratamiento ha sido útil en su caso?, ¿Cree que el tratamiento le ha resultado aversivo o difícul de llevar?. La escala de respuesta de las preguntas será de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 totalmente. Dos preguntas evaluaron la percepción para poder generalizar las habilidades aprendidas: ¿Consideras que las habilidades aprendidas en la intervención, te pueden ayudar a resolver conflictos con tu pareja? y ¿Crees que al aplicar las hablidades aprendidas a lo largo de la intervención, la violencia puede disminuir?. Adicionalmente, se les pidió que expresarn por escrito o verbalmente cualquier comentario o sugerencia sobre el tratamiento (anexo 11).

7.2 Diseño de investigación

Para este estudio se utilizó un diseño de caso único (n = 1) en el que se examinaron 5 réplicas del efecto del tratamiento, en donde se obtuvieron tres medidas repetidas: pretratamiento, postratamiengo y un seguimiento a tres meses y a seis meses (Barlow & Hersen, 1988).

Los diseños N=1 son definidos como aquellos en que una misma unidad de observación se mide repetidamente a lo largo del tiempo bajo todos los niveles de al menos, una variable dependiente (Ato & Vallejo, 2007).

Para este tipo de diseños se trabaja con un sólo sujeto (o grupo de sujetos), que van a funcionar como su propio control. Si se trabaja con más de un sujeto, el estudio es

considerado de replicación, situación que ayudará a corroborar la existencia de los hallazgos (Silva, 1992).

En otras palabras, este tipo de diseños se caracterizan por demostrar las relaciones causales, pero no se basan en la representatividad estadística de muestras de grandes poblaciones. Su riqueza radica en el análisis del número de réplicas individuales del efecto clínico de los sujetos que se exponen a la variable independiente a través del tiempo (Kazdin, 2003).

En forma concreta, Nuñez-Peña (2012) enumera las caracterísitcas de este tipo de diseños en los siguientes puntos:

1. Se requieren varios registros o mediciones de la conducta (variable dependiente) a lo largo del tiempo. Como ya se mencionó, en este trabajo se contaron con cuatro mediciones: antes de la intervención, después de la intervención y dos seguimientos.
2. La conducta se registra en fases distintas: sin intervención (o con ausencia de tratamiento) y otra en donde se introduce la variable independiente. Por ejemplo, en el protocolo se evaluó si la intervención del uso del condón modificaba las conductas designadas como variables dependientes (uso correcto del condón, negociación del uso del condón, negociación de conflictos de pareja en áreas no sexuales y violencia de pareja), y es precisamente estas comparaciones entre las fases lo que guiaron a los hallazgos.
3. En los estudios N =1 el interés recae sobre una unidad, en este caso las participantes, y en su variabilidad individual más allá de la grupal.
4. Al igual que los diseños experimentales clásicos, los diseños N=1 cuentan con dos características escenciales: la manipulación de la variable independiente y el control de variables extrañas. En lo referente a la manipulación de la variable independiente, el investigador interviene de manera directa sobre el fenómeno a estudiar. En este

trabajo en particular, se trata del programa de intervención cognitivo-conductual para la negociación del uso del condón.

Concerniente a la segunda característica, control de variables extrañas, el diseño puede recurrir a la recolección de datos a tres controles escenciales: línea base, reversión y replicación. En este caso, se utilizaron las medidas de pretratamiento como línea base, ya que se considera que las variables evaluadas son características que se pueden mantener a lo largo del tiempo (habilidades para la negociación del uso del condón) y parte de la historia de las participantes (como la presencia de violencia), que no podían esperar a ser evaluadas en otras mediciones ya que se requeria de la intervención de forma expresa.

En referencia a la decisión de optar por este tipo de diseño, estuvo en relación a las ventajas y practicidad que representa este diseño. Este diseño de N=1 se utiliza con mucha frecuencia en investigación aplicada, sobre todo en los ámbitos clínicos y educativos, como es el caso de la presente investigación. Es flexible y dinámino, los datos se recogen de forma contínua hasta que se completa el experimento y la recolección de datos es flexible (Kennedy, 2005), lo que permitió adaptarse a los momentos en que las participantes podían ser evaluadas y realizar tantas evaluaciones se requirieran.

Aunado a lo anterior, Franklin, Allison y Gorman (1996) mencionan que hay que tener en cuenta tres situaciones cuando se eligen este tipo de diseños.

- Los diseños de N=1 brindan oportunidad a los profesionales que se están formando con becas de investigación o que trabajan en ámbitos clínicos de atención a la salud. Así, se puede contribuir a la ciencia estudiando a sujetos de forma individual. Resultan ser estudios de bajo coste y útiles en las primeras fases de una investigación como un medio para generar datos iniciales de una hipóstesis.

- Permiten tomar muchas medidas de la variable dependiente a lo largo del tiempo, lo que da acceso a observar los aspectos dinámicos del cambio, es decir, se si va a tener acceso a los sujetos a lo largo del tiempo.
- Los trabajos que se desarrollan en el ámbito clínico pretenden responder a la cuestión acerca de si un determinado tratamiento funciona para un sujeto en concreto. Los diseños de N=1 permiten la valoración objetiva y rigurosa del efecto de un tratamiento para un individuo.

A estas razones, Nuñez-Peña (2012) añade otros dos consideraciones, que también fueron valoradas para la investigación.

- Hay situaciones en las que por razones éticas, no es conveniente recurrir a un diseño de grupo control. Cuando el tratamiento supone una ventaja sobre un grupo de sujetos, no se puede dejar fuera a ningún participante.
- Problemas prácticos para el reclutamiento de participantes homogeneos que conformen un grupo respecto a las características que se requieren.

7.3 Consideraciones éticas

Cabe recordar que la intervención propuesta en este documento, sería poco porductiva y hasta peligrosa para las mujeres que son víctimas de violencia moderada a grave (sin importar que tengan o no habilidades de negociación y del uso correcto del condón), si intentan negociar con su pareja violenta el udo del condón, por lo tanto y con la intención de salvaguardar su integridad, se concluye que lo mejor es referidas a instancias dónde puedan brindarles la atención apropiada. Después de la referencia se evaluó el resultado al respecto, es decir, si pudieron acudir y como esto les sirvió o no.

Para las mujeres donde la violencia no esta presente, pero que tampoco cuentan con habilidades de negociación del uso del condón y/o con habilidades del uso correcto del condón. Se les brindó el(los) componente(s) de la intervención que necesiten, no obstante, no fueron contempladas como parte del estudio.

7.4 Procedimiento

La especialidad de ginecología y de salud mental de la clínica especializada Condesa refirió a las mujeres con diagnóstico confirmado de VIH (primera vez o subsecuente) con la psicóloga a cargo del proyecto, quién le explicó en qué consistó el estudio. Inicialmente se realizó una primera evaluación de las habilidades del uso correcto del condón, de las habilidades de negociación para el uso del condón, ambas con base en la observación y de la presencia de violencia de pareja. Posterior a la evaluación se identificaron diferentes situaciones, a continuación se explicará el procedimiento que se llevó a cabo con cada una de ellas (tabla 11):

Situación 1. Si la participante mostró violencia de moderada a extrema (sin considerar las habilidades del uso correcto del condón ni las habilidades de negociación del condón) se canalizaron a instituciones donde les brindó la ayuda correspondiente.

Situación 2. Si la participante mostró violencia leve y habilidades del uso correcto del condón y la negociación del mismo, se canalizó a instancias donde atendían dicha violencia.

Situación 3. Si la participante no mostró signos de violencia pero tampoco cuenta con habilidad del uso correcto del condón y/o las habilidades para negociarlo, entonces se les brindara el componente necesario de la intervención para atender su(s) necesidad(es).

Situación 4. Si la paciente no mostró violencia y si cuenta con habilidad del uso correcto del condón y habilidades para la negociación del mismo, entonces se agradecerá su disposición y se le informará que no es candidata a la intervención.

Situación 5. Si la participante mostró niveles leves de violencia y además no cuenta con habilidad del uso correcto del condón y habilidad de negociación del mismo, entonces será integrada a la intervención.

Cabe resaltar que la evaluación inicial también incluyó la aplicación de un cuestionario conformado por cinco preguntas donde se evalúa la percepción de la respuestas por parte de la pareja al intentar negociar el uso del condón, si la participante percibe que puede sufrir violencia (moderada o grave), será refererida a especialidades en el trabajo con víctimas de violencia. Esto independientemente de las evaluaciones mencionadas anteriormente.

A las participantes en la situación 5 se les entregó y explicó el consentimiento informado (anexo 9), se le dió tiempo para que leerlo y aclarar dudas. Si la paciente aceptó participar se le pidió que firme el consentimiento informado y se completó la evaluación inicial para conformar la línea base. La descripción general de la intervención se presenta en la tabla 12. Las sesiones fueron grupales, semanales con duración máxima de 60 minutos cada una.

Una vez concluidas las sesiones de intervención, se citó a las pacientes una semana después para la post-evaluación, al concluír se citaron para la evaluación de seguimiento a tres meses y posteriormente para la evaluación de seguimiento a seis meses.

Tabla 11

Secuencia de la selección de participantes para la intervención

Uso correcto de condón y habilidades de negociación colaboración /equidad			
Violencia de pareja	Grave	No Canalización	Si Canalización
	Moderada	Canalización	Canalización
	Leve	Intervención (componente de intervención necesario)	Canalización
	Sin violencia	Componente de intervención necesario (Compromiso ético y validación de componentes de intervención)	No aplica

Tabla 12

Descripción general de la intervención

Sesión	Tema	Contenido de la sesión
Sesión 1	Información	Sobre el VIH/SIDA, formas de transmisión, riesgo de reinfección y de infección de ETS, epidemiología del VIH (con énfasis en el aumento de casos en mujeres) sexualidad (roles de género) y violencia de pareja (asociación con el riesgo de reinfección)
Sesión 2	Uso correcto del condón	**Exposición de información:** Se presentará a los participantes los pasos del uso correcto del condón y las ventajas de usarlo correctamente **Modelado:** Esta técnica consiste en demostrar cómo se lleva a cabo una habilidad de forma efectiva y cómo no debe realizarse, la demostración se llevará a cabo a través de un video, donde se mostrarán los pasos del uso correcto del condón masculino a través de un modelo de enseñanza **Juego de roles:** A través de esta técnica se reforzó la habilidad de la participantes para poner el condón en el modelo de pene. Se dió **retroalimentación correctiva** cuando fue necesario. **Generalización del aprendizaje:** Una vez que la participante realizó la técnica correctamente, se le pedió practicar dicha habilidad en escenarios reales (casa; se abordará en la sesión subsecuente..

Sesión 3	Habilidades de negociación del uso del condón	**Exposición de información:** Se presentó la habilidad con las participantes y se discutió los componentes conductuales /verbales y no verbales) con ellas. **Modelado:** Se explicó a las participantes con base en un video, donde los actores mostrar la forma adecuada de llevar a cabo la comunicación sexual asertiva así como sus principales componentes verbales y no verbales. **Reestructuración cognitiva:** Se identificaron y modificaron los pensamientos y creencias distorsionadas en relación a la negociación del uso del condón, por ejemplo, "va a pensar que lo engaño" **Juego de roles:** Una participante fungirá como la pareja y otra practicó las habilidades entrenadas, seguidas de la **Retroalimentación correctiva** y comentarios sobre la ejecución individual. **Generalización del aprendizaje:** Una vez que la habilidad sea ejecutada de la forma correcta se planificarán actividades que deberán practicarse en contextos naturales (se abordará en la sesión subsecuente).
Sesión 4	Generalización de habilidades a la vida diaria	**Juego de roles:** Se identificaron otras áreas no sexuales en la relación de pareja, donde las participantes aplicaron lo aprendido (principalmente áreas que hayan generado conflictos de pareja). Posteriormente a través del juego de roles se practicó las habilidades entrenadas en la sesión anterior, seguidas de **retroalimentación correctiva** y comentarios sobre la ejecución individual **Generalización del aprendizaje:** Una vez que la habilidad fue ejecutada de la forma correcta se planificaron actividades que se practicaron en contextos naturales (se abordaon en la sesión subsecuente).

Se necesitó realizar videograbaciones de todas las sesiones de intervención donde se instrumentó el Juego de Roles, para poder dar retroalimentación a las participante por su ejecución en cada habilidad.

Cabe resaltar que para cada sesión se integró un módulo de *retención*, este tiene la intención de favorecer la permanencia y culminación de las participantes en la intervención,

el cual se basó en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), el cual hace referencia, de manera muy general, a las consecuencias, es decir, si las personas perciben consecuencias deseables y positivas de su conducta, en este caso, asistir a la intervención, entonces es más probable que la continúen hasta concluir.

Dicho módulo consistió en:

- Asignación de tareas diarias con base en su vida.
- Programación de citas con base en su disponibilidad de horario.
- Autorefuerzo del paciente mediante autoafirmaciones positivas verbales y visuales.
- Refuerzo social del terapeuta.

7.5 Proceso del diseño del manual

Se diseñaron procedimientos para el paciente y para el terapeuta, condensados en la construcción de dos manuales de intervención (manual para el terapeuta y manual para el participante).

El eje de elaboración de los manuales, así como de la intervención, siguió los lineamientos del aprendizaje estructurado como herramienta del cambio conductual (Goldstein, 1981; Goldstein, Sprafkin & Gershaw, 1976; Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein, 1989), el cual conlleva los siguientes puntos:

- Modelamiento de habilidades específicas
- Juego de roles
- Retroalimentación correctiva
- Transferencia del conocimiento

En la figura 3 se engloba el proceso de construcción de ambos manuales, antes de ser sometidos a validación con la población clave. Primero, los manuales se redactaron por

sesiones y por elementos contenidos dentro de la sesión, sin perder de vista los objetivos generales y específicos de la intervención. Como segundo paso, se enviaron los manuales a revisión con una experta en pedagogía, quien hizo observaciones en la presentación y redacción de los objetivos, así como de la estructura en que se estaban presentando las sesiones. Posteriormente se obtuvo retroalimentación por parte de una experta en terapia cognitivo-conductual, y derivado de sus sugerencias se hicieron modificaciones en la parte de reestructuración cognitiva, principalmente en la elaboración de ejemplos específicos sobre las distorsiones cognitivas presentes en mujeres y hombres con VIH que suelen obstaculizar el uso del condón, además sugirió re-nombrar el procedimiento como revaloración cognitiva, ya que si bien lo que se perseguía es la modificación de cogniciones, no se realiza todo el procedimiento que conlleva una terapia de reestructuración.

Figura 3. Proceso de construcción de los manuales de intervención

Una vez realizadas las modificaciones planteadas por las expertas en pedagogía y terapia cognitivo-conductual y como un último paso, se enviaron los manuales a una experta en sexualidad y género para realizar la revisión en dichos temas. Entre sus principales contribuciones destacó la sugerencia de explicar la sexualidad con base en la teoría de los holones de la sexualidad, pues contempla a la sexualidad de manera completa y digerible para su entendimiento, tal como un sistema general, en el cual todos los sistemas están formados por elementos de interacción (Rubio, 1994). Otra aportación tuvo que ver la inclusión de diversas dinámicas con la intención de aterrizar el objetivo de cada sesión (Figura 4).

Posteriormente se decidió ponerlo a prueba con población lego cuyas características sociaodemográficas son similares a las características de mujeres con VIH en México (CENSIDA, 2018). Para esto, participaron cinco mujeres sin diagnóstico de VIH, con baja escolaridad, amas de casa o empleadas en servicios, etc. (Tabla 13). De forma individual se les dio a leer cada apartado del manual para el paciente, y al finalizar su lectura, se les cuestionó lo entendido de la información descrita.

Figura 4. Proceso de construcción de los manuales de intervención

Procedente de las observaciones hechas por la población lego, se desprende la tabla 13, en la que se indican las modificaciones realizadas a los manuales. Una vez validado con dicha población, se enviaron a los manuales al proceso de diseño gráfico y estructural, así como de las viñetas, identidad gráfica y la elaboración de los videos que fueron empleados durante la intervención. Se decidió realizar la técnica de modelamiento dos habilidad a través de videograbaciones con la finalidad de garantizar que las participantes se indentificarán con los modelos, además de controlar que la forma de transmitir la información no estuviera condicionada por cuestiones ambietales (factores inherentes al modelo, comoun mal día, transito, mucho calor, dolores etc.), esto porque se ha demostrado que resulta más efectivo cuando los modelos son de edad parecida y del mismo sexo que el observados, y cuando la conducta modelo se encuentra más pròxima a la del observador, en

vez, de ser altamente competente. En este último caso, la representación puede resultar demasiado compleja de modo que el observador se puede sentir abrumado y no realizar ningún aprendizaje significativo (Caballo, 1991). Son diversos los autores que señalan que la técnica de modelamiento puede llevarse a cabo de forma presencial o a través de videograbaciones (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000; Olivares & Méndez, 1998; Caballo, 1991).

Los videos fueron utilizados para modelar unicamente dos componentes de la intervención, el uso correcto del condón y la habilidad de negociación para el uso. Para el primer componente (uso correcto del condón) una terapeuta formada en sexualidad y género y experta en la impartición de talleres para la prevención del VIH, fue grabada modelando la técnica del uso correcto del condón, empleando la serie de pasos de CENSIDA (2012), debido a que son los pasos que se les enseñan a los pacientes dentro del escenario donde se llevó a cabo la investigación. Dichos pasos se compararon con los utilizados por otros autores en intervenciones similares (Fishbein & Pequegnat, 2000) y las diferencias radican en las instrucciones para sacar el condón del paquete (buscar las muesquillas), ver hacia qué lado se desenrolla el condón, las indicaciones son más específicas para poder sacar el aire del receptáculo, y pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo. Ya que las indicaciones proporcionadas por CENSIDA (2012) no afectan, sino que, al contrario, son más específicas y promueven el uso correcto del condón se decidió basar la intervención con estos pasos.

Para el segundo componente (habilidad de negociación del uso del condón), Se redactaron don guiones, el primero planteó una situación donde una pareja con VIH ambos, se situaban en la sale de una casa, y la mujer iniciaba una discusión donde pidió a su esposo utilizar el condón en las relaciones sexuales, pues había recibido dicha recomendación en la clínica

donde era atendida. El segundo guión planteaba una discusión con la misma pareja, ahora situados en el comedor de una casa, donde pretendian acordar que actividades harían el próximo fin de semana, pues cada uno deseaba cosas diferentes. En ambos guiones se aseguro de mostrar los elementos verbales (identificar el conflicto en voz alta, plantear la necesidad de un acuerdo, establecer una proporción y que la pareja establezca la suya, obtener una conclusión o un acuerdo, elaborar un resumen en voz alta, identificar el momento oportuno para la negociación, identificar estrategias exitosas en el pasado con la pareja actual, identificar posibles factores disposicionales que alteren favorablemente el estado de ánimo y la motivación de la pareja, plantear estrategias alternativas para la negociación, llevar a cabo las estrategias planteadas en un primer momento) y no verbales (contacto visual, tono y volumen de voz, proximidad, expresión facial, expresión corporal) que estan descritos en la definición teórica de la variable "habilidad para la negociación del uso del condón" en el presente documento. Posteriormente se compartieron los guiones con dos personas que habían sido previamente capacitadas para el llenado del TAS para este estudio, ambos evaluadores coincidieron en que los diálogos comprendían los elementos de la habilidad de negociación y cumplían con los requerimientos de la técnica de modelamiento. Posteriormente los diálogos fueron evaluados por la población lego descrita en la tabla 13, las principales observaciones fueron referentes al lenguaje utilizado, las frases como **"**identificar estrategias exitosas en el pasado con la pareja actual", no era muy comprensible, por lo tanto se acordó enfatizar ese punto en la habilidad de negociación en el video. Una vez atendiendo los puntos mencionados, se contrato a una pareja de actores (hombre y mujer), cuya edad era similar al perfil de mujeres con VIH en México. Se les enviaron los guiones para que los estudiaran por 15 días y posteriormente se realizó la grabación por 13 horas seguidas.

Tabla 13

Población participante en la construcción del manual de intervención

Participante	Edad	Estado Civil	Ocupación	Escolaridad
1	28	Soltera	Empleada en tienda de telefonía	Preparatoria trunca
2	75	Divorciada	Ama de casa	Primaria
3	21	Soltera	Venta de abrigos	Preparatoria
4	50	Casada	Ama de casa	Primaria
5	51	Separada	Ama de casa	Secundaria

Tabla 14

Conglomerado de cambios derivados de la validación con población lego

Tema	Observaciones
Introducción: 1. Uso correcto del condón 2. Cambio de pensamientos 3. Habilidad de negociación para el uso del condón 4. Habilidad de comunicación para la solución de conflictos	Es necesaria Es repetitiva Es muy extensa
Concepto VIH · Microorganismo · Inmunodeficiencia · Humana	Explicar qué es un microorganismo
Concepto SIDA · Síndrome · Inmunodeficiencia · Adquirida	Necesario explicar “síndrome” (manifestación de la enfermedad) con ejemplos (ejemplo de la gripe)
Vías de transmisión · Sexual · Perenteral · Materno-filial	Lo entendieron con ejemplos, necesario explicar los fluidos que no pueden transmitir el VIH

Diferencia entre VIH y SIDA · Manifestación de la enfermedad · Calidad de vida	Lo entendieron con ejemplos
Tratamiento antirretroviral · El único que puede reducir el virus en sangre · Por consecuencia aumentar las células de defensa · Tomar todos los días en el horario indicado	Ejemplos sobre la disminución de la carga viral, explicar que no se cura
Epidemiología del VIH · La infección en mujeres ha aumentado en los últimos años · Es la pareja estable y por vía sexual la principal causa de transmisión · No utilizan el condón en las relaciones sexuales	Cambiar la palabra “epidemiología”, resumir la información
Conductas sexuales de riesgo · Penetración sin barrera (condón) · El condón impide el contacto con fluidos (semen, fluidos vaginales, sangre) · Existe condón masculino y femenino	Recomendable explicar dos veces
Introducción al tema de reinfección y otras ITS · La reinfección es infectarse nuevamente por el VIH · La reinfección trae consecuencias físicas a las personas con VIH · Puede adquirir otra ITS	Ejemplos sobre reinfección
Género · Conductas que se realizan con base en el sexo	Ejemplificar
Erotismo · Capacidad de experimentar placer	Ejemplificar
Reproducción y reproductividad · Tener hijos · Reproducirse a través de proyectos (actividades)	Ejemplificar

Reestructuración cognitiva · Los pensamientos influyen en la manera en la que se actúa · Los pensamientos nos pueden llevar a actuar de una forma desadaptativa · A veces los pensamientos no son reales · Cambiar los pensamientos puede beneficiar a la salud	Información muy extensa, Necesarios ejemplos
Habilidad de negociar · Iniciar una conversación · Expresar lo que se desea · Elementos verbales · Elementos no verbales	Ejemplos y explicar
Violencia de pareja · Económica · Sexual · Psicológica · Física	Ejemplos

7.6 Análisis de los datos

Acorde con los objetivos planteados en la investigación se realizó en el programa SPSS versión 20 el análisis descriptivo de los datos obtenidos en la pre-evaluación para las variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, pareja sexual estable y pareja sexual ocacional) y datos clínicos (tiempo de diagnóstico de VIH, carga viral y CD4). También se realizarón análisis descriptivos para los datos de la pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento a tres y seis meses de las medidas de autoinforme del uso del condón (el porcentaje del uso del condón en relaciones sexuales en general, el porcentaje del uso del condón en la última relación sexual y el índice de consistencia del uso del condón); habilidades conductuales (porcentaje de la habilidad del uso correcto del condón); negociación en un tema sobre sexualidad (porcentaje de la habilidad de iniciar y mantener

una conversación sobre sexualidad, porcentaje de la habilidad de negociar y llegar a un acuerdo); habilidades conductuales para el uso del condón (porcentaje de la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón y porcentaje de la habilidad de negociar y llegar a un acuerdo) y habilidades conductuales en un tema de pareja No sexual (porcentaje de la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre agún conclicto de pareja NO sexual, porcentaje de la habilidad de negociar y llegar a un acuerdo). Por último se realizó estadística descriptiva para la variable violencia de pareja (violencia emocional y violencia económica).

Dado que no se cumplió con el número mínimo requerido para realizar el análisis multivariado de la varianza (MANOVA), se optó por hacer una inspección visual de en gráficas de los datos obtenidos.

Para el análisis de datos de las medidad de autoinforme del uso del condón (índice de consistencia del uso del condón); habilidades conductuales; negociación en un tema sobre sexualidad; negociación para el uso del condón y negociación en un tema NO sexual, se emplearon los análisis pertinentes para casos único n=1: significancia clínica y cambio clínico observable. Los cuales se desglosan a continuación.

Significancia Clínica por Jacobson y Truax (1991)

La importancia de la significancia clínica radica en que tras una intervención se espera que el sujeto cambie hacia los valores de normalidad dentro del área clínica sometida a intervención. Es decir, el cambio clínicamente significativo se produce cuando el sujeto recupera un funcionamiento que puede ser considerado como parte de la población funcional. Para el presente trabajo se consideró como funcional a aquellos que puntuaran

arriba de dos desviaciones estándar por arriba de la media, y grupo disfuncional a aquellos debajo de la media por dos desviaciones estándar (Jacobson & Truax, 1991).

Se considera que un sujeto alcanza el nivel funcional cuando:

Para una variable positiva: $X_{\text{post-intervención}} > c$

Para una variable negativa: $X_{\text{post-intervención}} < c$

Cambio Clínico Observable (CCO) de Cardiel

El cambio clínico objetivo se empleó para calcular si el cambio de comportamiento de cada participante fue significativo con respecto a su propio comportamiento, de la pre-intervención a la post-intervención.

$$CCO = \frac{X_2 - X_1}{X_1}$$

Dónde

X_1= Puntuación pre-intervención

X_2= Puntuación post-intervención

En los resultados presentados se reporta el valor absoluto obtenido y se utiliza el signo "+" para indicar un CCO positivo y el signo "–" para indicar un CCO negativo. Los puntos de corte propuestos para la interpretación son:

≤ + .19 Ausencia de Cambio

≥ + 0.20 CCO Significativo Positivo

≤ - 0.20 CCO Significativo Negativo

≥ - .19 Ausencia de Cambio

Integridad del tratamiento

Para conocer sobre la integridad del tratamiento, un evaluador externo de formación psicólogo y con amplia experiencia en VIH y violencia de género y previamente capacitado en la intervención que se realizó, observó fragmentos de 5 minutos de los videos que fueron grabados en las sesiones de intervención. El evaluador externo señaló ausencia o presencia de los principales componentes de la intervención en una lista de cotejo previamente diseñada.

Satisfacción del tratamiento

Para evaluar la satisfacción del tratamiento, se realizó el análisis descriptivo de las respuestas obtenidas a partir del cuestionario pertinente, además se realizó un análisis cualitativo por medio de la categorización inductiva de las sugerencias y opinión que la intervención generó en las participantes (Taylor & Bogdan, 1989).

Capitulo 8. Resultados

Con la finalidad de identificar el impacto de la intervención en el incremento del uso del condón se obtuvieron las frecuencias y procentajes de participantes que reportaron usar el condón antes y después de la intervención.

Medidas de autoinforme del uso del condón

Se presentan 3 indicadores de esta conducta obtenidos a través de un cuestonario de autoinforme (tabla 15). Se puede observar que el uso del condón en las relaciones sexuales en general, así como en la última relación sexual, aumenta notablemente en la dirección esperada (mayor frecuencia de su uso), de la pre-evaluación a la post-evaluación y se mantiene en las evaluaciones de seguimiento a 3 y 6 meses. Por su parte, el índice de consistencia del uso del condón aumenta de la pre-evaluación a la post-evaluación, no obstante, se observa una disminución mínima en la evaluación de seguimiento a 3 meses que se mantiene a los 6 meses.

Tabla 15

Medidas de autoinforme del uso del condón

Medidas de autoinforme	Pre	Post	Seguimiento (3 meses)	Seguimiento (6 meses)
Uso del condón en relaciones sexuales en general (n, %)	2, 40%	4, 80%	5, 100%	5, 100%
Uso del condón en la última relación sexual (n, %)	2, 40%	4, 80%	5, 100%	5, 100%
Índice de consistencia del uso del condón	.23	.88	.86	.86

Componente cognitivo

Una parte sustancial del estudio fue el componente congitivo, que hace referencia a la identificación de pensamientos desadaptativos que habían estado obstaculizando la

negociación del uso del condón con la pareja. En una sesión la terapeuta explicó, con base en cuentos, que son los pensamientos desadaptativos y como influyen en la realización o no de alguna conducta, en este caso en la negociación del uso del condón. Posteriormente, cada participante identificó sus propios pensmaientos y los escribió en su manual, para concluír la actividad se discutieron en el grupo dichos pensamientos y con la participación de todas las integrantes se generaron nuevos pensamientos más adaptativos y en pro de la salud. En la tabla 16 se muestran algunos ejemplos de los pensamientos identificados y los nuevos pensamientos, en los que se pueden notar cambios importantes y relacionados con el objetivo de cuidado de la salud mediante el uso del condón.

Tabla 16

Componente cognitivo

Pensamientos identificados	**Pensamientos modificados**
"Mi pareja no usa condón porque dice que no se siente igual"	*"Le dije que lo importante es cuidarnos aunque no sienta lo mismo, porque al rato otra enfermedad y no no no, mejor nos cuidamos"*
"Mi pareja decía que eso era para putas"	*"ay si, putas, pero bien que el fue quién me infectó de VIH, así que mejor bien cuidadita, tengo que ver por mi y por mis hijos"*
"Me decía que si no lo hacía sin condón, buscaría a otra que si quisiera"	*"pues… si se busca a otra y se infecta de otra enfermedad, pues ya es su problema, si quiere estar con otra mujer lo hará aunque no usemos el condón"*

Habilidades conductuales

En la tabla 17 se presenta el porcentaje promedio de respuestas correctas obtenidas por las participantes en las cuatro mediciones (pre-evaluación, post-evaluación y seguimientos a 3 y 6 meses) de las cuatro habilidades conductuales evaluadas a través de la observación

directa (uso correcto del condón, negociación en un tema sobre sexualidad, negociación sobre el uso del condón y negociación sobre un conflicto de pareja NO sexual), también se presentan las mediciones de la violencia de pareja (violencia emocional y violencia económica). En general, se observa un aumento en el porcentaje de cada habilidad conductual de la pre-evaluación a la post-evaluación y de la post-evaluación a la evaluación de seguimiento de 3 meses, no obstante se muestra una disminución mínima de todas las habilidades en el seguimiento a 6 meses.

Violencia de pareja

En cuanto a la violencia de pareja, esta parece disminuir en la post-evaluación, sin embargo en la evaluación de seguimiento a 3 meses aumenta, aunque en la de seguimiento disminuye de nuevo hasta llegar a valores próximos a la línea base (tabla 17).

Tabla 17

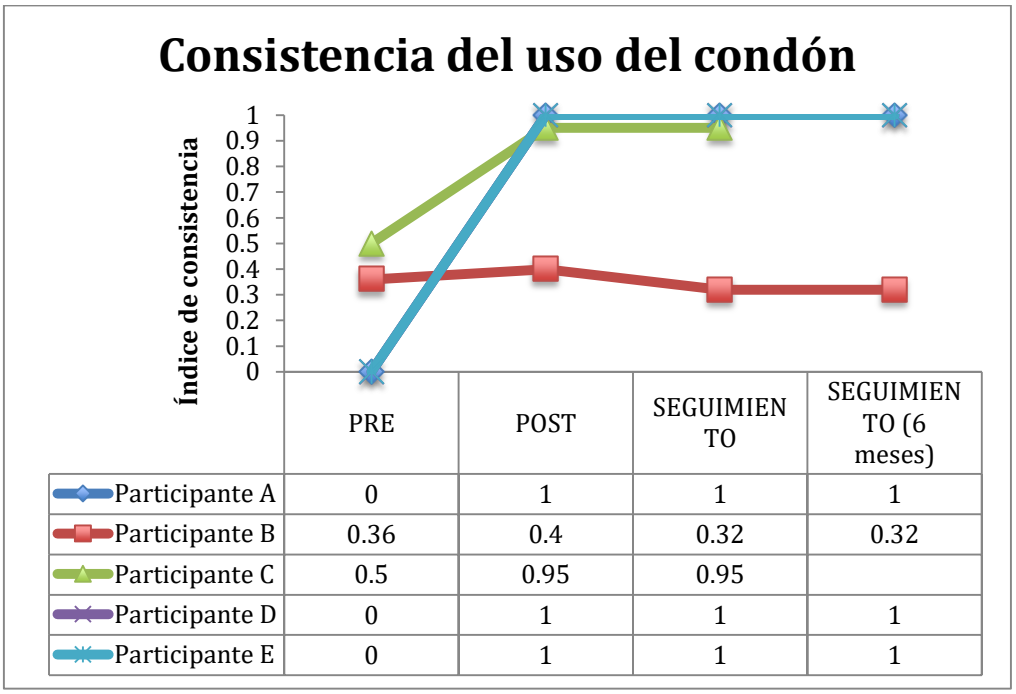
Habilidades conductuales

	Pre	Post	Seguimiento (3 meses)	Seguimiento (6 meses)
Uso correcto del condón (%)	66.6	95.9	97.32	93.32
Negociación en un tema sobre sexualidad				
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad (%)	52	83.2	93	86.58
Negociar y llegar a un acuerdo(%)	41	94.6	97	89
Negociación para el uso del condón				
Iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón (%)	39.5	83.3	95.75	86.56
Negociar y llegar a un acuerdo (%)	47.49	92	100	89
Negociación en un tema NO sexual				
Iniciar y mantener una conversación sobre algún conflicto en la reación de pareja	41.56	89.9	95.7	89.9
Negociar y llegar a un acuerdo	62.5	97	100	92
Violencia de pareja				
Violencia emocional	3.36	2.83	4.33	3.23
Violencia económica	3.13	1.826	3.55	3.37

Los datos analizados hasta el momento han aportado una visión general del comportamiento grupal de las participantes antes y despues de la intervención. Ahora se mostrará el comportamiento individual por cada variable analizada en los cuatro momentos de la evaluación (pre-evaluación, post-evaluación, y seguimientos a 3 y 6 meses).

Consistencia del uso del condón

La consistencia del uso del condón aumentó hasta llegar al punto máximo de consistencia (uso del condón en todas las relaciones sexuales) de la pre-evaluación a la post-evaluación y así se mantuvo en las evaluación de seguimiento en tres de las cinco participantes (A, D y E). La participante "C" también mostró un aumento notable en el índice de consistencia de uso del condón llegando al .95 de un máximo de 1 no obstante; en la última evaluación reportó no haber tenido relaciones sexuales. La participante "B" mostró una consistencia baja del uso del condón en la evaluación basal, este nivel de consistencia de uso del condón aumentó minimamente en la post-evaluación y disminuyó a niveles menores que los basales en las evaluaciones de seguimiento (figura 5).

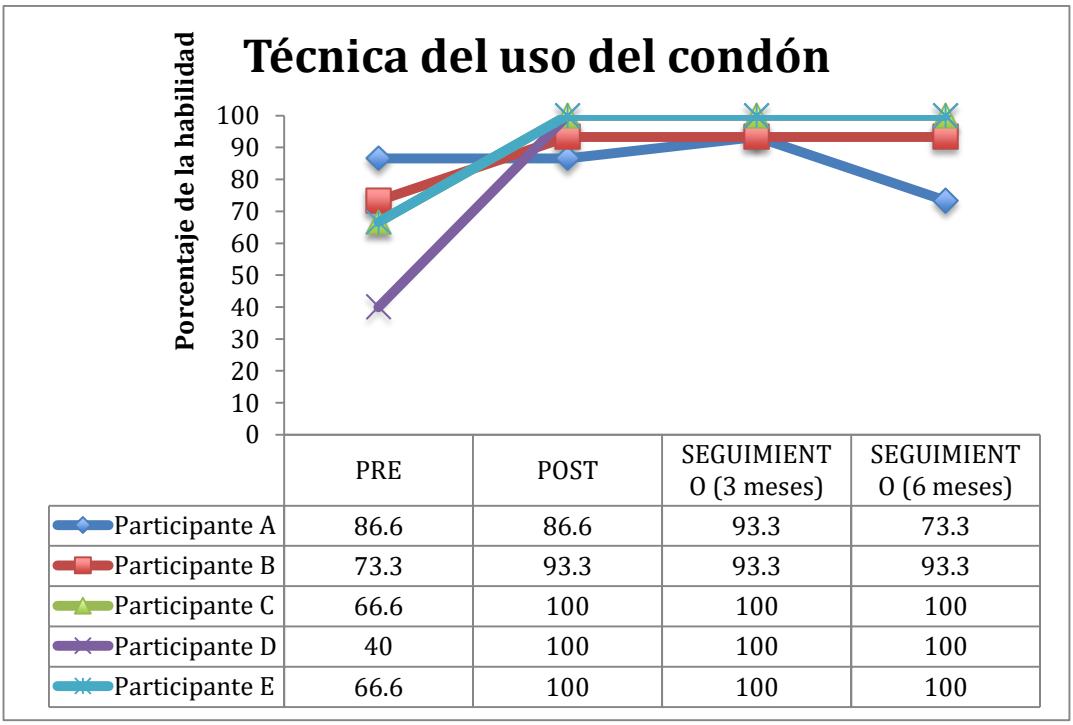


	PRE	POST	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	0	1	1	1
Participante B	0.36	0.4	0.32	0.32
Participante C	0.5	0.95	0.95	
Participante D	0	1	1	1
Participante E	0	1	1	1

Figura 5. Consistencia del uso del condón

Técnica del uso correcto del condón

Cuatro de las cinco participantes (B, C, D y E) mejoraron en la técnica del uso correcto del condón de la pre-evaluación a la post-evaluación y mantuvieron la habilidad en las evaluaciones de seguimiento. Tres de las 5 participantes (participantes C, D y E) alcanazaron el puntaje máximo de ejecución de la habilidad, es decir realizaron todos los pasos de la técnica de manera correcta, dicho puntaje se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento. La participante "A" mostró una disminución mínima de la habilidad unicamente en la evaluación de seguimiento a 6 meses (figura 6).



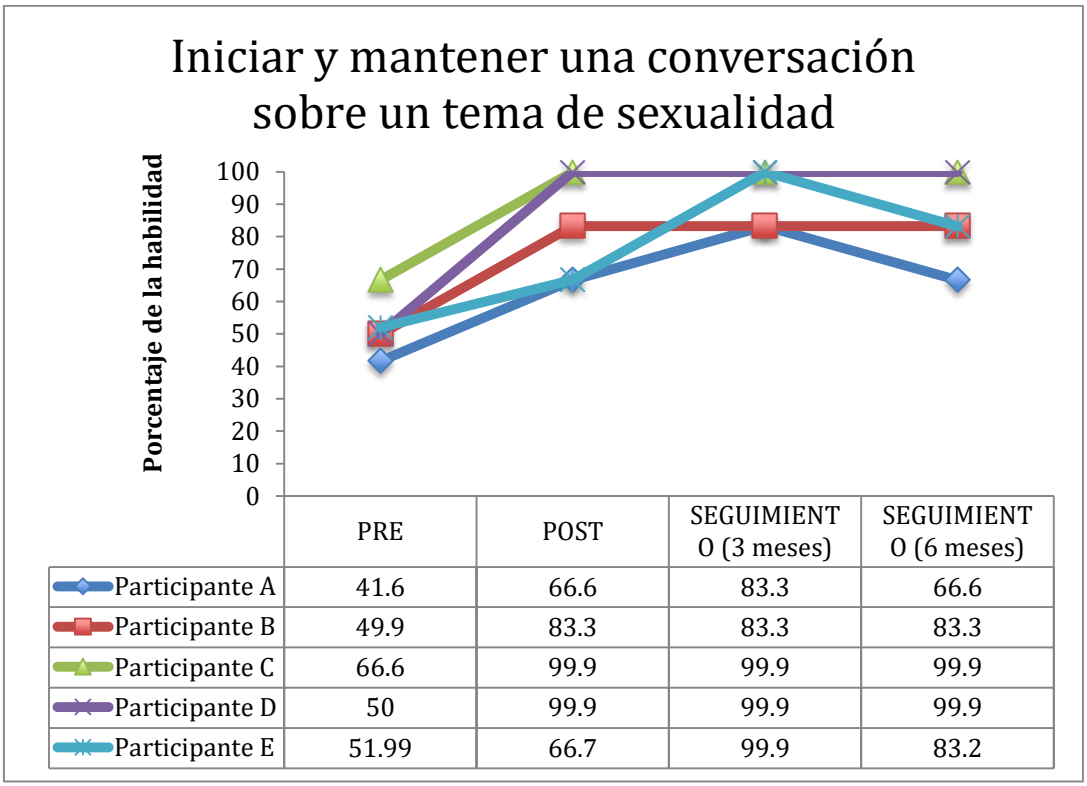
	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	86.6	86.6	93.3	73.3
Participante B	73.3	93.3	93.3	93.3
Participante C	66.6	100	100	100
Participante D	40	100	100	100
Participante E	66.6	100	100	100

Figura 6. Técnica del uso del condón

Habilidad de negociación

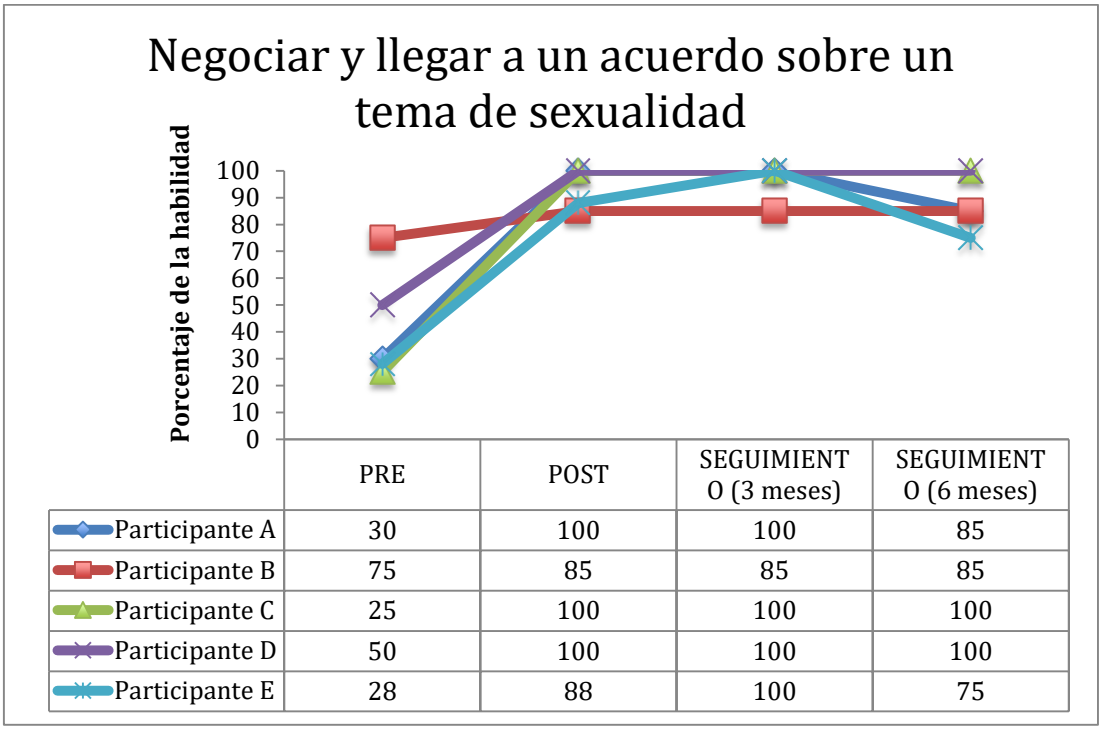
Se evaluaron tres categorias de la habilidad de negociación, una relacionada a un tema sobre sexualidad, otra relacionada al uso del condón y la ultima sobre algún tema NO sexual que llegó a ocasionar conficto en la pareja. Para cada categoría se evaluaron dos rubros: habilidad de iniciar y mantener una conversación y la habilidad de negociar y llegar a un acuerdo.

En las tres categorias, todas las participantes (A, B, C, D y E) mostraron un incremento en la habilidadad de iniciar y mantener una conversación con su pareja de la pre-evaluación a la post-evaluación, de estas, dos participantes (participantes A y D) mostraron aumento en la habilidad de la post-evaluación a la evaluación de seguimiento a tres meses. El resto de las participantes (participantes B, C y D) mantuvieron el aumento obtenido en la post-evaluación. Para la evaluación de seguimiento a seis meses tres participantes (participantes B, C y D) mantuvieron los cambios presentados desde la post-evaluación. Las participantes "A" y "E" mostraron una disminución de la ejecución de la habilidad en la evaluación de seguimiento a 6 meses (figuras 5, 6, 7, 8, 9 y 10).



	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	41.6	66.6	83.3	66.6
Participante B	49.9	83.3	83.3	83.3
Participante C	66.6	99.9	99.9	99.9
Participante D	50	99.9	99.9	99.9
Participante E	51.99	66.7	99.9	83.2

Figura 7. Habilidad de negociación sobre un tema de sexualidad. Iniciar y mantener una conversación



	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	30	100	100	85
Participante B	75	85	85	85
Participante C	25	100	100	100
Participante D	50	100	100	100
Participante E	28	88	100	75

Figura 8. Habilidad de negociación sobre un tema de sexualidad. Negociar y llegar a un acuerdo

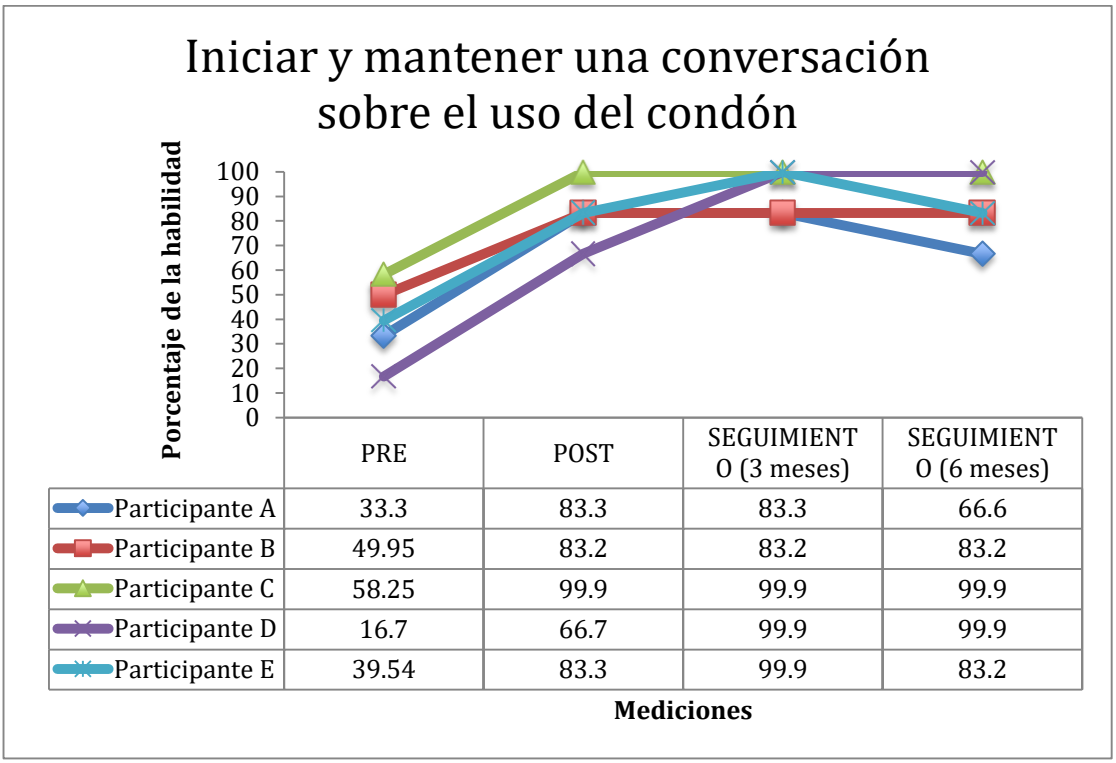
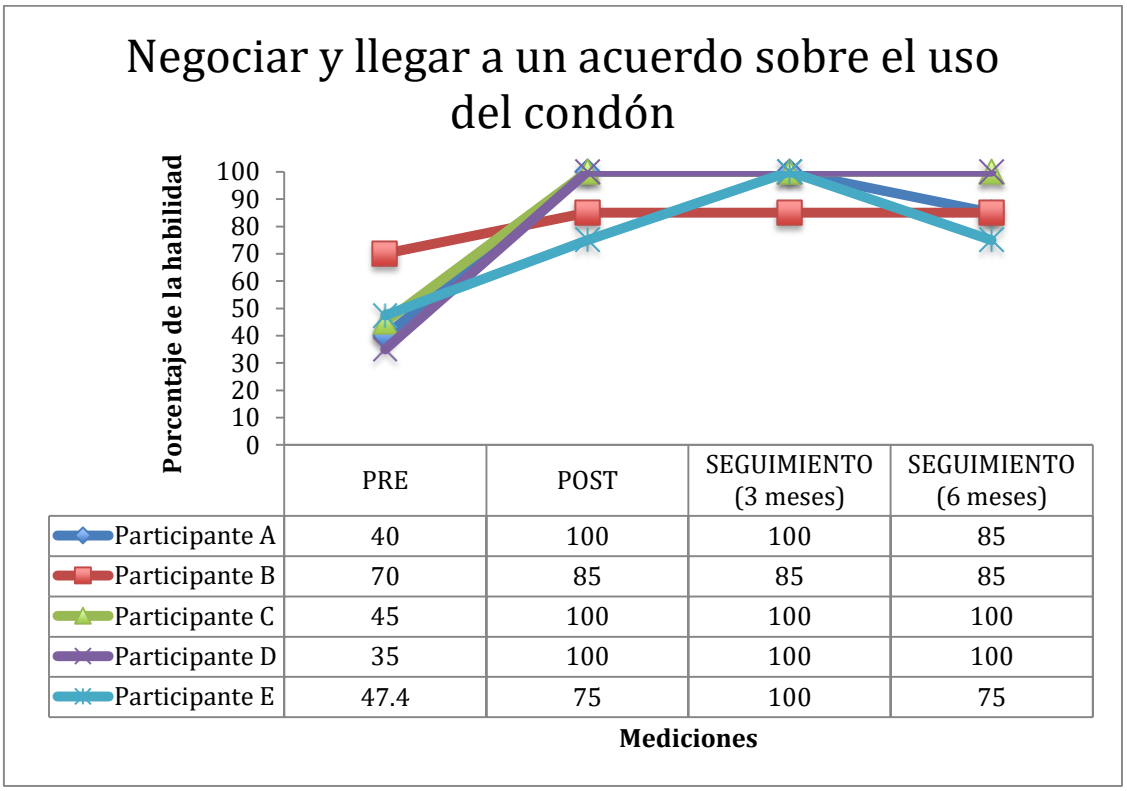
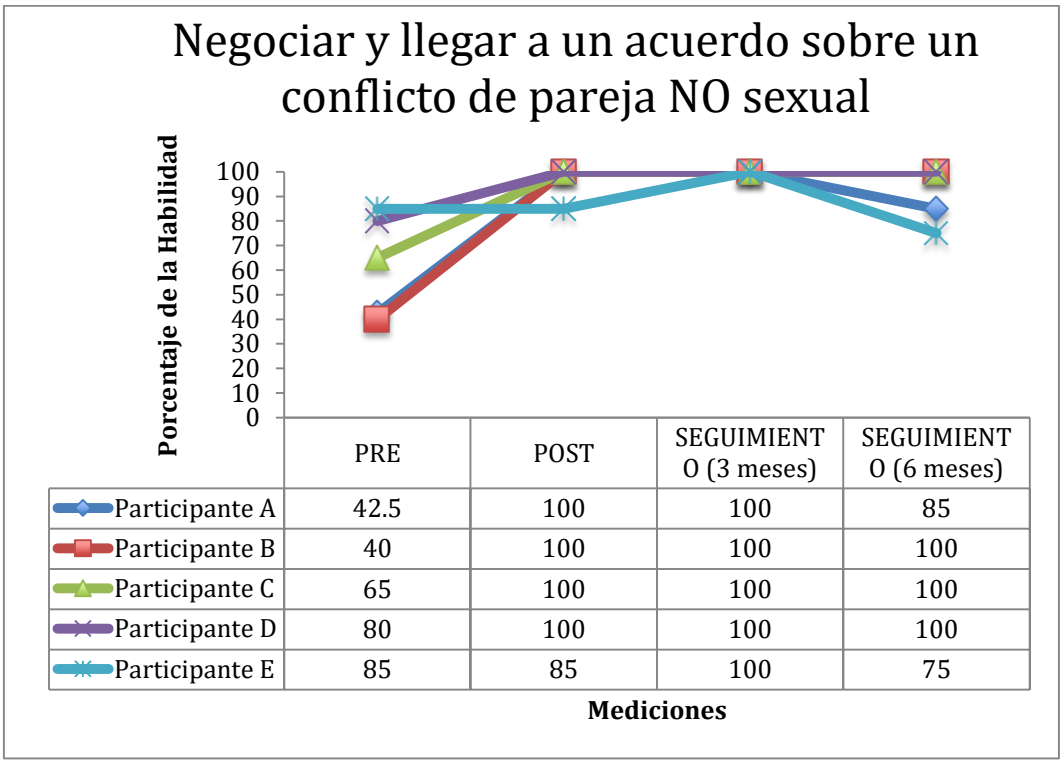


Figura 9. Habilidad de negociación sobre el uso del condón. Iniciar y mantener una conversación



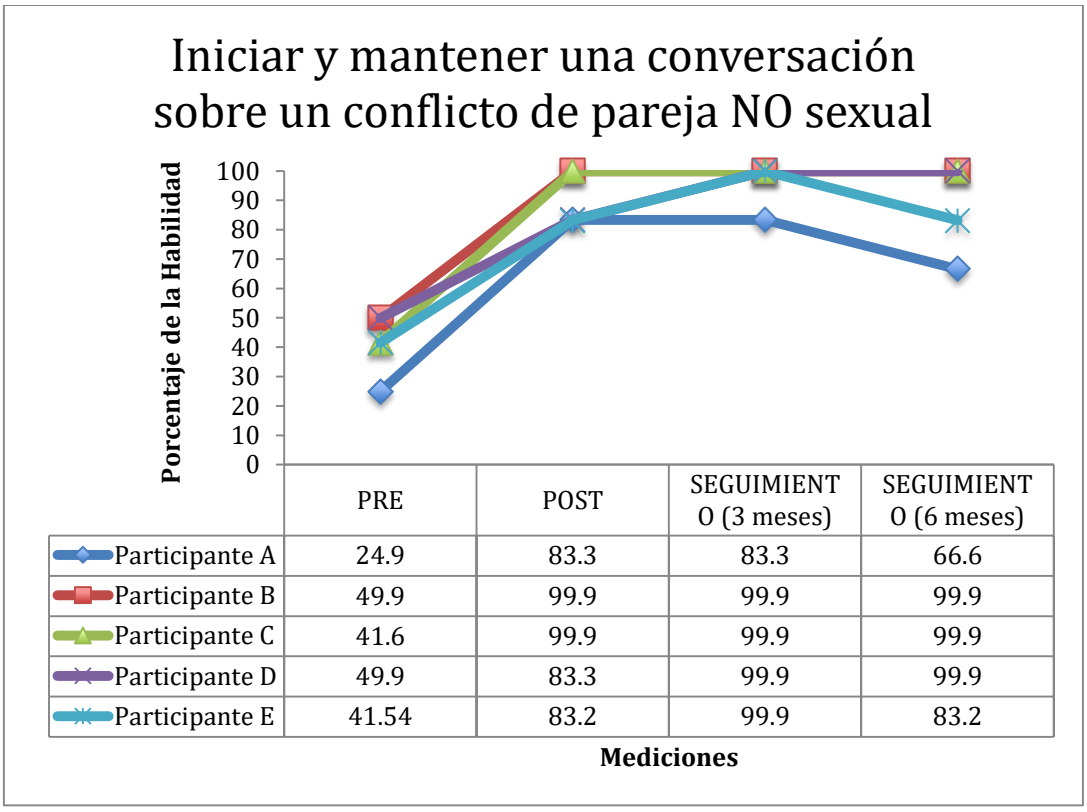
	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	40	100	100	85
Participante B	70	85	85	85
Participante C	45	100	100	100
Participante D	35	100	100	100
Participante E	47.4	75	100	75

Figura 10. *Habilidad de negociación sobre el uso del condón. Negociar y llegar a un acuerdo*



	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	42.5	100	100	85
Participante B	40	100	100	100
Participante C	65	100	100	100
Participante D	80	100	100	100
Participante E	85	85	100	75

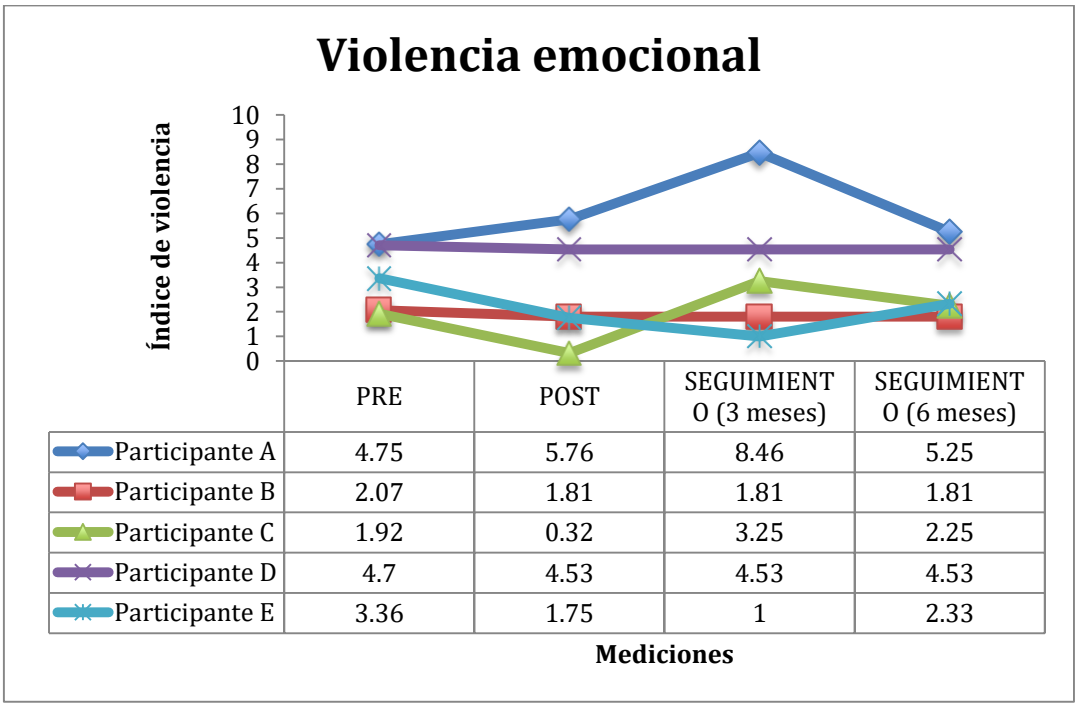
Figura 11. Habilidad de negociación sobre un conflicto de pareja NO sexual. Iniciar y mantener una conversación



	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	24.9	83.3	83.3	66.6
Participante B	49.9	99.9	99.9	99.9
Participante C	41.6	99.9	99.9	99.9
Participante D	49.9	83.3	99.9	99.9
Participante E	41.54	83.2	99.9	83.2

Figura 12. *Habilidad de negociación sobre un conflicto de pareja NO sexual. Iniciar y mantener una conversación*

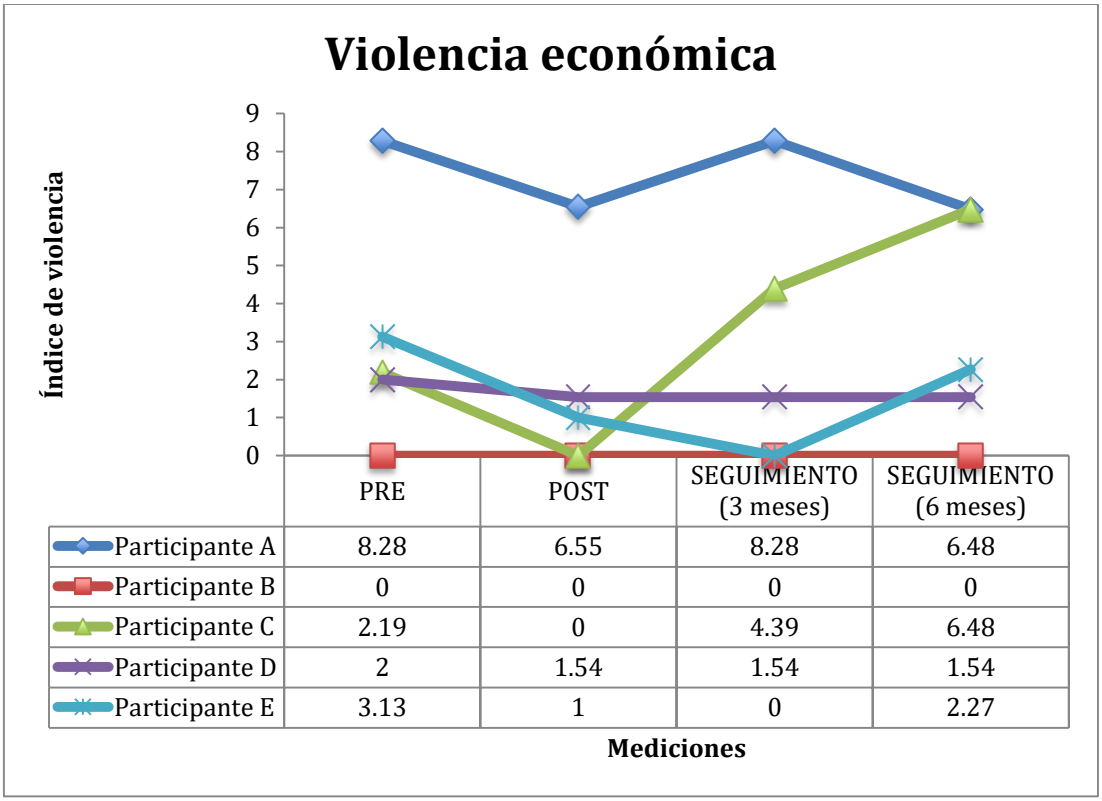
Los datos concernientes a la violencia de pareja son inconstantes. Para la violencia emocional los resultados mostraron en 4 de las 5 participantes una disminucón mínima (participantes B, C, D y E), pero en la evaluación de seguimiento a tres meses la violencia aumento para dos de las participantes (A y C), alcanzando valores más altos que los basales. Para otras dos participantes (participantes By D) el cambio observado en la pre-evaluación se mantuvo y para una participante (participante E) disminuyó un poco más que en la post-evaluación, pero aumento en el seguimiento a 6 meses, en la misma medición en dos participantes (A y C) la violencia disminuyó y se mantuvo en las participantes B y D (figura 13).



	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	4.75	5.76	8.46	5.25
Participante B	2.07	1.81	1.81	1.81
Participante C	1.92	0.32	3.25	2.25
Participante D	4.7	4.53	4.53	4.53
Participante E	3.36	1.75	1	2.33

Figura 13. Violencia de pareja: Emocional

En cuanto a la violencia económica, una de las participantes en ningún momento de las evaluación mostró niveles de la misma (participante B), para las otras 4 participantes (A, C, D y E) hubo disminución en la post-evaluación. No obstante, en la evaluación de seguimiento a 3 meses, los niveles de violencia se elevaron para dos participantes (A y B), en una regreso a la puntuación obtenida en línea base (participante A) y en la otra supero los niveles basales (participante C). Para la evaluación a los 6 meses, la participantes A disminuyó los niveles de violencia; dos aumentaron (particpates C y E) y la participante "D" mantuvo los niveles de la evaluación pasada.



	PRE	POST	SEGUIMIENTO (3 meses)	SEGUIMIENTO (6 meses)
Participante A	8.28	6.55	8.28	6.48
Participante B	0	0	0	0
Participante C	2.19	0	4.39	6.48
Participante D	2	1.54	1.54	1.54
Participante E	3.13	1	0	2.27

Figura 14. Violencia de pareja: Económica

Hasta aquí se ha inspeccionado visualmente con base en graficas los cambios que las participantes tuvieron antes y después de la intervención y si estos se mantuvieron en las

evaluaciones de seguimiento; ahora bien, con la intención de conocer si los cambios presentados son clínicamente relevantes, se realizaron los análisis de significacia clínica y se obtuvo el cambio clinico observable para cada participante en cada variable, a continuación se presentan los resultados.

Participante A

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 38 años de edad, con pareja, se dedica al hogar, su último grado de estudios es la secundaria trunca. Es originaria del Salvador y vive en la Ciudad de México desde hace más de 20 años, no cuenta con documentos personales y es dependiente económica de su pareja quién la visita de vez en cuando. Recibió el disgnóstico de VIH en enero del 2011, actualmente su carga viral es indetectable y el nivel de CD4 es de 280

Índice de consistencia del uso del condón.

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, es decir que alcanzó el nivel de funcionalidad (.95), dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica en cada una, es decir que después de la evaluación la participante permaneció en los niveles considerados de funcionalidad con respecto al uso consistente del condón.

Porcentaje de la habilidad del uso correcto del condón

En la pre-evaluación la participante ya mostró un porcentaje de la habilidad dentro del valor "C" considerado como funcional (86.6) que se mantuvo en la post-evaluación y aumentó en el segimiento a tres meses, no obstante dicho aumento no tuvo significacia clínica. Para la evaluación a seis meses hubo una disminución en el porcentaje de la habilidad (73. 3) que colocó el porcentaje de la habilidad fuera del valor "C" dicha disminución mostró significancia clínica, es decir la habilidad se considera como NO funcional

Negociación de un tema sobre sexualidad, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante aumentó en el porcentaje de la habilidad (66.6) y fue clínicamente significativo pero no alcanzó el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, para el segumiento a 3 meses el porcentaje de la habilidad volvió a aumentar (83.3) mostrando significancia clínica y alcanzando y superando el valor "C" establecido. Pero en la evaluación a 6 meses el porcentaje de la habilidad volvió a disminuir (66.6) quedando fuera del valor "C" establecido y mostrando significancia clínica, es decir que el porcentaje de la habilidad se considera como NO funcional.

Negociación de un tema sobre sexualidad, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumentó en el porcentaje de la habilidad (100) incluso llegando al porcentaje máximo y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, para el segumiento a 3 meses el porcentaje de la habilidad se mantuvo (100). Pero en la evaluación a 6 meses el porcentaje de la habilidad disminuyó (85) pero no quedo fuera del valor "C" establecido aunque mostró significancia clínica. Es decir que en la última evaluación el porcentaje de la habilidad se colocó dentro del parámetro establecido como funcional.

Negociación para el uso del condón, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante aumentó en el porcentaje de la habilidad (83.3) y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, para el segumiento a 3 meses el porcentaje de la habilidad se mantuvo (83.3). Pero en la evaluación a 6 meses el porcentaje de la habilidad disminuyó (66.6) quedando fuera del valor "C" establecido, dicha disminución mostró significancia clínica, es decir que el porcentaje de la habilidad se considera como NO funcional.

Negociación para el uso del condón, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumentó en el porcentaje de la habilidad (100) incluso llegando al porcentaje máximo y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, para el segumiento a 3 meses el porcentaje de la habilidad se mantuvo (100). Pero en la evaluación a 6 meses el porcentaje de la habilidad disminuyó (85) pero no quedo fuera del valor "C" establecido aunque mostrando significancia clínica, por lo tanto se puede decir que la habilidad permaneció en el nivel considerado como funcional.

Negociación en un tema NO sexual, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante aumento en el porcentaje de la habilidad (83.3) y fue clínicamente significativo alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, para el segumiento a 3 meses el porcentaje de la habilidad se mantuvo (83.3). En la evaluación a 6 meses el porcentaje de la habilidad disminuyó (66.6) mostrando significancia clínica, pero no quedo fuera del valor "C" establecido, es decir que el porcentaje de la habilidad se considera como NO funcional.

Negociación en un tema NO sexual, negociar y llegar a un acuero

En la post-evaluación la participante aumentó en el porcentaje de la habilidad (100) incluso llegando al porcentaje máximo y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, para el segumiento a 3 meses el porcentaje de la habilidad se mantuvo (100). Pero en la evaluación a 6 meses el porcentaje de la habilidad disminuyó (85) pero no quedo fuera del valor "C" y no mostró significancia clínica, por lo tanto se puede decir que la habilidad permaneció en el nivel considerado como funcional.

Violencia de pareja, emocional

En la post-evaluación el nivel de violencia aumentó (5.76) y este fue clinicamente significativo, para la evaluación de seguimiento a tres meses, el nivel de violencia volvio a aumentar (8.46) y también mostró significancia clínica, para la evaluación de seguimiento a 6 meses el nivel de violencia disminuyó mostrando significancia clínica, no obstante en ninguna de las evaluaciones se alcanzó el valor "C" establecido para señalar un grado de funcionalidad, es decir que el porcentaje de la habilidad se considera como NO funcional.

Violencia de pareja, económica

En la post-evaluación el nivel de violencia diminuyó (6.55) y esta fue clinicamente significativo, para la evaluación de seguimiento a tres meses, el nivel de violencia volvio a aumentar y alcanzó los niveles basales (8.28) y también mostró significancia clínica, para la evaluación de seguimiento a 6 meses el nivel de violencia disminuyó (6.48) mostrando significancia clínica, no obstante en ninguna de las evaluaciones se alcanzó el valor "C" establecido para señalar un grado de funcionalidad, es decir que el porcentaje de la habilidad se considera como NO funcional.

Tabla 18

Evaluación de resultados clínicos (ìndice de Cambio Confiable) de la participante A en los cuatro momentos de medición.

Variable	Pre Test	Post Test	Seguimiento a tres meses	Seguimiento a seis meses	Valor "C"	Comparaciones	CCO De Cardiel
Medidas de autoinforme del uso del condón							
Índice de consistencia del uso del condón	0.2	1	1	1	.95	Pre Post	0.4*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.4*
						Pre seg 6 meses	0.4*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Habilidades conductuales							
Uso correcto del condón (%)	86.6	86.6	93.3	73.3	83	Pre Post	0.00
						Post Seg 3 meses	0.08
						Pre Seg 3 meses	0.08
						Pre seg 6 meses	-0.15
						Post seg 6 meses	-0.15
						Seg 3 seg 6	-0.21*
Negociación en un tema sobre sexualidad							
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	41.6	66.6	83.3	66.6	70	Pre Post	0.60*
						Post Seg 3 meses	0.25*
						Pre Seg 3 meses	1.00*
						Pre seg 6 meses	0.60*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	-0.20*
Negociar y llegar a un acuerdo	30	100	100	85	58	Pre Post	2.33*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	2.33*
						Pre seg 6 meses	1.83*
						Post seg 6 meses	-0.15*
						Seg 3	-0.15

			Negociación para el uso del condón				
Iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón	33.3	83.3	83.3	66.6	69	Pre Post	1.50*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.50*
						Pre seg 6 meses	1*
						Post seg 6 meses	-0.20*
						Seg 3 seg 6	-0.20*
Negociar y llegar a un acuerdo	40	100	100	85	73	Pre Post	1.5*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.5*
						Pre seg 6 meses	1.12*
						Post seg 6 meses	-0.15
						Seg 3 seg 6	-0.15
			Negociación en un tema NO sexual				
Iniciar y mantener una conversación sobre algún conflicto en la relación de pareja	24.9	83.3	83.3	66.6	61	Pre Post	2.34*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	2.34*
						Pre seg 6 meses	1.67*
						Post seg 6 meses	-0.20*
						Seg 3 seg 6	-0.20*
Negociar y llegar a un acuerdo	42.5	100	100	85	82	Pre Post	1.35*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.35*
						Pre seg 6 meses	1*
						Post seg 6 meses	-0.15
						Seg 3 seg 6	-0.15
			Violencia de pareja				
Violencia emocional	4.75	5.76	8.46	5.25	2.06	Pre Post	0.21*
						Post Seg 3 meses	0.78*
						Pre Seg 3 meses	0.47*
						Pre seg 6 meses	0.10
						Post seg 6 meses	-0.08
						Seg 3 seg 6	-0.37*
Violencia económica	8.28	6.55	8.28	6.48	-012	Pre Post	-0.20*

	Post Seg 3 meses	0.20*
	Pre Seg 3 meses	0
	Pre seg 6 meses	-0.21*
	Post seg 6 meses	-0.01
	Seg 3 seg 6	-0.21*

Participante B

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 41 años de edad, vive en unión libre, se dedica al hogar y es comerciante informal, su último grado de estudios es la secundaria completa. Es originaria de la Ciudad de México. Recibió el disgnóstico de VIH en septiembre del 2002, actualmente su carga viral es indetectable.

Índice de consistencia del uso del condón.

En la post-evaluación, se reflejó un aumento mínimo en la consistencia (0.4). Para el seguimiento a tres meses el índice de consistencia disminuyó (0.32) y fue clínicamente significativa. En el seguimiento a 6 meses se mantuvo el índice de consistencia. En ninguna de las evaluaciones la participante alcanzó el valor "C" establecido, es decir, no alcanzó el nivel de funcionalidad establecido.

Porcentaje de la habilidad del uso correcto del condón

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad de 93.3, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, dicho de otra forma, la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 83.3, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 85, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 83.2, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 85, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 99.9, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumento en el porcentaje de la habilidad (100) incluso llegando al porcentaje máximo y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor “C” establecido para considerarse valor funcional, dicho cambio se mantuvo en las

evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Violencia de pareja, emocional

En la post-evaluación el nivel de violencia disminuyó (1.81) alcanzando el cambio clínico establecido, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento, estos cambios no tuvieron significancia clínica, no obstante se considera que la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Violencia de pareja, económica

La participante no mostró niveles de violencia en ninguna medición, siempre estuvo dentro de los niveles considerados funcionales.

Tabla 19

Evaluación de resultados clínicos (Índices de Cambio Confiable) de la participante B en los cuatro momentos de medición.

Variable	Pre Test	Pos Test	Seguimiento a tres meses	Seguimiento a seis meses	Valor "C"	Comparaciones	CCO De Cardiel
Medidas de autoinforme del uso del condón							
Índice de consistencia en el uso del condón	0.36	0.4	0.32	0.32	.95	Pre Post	-0.02
						Post Seg 3 meses	-0.2*
						Pre Seg 3 meses	-0.21*
						Pre seg 6 meses	-0.21*
						Post seg 6 meses	-0.2*
						Seg 3 seg 6	0
Habilidades conductuales							
Uso correcto del condón (%)	73.3	93.3	93.3	93.3	83	Pre Post	0.27*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.27*
						Pre seg 6 meses	0.27*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociación en un tema sobre sexualidad							
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	49.9	83.2	83.2	83.2	70	Pre Post	0.66*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.66*
						Pre seg 6 meses	0.66*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	75	85	85	85	58	Pre Post	10.3*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	10.3*
						Pre seg 6 meses	10.3
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0

			Negociación para el uso del condón				
Iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón	49.95	83.2	83.2	83.2	69	Pre Post	0.66*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.66*
						Pre seg 6 meses	0.66*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	70	85	85	85	73	Pre Post	0.21*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.21*
						Pre seg 6 meses	0.21*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
			Negociación en un tema NO sexual				
Iniciar y mantener una conversación sobre algún conflicto en la relación de pareja	49.9	99.9	99.9	99.9	61	Pre Post	1.00*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.00*
						Pre seg 6 meses	1.00*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	40	100	100	100	82	Pre Post	1.5*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.5*
						Pre seg 6 meses	1.5*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
			Violencia de pareja				
Violencia emocional	2.07	1.81	1.81	1.81	2.06	Pre Post	-0.13
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	-0.13
						Pre seg 6 meses	-0.13
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Violencia económica	0	0	0	0	-0.12	Pre Post	0

	Post Seg 3 meses	0
	Pre Seg 3 meses	0
	Pre seg 6 meses	0
	Post seg 6 meses	0
	Seg 3 seg 6	0

Participante C

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 53 años de edad, es viuda, se dedica al activismo en el área del VIH en diferentes asociaciones civiles, su último grado de estudios es la licenciatura completa. Es originaria de la Ciudad de México. Recibió el disgnóstico de VIH en mayo del 2013, actualmente su carga viral es indetectable y el nivel de CD4 es de 601.

Índice de consistencia del uso del condón.

En la post evaluación el índice aumento (.95), mostrando significancia clínica y alcanzando el valor clínico establecido. Para el seguimiento a tres meses el índice de consistencia se mantuvo (0.95), es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad. En el seguimiento a 6 meses no se registro dato, pues la participante dejo de tener pareja.

Porcentaje de la habilidad del uso correcto del condón

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 99.9, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de

seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 99.9, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 99.9, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumento en el porcentaje de la habilidad (100) incluso llegando al porcentaje máximo y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Violencia de pareja, emocional

En la post-evaluación el nivel de violencia disminuyó (0.32) alcanzando el cambio clínico establecido y la significacia clínica, para la evaluación de seguimiento a los 3 meses esta aumento (3.25) dejando dicho nivel fuera del cambio clínico establecido mostrando significancia clínica. Para la evaluación de seguimiento a los 6 meses disminuyó y aunque fue significativamente clínico no alcanzó el cambio clínico establecido, es decir, en la última medición la habilidad NO esta considerada dentro de los niveles de funcionalidad.

Violencia de pareja, económica

En la post-evaluación el nivel de violencia disminuyó a cero y fue clínicamente significativo, además alcanzo el cambio clínico establecido, no obstante el la evaluación de seguimiento a los 3 meses el nivel de violencia aumentó (4.39) incluso más que en el nivel basal dejandolo fuera del cambio clínico establecido, para el seguimiento a 6 meses la violencia continuó en aumento, este mostró significancia clínica. En la última medición la habilidad NO esta considerada dentro de los niveles de funcionalidad.

Tabla 20

Evaluación de resultados clínicos (Índices de Cambio Confiable) de la participante C en los cuatro momentos de medición.

Variable	Pre Test	Pos Test	Seguimiento a tres meses	Seguimiento a seis meses	Valor "C"	Comparaciones	CCO De Cardiel
Medidas de autoinforme del uso del condón							
Índice de consistencia en el uso del condón	0.5	.95	.95	Sin dato	.95	Pre Post	0.2*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	-.9*
						Pre seg 6 meses	--
						Post seg 6 meses	--
						Seg 3 seg 6	--
Habilidades conductuales							
Uso correcto del condón (%)	66.6	100	100	100	83	Pre Post	0.50*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.50*
						Pre seg 6 meses	0.50*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociación en un tema sobre sexualidad							
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	66.6	99.9	99.9	99.9	70	Pre Post	0.5*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.5*
						Pre seg 6 meses	0.5*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	25	100	100	100	58	Pre Post	.3*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	.3*
						Pre seg 6 meses	.3*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0

			Negociación para el uso del condón				
Iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón	58.25	99.9	99.9	99.9	69	Pre Post	0.71*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.71*
						Pre seg 6 meses	0.71*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	45	100	100	100	73	Pre Post	1.2*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.08*
						Pre seg 6 meses	1.08*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
			Negociación en un tema NO sexual				
Iniciar y mantener una conversación sobre algún conflicto en la reación de pareja	41.6	99.9	99.9	99.9	61	Pre Post	1.40*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.40*
						Pre seg 6 meses	1.40*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	65	100	100	100	82	Pre Post	0.53*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.53*
						Pre seg 6 meses	0.53*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
			Violencia de pareja				
Violencia emocional	1.92	0.32	3.25	2.25	2.06	Pre Post	-0.83*
						Post Seg 3 meses	9.15*
						Pre Seg 3 meses	0.69*
						Pre seg 6 meses	0.175
						Post seg 6 meses	6.05*
						Seg 3 seg 6	-0.30*
Violencia económica	2.19	0	4.39	6.48	-0.12	Pre Post	-1

	Post Seg 3 meses	0
	Pre Seg 3 meses	1.00*
	Pre seg 6 meses	1.95*
	Post seg 6 meses	0
	Seg 3 seg 6	0.47*

Participante D

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 34 años de edad, vive e unión libre, se dedica al hogar, su último grado de estudios es preparatoria completa. Es originaria de la Ciudad de México. Recibió el disgnóstico de VIH en abril del 2016, actualmente su carga viral es indetectable.

Índice de consistencia del uso del condón.

En la post-evaluación la participante alcanzó el nivel máximo del índice de consistencia del uso del condón (1) superando así el cambio clínico establecido, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica en cada una, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Porcentaje de la habilidad del uso correcto del condón

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 99.9, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación el porcentaje de la habilidad aumento (88) superando el cambio clínico establecido y mostrando significancia clínica, para las evaluaciones de suimientos a los 3 y 6 meses la habilidad aumento llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un el 100, mostrando significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación se mostró un aumento en la habilidad (66.7) mostrando significacncia clínica, pero no alcanzó el cambio clínico establecido, para las evaluaciones de seguimiento a los 3 meses aumento la habilidad (99.9), dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además de significancia clínica alcanzar el nivel establecido del cambio clínico, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 83.3, dicho cambio mostro significancia clínica. Para la evaluación de seguimiento de los 3 meses la habilidad aumento aún más (99.9), mostrando

significancia clínica, el cambio se mantuvo en la evaluación de seguimiento de los 6 meses, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumento en el porcentaje de la habilidad (100) incluso llegando al porcentaje máximo y fue clínicamente significativo, alcanzando y superando el valor "C" establecido para considerarse valor funcional, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Violencia de pareja, emocional

En la post-evaluación el nivel de violencia aumentó (4.53) dicho cambio mostró significancia clínica, este valor se mantuvo en las mediciones de seguimiento, es decir la violencia emocional permanecio dentro de los niveles de NO funcionalidad en toda la intervención.

Violencia de pareja, económica

En la post-evaluación el nivel de violencia disminuyó (1.54) dicho cambio mostró significancia clínica pero no fue suficiente parra alcanzar la significancia clínica, este valor se mantuvo en las mediciones de seguimiento, es decir el nivel de violencia posicionó a la participante como NO funcional.

Tabla 21.

Evaluación de resultados clínicos (índices de cambio confiable) de la participante D en los cuatro momentos de medición.

Variable	Pre Test	Post Test	Seguimiento a tres meses	Seguimiento a seis meses	Valor "C"	Comparaciones	CCO De Cardiel
Medidas de autoinforme del uso del condón							
Índice de consistencia en el uso del condón	.2	1	1	1	.95	Pre Post	4*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0
						Pre seg 6 meses	0
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Habilidades conductuales							
Uso correcto del condón (%)	40	100	100	100	83	Pre Post	1.50*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	1.50*
						Pre seg 6 meses	1.50*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociación en un tema sobre sexualidad							
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	50	99.9	99.9	99.9	70	Pre Post	0.99*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.99*
						Pre seg 6 meses	0.99*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociar y llegar a un acuerdo	50	88	100	100	58	Pre Post	.76*
						Post Seg 3 meses	0.13
						Pre Seg 3 meses	2.55*
						Pre seg 6 meses	2.55*
						Post seg 6 meses	0.13
						Seg 3 seg 6	0
Negociación para el uso del condón							

Iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón	16.7	66.7	99.9	99.9	69	Pre Post Post Seg 3 meses Pre Seg 3 meses Pre seg 6 meses Post seg 6 meses Seg 3 seg 6	2.99* 0.49* 4.98* 4.98* 0.49* 0
Negociar y llegar a un acuerdo	35	100	100	100	73	Pre Post Post Seg 3 meses Pre Seg 3 meses Pre seg 6 meses Post seg 6 meses Seg 3 seg 6	1.85* 0 1.85* 1.85* 0 0
			Negociación en un tema NO sexual				
Iniciar y mantener una conversación sobre algún conflicto en la relación de pareja	49.9	83.3	99.9	99.9	61	Pre Post Post Seg 3 meses Pre Seg 3 meses Pre seg 6 meses Post seg 6 meses Seg 3 seg 6	0.66* 0.19 1.00* 1.00* 0.19 0
Negociar y llegar a un acuerdo	80	100	100	100	82	Pre Post Post Seg 3 meses Pre Seg 3 meses Pre seg 6 meses Post seg 6 meses Seg 3 seg 6	0.25* 0 0.25* 0.25* 0 0
			Violencia de pareja				
Violencia emocional	4.7	4.53	4.53	4.53	2.06	Pre Post Post Seg 3 meses Pre Seg 3 meses Pre seg 6 meses Post seg 6 meses Seg 3 seg 6	-0.035* 0 -0.035* -0.035* 0 0
Violencia económica	2	1.54	1.54	1.54	-0.12	Pre Post Post Seg 3 meses	-0.25* 0

	Pre Seg 3 meses	-0.25*
	Pre seg 6 meses	-0.25
	Post seg 6 meses	0
	Seg 3 seg 6	0

Participante E

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 40 años de edad, vive en unión libre, se dedica al hogar, su último grado de estudios es la secundaria completa. Es originaria de la Ciudad de México. Recibió el disgnóstico de VIH en noviembre del 2017, actualmente su carga viral es indetectable y el nivel de CD4 es de 198.

Índice de consistencia del uso del condón.

En la post-evaluación la participante alcanzó el nivel máximo del índice de consistencia del uso del condón (1) superando así el cambio clínico establecido, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica en cada una, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Porcentaje de la habilidad del uso correcto del condón

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento mostrando además significancia clínica, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación de un tema sobre sexualidad, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación el porcentaje de la habilidad aumentó (66.7) y fue significativamente clínico pero no alcanzó el cambio clínico establecido. Para la evaluación de seguimiento a 3 meses, el porcentaje de habilidad aumento (99.9) y fue significativamente clínico, alcanzó y superó el cambio clínico establecido. Para la evaluación de seguimiento de 6 meses hubo

una disminución (83.2) del porcentaje de la habilidad que no fue significativo y no salio del cambio clínico establecido, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad..

Negociación de un tema sobre sexualidad, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación el porcentaje de la habilidad aumentó (94.6) superando el cambio clínico establecido y mostrando significancia clínica, para la evaluación de seguimiento a los 3 meses la habilidad aumentó aún más (97) y fue significativamente clínico. Para la evaluación de seguimiento a los 6 meses dimunuyó el porcentaje de la habilidad (75) mostrando significancia clínica pero siguió dentro del cambio clínico establecido, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación el porcentaje de la habilidad aumentó (83.3) superando el cambio clínico establecido y mostrando significancia clínica, para la evaluación de seguimiento a los 3 meses la habilidad aumento aún más (99.9) y fue significativamente clínico. Para la evaluación de seguimiento a los 6 meses dimuniyó el porcentaje de la habilidad (83.2) mostrando significancia clínica pero siguió dentro del cambio clínico establecido, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación para el uso del condón, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumento el porcentaje de la habilidad (75), superando así el cambio clínico establecido y mostrando significacncia clínica, para la evaluación se seguimiento a 3 meses, la participante aumento nuevamente el porcentaje de la habilidad llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100 y mostró significancia clínica. Para la evaluacioón de seguimiento a los 6 el porcentaje de la habilidad disminuyó, mostrando significancia clínica, no obstante no

salío del cambio clínico establecido, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, habilidad de iniciar y mantener una conversación

En la post-evaluación la participante superó el cambio clínico establecido, alcanzó un porcentaje de la habilidad de 83.2, dicho cambio mostró significancia clínica. Para la evaluación de seguimiento de los 3 meses la habilidad aumento aún más (99.9), mostrando significancia clínica. Para la evaluación se seguimiento a 6 meses la participante diminuyó el porcentaje de la habilidad (83.2), este fue clínicamente significativo, pero no salió del nivel del cambio clínico significativo, es decir la habilidad permaneció en los niveles considerados de funcionalidad.

Negociación en un tema NO sexual, negociar y llegar a un acuerdo

En la post-evaluación la participante aumento el porcentaje de la habilidad (85), superando así el cambio clínico establecido y mostrando significacncia clínica, para la evaluación se seguimiento a 3 meses, la participante aumentó nuevamente el porcentaje de la habilidad llegando al porcentaje máximo de la habilidad, es decir que alcanzó un porcentaje de la habilidad del 100 y mostró significancia clínica. Para la evaluación de seguimiento a los 6 el porcentaje de la habilidad disminuyó (75), mostrando significancia clínica y saliendo del nivel de cambio clínico establecido, es decir, en la última medición la habilidad NO esta considerada dentro de los niveles de funcionalidad.

Violencia de pareja, emocional

En la post-evaluación el nivel de violencia disminuyó (1.75) alcanzando el nivel para ser considerado dentro del cambio clínico establecido además mostró significancia clínica. En la evaluación de seguimiento a 3 meses el nivel de violencia vlvio a disminuir (1.07) dicho cambio también mostró significancia clínica. Para la evaluación de seguimiento a los 6

meses, el nivel de violencia aumentó (2.33) y presentó significacia clínica, así mismo quedó fuera del mínimo requerido para ser considerado dentro del cambio clínico establecido, es decir, en la última medición la habilidad NO esta considerada dentro de los niveles de funcionalidad.

Violencia de pareja, económica

En la post-evaluación el nivel de violencia disminuyó (1.03) mostró significancia clínica pero no alcanzó el puntaje necesario para considerar un cambio clínico. En la evaluación de seguimiento a 3 meses el nivel de violencia volvio a disminuir (0) dicho cambio también mostró significancia clínica y se colocó dentro del puntaje establecido para considerarlo como cambio clínico significativo. Para la evaluación de seguimiento a los 6 meses, el nivel de violencia aumentó (2.23) y presentó significacia clínica, así mismo quedando nuevamente fuera del mínimo requerido para ser considerado dentro del cambio clínico establecido, es decir, en la última medición la habilidad NO esta considerada dentro de los niveles de funcionalidad.

Tabla 22

Evaluación de resultados clínicos (índices de cambio confiable) de la participante E en los cuatro momentos de medición.

Variable	Pre Test	Post Test	Seguimiento a tres meses	Seguimiento a seis meses	Valor "C"	Comparaciones	CCO De Cardiel
Medidas de autoinforme del uso del condón							
Índice de consistencia en el uso del condón	0	1	1	1	.95	Pre Post	4*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0
						Pre seg 6 meses	0
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Habilidades conductuales							
Uso correcto del condón (%)	66.6	100	100	100	83	Pre Post	0.50*
						Post Seg 3 meses	0
						Pre Seg 3 meses	0.50*
						Pre seg 6 meses	0.50*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	0
Negociación en un tema sobre sexualidad							
Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	51.99	66.7	99.9	83.2	70	Pre Post	0.28*
						Post Seg 3 meses	0.49*
						Pre Seg 3 meses	0.92*
						Pre seg 6 meses	0.60*
						Post seg 6 meses	0.24*
						Seg 3 seg 6	-0.16
Negociar y llegar a un acuerdo	41	94.6	97	75	58	Pre Post	1.30*
						Post Seg 3 meses	0.02
						Pre Seg 3 meses	1.36*
						Pre seg 6 meses	0.82*
						Post seg 6 meses	-0.20*
						Seg 3 seg 6	-0.22*

			Negociación para el uso del condón				
Iniciar y mantener una conversación sobre el uso del condón	39.54	83.3	99.9	83.2	69	Pre Post	1.10*
						Post Seg 3 meses	0.19
						Pre Seg 3 meses	1.52*
						Pre seg 6 meses	1.10*
						Post seg 6 meses	-0.001
						Seg 3 seg 6	-0.16
Negociar y llegar a un acuerdo	47.4	75	100	75	73	Pre Post	0.57*
						Post Seg 3 meses	0.33*
						Pre Seg 3 meses	1.10*
						Pre seg 6 meses	0.57*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	-0.25*
			Negociación en un tema NO sexual				
Iniciar y mantener una conversación sobre algún conflicto en la relación de pareja	41.54	83.2	99.9	83.2	61	Pre Post	1.00*
						Post Seg 3 meses	0.20*
						Pre Seg 3 meses	1.40*
						Pre seg 6 meses	1.00*
						Post seg 6 meses	0
						Seg 3 seg 6	-0.16
Negociar y llegar a un acuerdo	85	85	100	75	82	Pre Post	0
						Post Seg 3 meses	0.17
						Pre Seg 3 meses	0.17
						Pre seg 6 meses	-0.11
						Post seg 6 meses	-0.11
						Seg 3 seg 6	-0.25*
			Violencia de pareja				
Violencia emocional	3.36	1.75	1	2.33	2.06	Pre Post	-0.04
						Post Seg 3 meses	-0.68*
						Pre Seg 3 meses	-0.39*
						Pre seg 6 meses	-0.30*
						Post seg 6 meses	0.33*
						Seg 3 seg 6	1.17*
Violencia económica	3.13	1	0	2.27	-0.12	Pre Post	-0.67*

	Post Seg 3 meses	-1*
	Pre Seg 3 meses	-1*
	Pre seg 6 meses	-0.27*
	Post seg 6 meses	1.20*
	Seg 3 seg 6	-0.27*

Integridad del tratamiento

Un psicólogo previamente capacitado en la intervención, registró las actividades que el terapeuta cumplió, se basó en lo descrito en el manual de terapeuta. Para los componentes donde se entrenaba en alguna habilidad, el psicólogo evaluador, observó videos que se grabaron durante la sesión para completar el registro. En las tablas 23 a 28 se muestra la frecuencia de la presencia de la actividad evaluada en las participantes durante cada una de las sesiones, incluyendo la entrevista inicial y la evaluación individual.

Tabla 23

Entrevista inicial y evaluación individual

Actividades a realizar por el terapeuta	Presencia N (%)
Material completo	5 (100)
Primer acercamiento con las participantes	5 (100)
Aplicación de los instrumentos	5 (100)
Cumplimiento del tiempo para cada actividad	5 (100)

Tabla 24

Sesión 1

Actividades a realizar por el terapeuta	Presencia N(%)
Material completo	5 (100)
Describir a las participantes el contenido de la intervención	
Realización de técnica de integración	
Establecer las reglas de la intervención	
Introducción al tema de VIH y SIDA	
Introducción al tema de reinfección y otras ITS	
Introducción al tema de sexualidad mediante cinco dinámicas.	

Aplicación de cuestionario para identificar temas que no quedaron claros	
Cierre de sesión	
Total	

Tabla 25

Sesión 2

Actividades a realizar por el terapeuta	Presencia N (%)
Material completo	5(100)
Bienvenida y registro de participantes	
Repaso de la sesión anterior y resolución de dudas	
Información sobre la técnica del uso correcto del condón masculino (video)	
Modelado de la técnica del uso correcto del condón masculino (video)	
Juego de roles de la técnica del uso correcto del condón (uso de pene de enseñanza)	5(100)
Retroalimentación correctiva	5(100)
Transferencia del conocimiento: proporcionar condones para practicar en casa	5(100)
Cierre de sesión	

Tabla 26

Sesión 3

Actividades a realizar por el terapeuta	Presencia N(%)
Material completo	5 (100)
Bienvenida y registro de participantes	
Resumen de la sesión anterior	

Revisión de la tarea de la sesión 2	
Identificación de pensamientos desadaptativos: ejemplos	
Dinámica para identificar pensamientos	
Dinámica para generar nuevos pensamientos	
Dinámica para anticipar respuestas de la pareja	
Transferencia del conocimiento. Tarea en casa: practicar reestructuración cognitiva	
Cierre de sesión	

Tabla 27

Sesión 4

Actividades a realizar por el terapeuta	Presencia N (%)
Material completo	5(100)
Bienvenida y registro de participantes	
Resumen de la sesión anterior	
Revisión de la tarea de la sesión 3	
Dinámica: preparando mi carrera	
Información sobre los conceptos generales de la habilidad de negociación del uso del condón (video)	
Modelado de la habilidad de negociación del uso del condón (video)	
Practicar la habilidad de negociar el uso del condón: Juego de roles	5 (100)
Retroalimentación correctiva	5 (100)
Transferencia del conocimiento: practicar negociación del uso del condón con la pareja	
Cierre de sesión	X

Tabla 28

Sesión 5

Actividades a realizar por el terapeuta	Presencia N (%)
1. Material completo	5 (100)
2. Bienvenida y registro de participantes	
3. Resumen de la sesión anterior	
4. Revisión de la tarea de la sesión 4	
5. Introducción a los temas conflicto y violencia de pareja	
6. Dinamica: violentometro	
6.Técnica de negociación para resolver conflictos de pareja mediante juego de roles	5 (100)
7.Retroalimentación correctiva	5 (100)
8.Transferencia del conocimiento: poner en práctica lo aprendido.	
9.Cierre de la sesión	X

Satisfacción del tratamiento.

Por último se muestra el análisis descirptivo grupal de los datos para evaluar la satisfaccón con el tratamiento, tambien se categorizaron las opiniones y sugerencias realizada a la intervención.

Tabla 29

Satisfacción del tratamiento

Pregunta	**%**
¿Qué tan satisfecho está con el tratamiento recibido?	94
¿Le recomendaría este tratamiento a algún amigo o familiar que tuviera la misma problemática?	86
¿Cree que el tratamiento ha sido útil en su caso?	96

¿Cree que el tratamiento le ha resultado aversivo o difícil de llevar?	0

A continuación se muestran algunos de los discursos de las participantes al conlcuir la intervención.

Tabla 30

Reporte verbal de las participantes acerca de las habilidades adquiridas durante la intervención

Todas las participantes consideraron que las habilidades aprendidas en la intervención les pueden ayudar a resolver conflictos con su pareja. Algunas de las habilidades que refieren son las siguientes:
Aceptar el uso del condón Dialogar y no quedarse con lo que se quiere decir Mejorar la comunicación
Comentarios sobre el tratamiento, en sus palabras:
"El tratamiento fue muy productivo y oportuno, de mucha ayuda para mi porque en la mayoría lo desconocía." "Todo bien y ampliar los temas y las sesiones." "Tanto yo como mi pareja nos dimos cuenta de que ya hablámos mas sin discutir" "Cada que tenía relaciones sexuales con mi pareja, me sentía muy culpable, pensaba que podía infectarlo, desde que tome el taller, lo disfruto sin culpa y cuidándome"

Discusión

Esta investigación persiguió dos objetivos principales, el primero de ellos fue evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual, dirigida al entrenamiento en habilidades de negociación del condón. La intervención fue dirigida a mujeres con VIH que presenaban inconsistencia en el uso del condón y se pretendió aumentar la frecuencia de su uso no sólo con las habilidades de negociación e instruyendo en la técnica correcta del uso del condón (que las participantes supieran utilizarlo efectivamente) sino incidiendo en un componente cognitivo, es decir, la identificación de pensamientos desadaptativos que obstaculizan la negociación con la pareja y la generación de pensamientos más adaptativos.

Los resultados analizados indican que la estrategia de intervención resultó importante para todas las habilidades conductuales evaluadas (técnica del uso correcto del condón, habilidad de comunicación sobre un tema de sexualidad, habilidad de negociación para el uso del condón, habilidad de negociación en un tema que generó conflicto con la pareja, NO sexual) y para el componente cognitivo (identificación de pensamientos que obstaculizaban la negociación del uso del condón).

En cuanto a la técnica del uso del condón, todas las participantes mostraron una mejoría significativamente clínica en la ejecución de la técnica después de la intervención. Las participantes B, C, D y E lograrón ejecutar la técnica de la colocación del condón perfectamente, es decir realizando de manera correcta cada uno de los pasos que conforman esta técnica. Estos resultados son similares a los obtenidos por Robles, et al., (2006) donde reportaron que el porcentaje de aciertos de la técnica del uso del condón aumentó en un

100% en los 31 sujetos (10 hombres y 21 mujeres) que recibieron la intervención sobre habilidad sexual asertiva.

Tras el análisis del componente cognitivo, se identificó que efectivamente las mujeres suelen vivir con pensamientos respecto a su sexualidad que como bien lo explica Herrera y Campero (2002) se basan en las tradicionales normas Mexicanas de conducta que rigen las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, donde se favorecen las relaciones de poder y las mujeres suelen estar en desventaja en cuanto a derechos y libertades.

Los pensamientos identificados por las participantes como obstáculo para la comunicación con su pareja sobre temas de sexualidad tenían que ver por un lado con cumplir con la obligación de complacer a la pareja aún a costa del sacrificio del propio deseo o voluntad, tal y como Barroso, et al., (2008) lo explica en su modelo de feminidad sexual, donde hace referencia a la pasividad de la mujer en la toma de decisiones sobre la sexualidad. Por otro lado se encuentra el temor a ser cuestionadas y juzgadas al hablar sobre sus deseos en el área sexual. Así mismo lo explica un estudio, donde se concluyó que mujeres que discuten sus deseos sexuales y toman decisiones basadas en sus propias necesidades corren el riesgo de ser etiquetadas como *"zorras"* (Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe & Thompson, 1990).

Vale la pena mencionar que la identificación de pensamientos respecto a la comunicación en temas de sexualidad fue complicada en un inicio, pues los pensamientos han estado presentes durante mucho tiempo, además han sido reforzados social y constantemente favoreciendo la normalización de los mismos, pero tener una lista previamente diseñada y añadida al manual de la participante, donde se enlistan aquellos argumentos referidos para

no usar el condón (argumentos tomados de artículos de investigación) así como una posible respuesta racional ante cada argumento fue de gran utilidad para facilitar el ejercicio.

En cuanto a la habilidad de comunicación, todas las participantes la ejecutaron de manera correcta, es decir, aprendieron a iniciar y a mantener una conversación así como a negociar y llegar a un acuerdo. La habilidad la practicaron con tres temas: sexualidad; negociación del uso del condón y algún conflicto de pareja No sexual. Estos resultados son congruentes con los reportados por diversos autores donde se concluye el éxito de la intervención dirigida a la asertividad sexual (Wechsberg, et al., 2010; Santos-Iglesias & Sierra, 2009; Robles, et al., 2006). No obstante los estudios mencionados han dirigido la intervención a población NO clínica, por ejemplo estudiantes universitarios, de tal manera que esta intervención demuestra la utilidad de la intervención en mujeres con VIH.

Es relevante mencionar que para evaluar la habilidad de comunicación en el tema sobre sexualidad, se les pidió a las participantes que escribieran aquellos puntos que han sido un conflicto con su pareja relacionados a dicha área. Los puntos abordados fueron los siguientes:

- *desear mayor preambulo y erotización antes de iniciar la penetración;*
- *más frencuencia de las relaciones sexuales;*
- *respeto cuando No se desea tener actividad sexual y*
- *conocer la opinión de la pareja sobre el estado seropositivo de la participante*.

Vale la pena mencionar que la participante “E” experimentaba culpa cada que tenía relaciones sexuales, pues su pareja no tiene VIH y la participante tenía miedo de infectarlo,

después de la intervención, la participante conoció sobre el método de prevención y empleando la técnica de negociación, habló con su pareja sobre su preocupación y sobre los métodos que debían cumplir para evitar la transmisión de VIH, al término de la intevrención la participante comentó que *ya no experimentaba culpa al tener relaciones sexuales con su pareja y que ahora se sentía más segura para poder abordar diferentes temas relacionados a la sexualidad con su pareja.* Al respecto se puede concluir que la participante se empoderó a partir de la intervención, *se entiende por empoderar al proceso que permite que la mujer adquiera todo tipo de herramintas permitiendo así asumir un rol activo tanto a nivel personas como social* y consiste reforzar la autoconfianza, seguridad y poder para tomar decisiones, para resolver problemas y para organizarse y cambiar situaciones que las afecten directa o indirectamente (León, 1997).

Continuando con la habilidad de comunicación, a conitnuación se discute sobre los resultados de la participante "A", pues fue quien menos se vió beneficiada. Aunque aprendió y fortaleció la habilidad de comunicación, en la evaluación de seguimiento dicha habilidad disminuyó, es decir no logró iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y sobre el uso del condón, al respecto es importante hablar de las características socieconómicas y culturales de la participante, es originaria del Salvador (país subdesarrollado), tiene 20 años viviendo en México sin ningún familiar cerca, no cuenta con seguridad social, su nivel educativo es primaria inconclusa y económicamente depende totalmente de su pareja en México, quién tambien tiene VIH. Dichas condiciones colocan a la participante en una sitúción denóminada "vulnerabilidad acumuada" es decir, cada una de las características antes descritias favorecen la inequidad y desigualdad social, que podrían estar influyendo negativamente en el desarrollo e implementación de la habilidad de comunicación (Herrera & Campero, 2002). Así lo refiere la participante al cuestionarle

si había podido practicar la técnica de comunicación en casa con su pareja:

> *"NO, no la he practicado, cada que lo intento, él dice que se irá y ya no regresará más y pues yo no tengo a nadie que me ayude si él no me da dinero, prefiero ya mejor no decirle nada".*

Como parte del éxito del aprendizaje estructurado (técnica empleada para enseñar la habilidad de negociación), es necesario prácticar la habilidad aprendida en escenario reales, de lo contrario puede extigirse o no formalizar el conocimiento adquirido, tal parece que la violencia económica y emocional ejecida por la pareja de la participante, limitó la práctica de la técnica, de manera que 6 meses después de la intervención disminuyó la misma (Roth, 1986).

Como parte del protocolo de este estudio, la participante "A" fue referida a dos insitituciones donde le pueden ofrecer la ayuda instrumental y emocional para abordar el conflicto antes expuesto, no obstante la participante decidió empezar un proceso psicológico en la Clínica Especializada Condesa con pasantes de la universidad la Salle de la Ciudad de México.

Siguiendo en la línea de la habilidade de comunicación, la participante "E" mostró desde la pre-evaluación la capacidad requerida para negociar y llegar a un acuerdo en conflictos de pareja No sexuales, sin embargo en la última evaluación dicha capacidad disminuyó hasta llegar a no ser funcional. Al respecto la participante comentó que *desde hacía un mes, habia intentado solucionar un conflicto con su pareja sin tener éxito.* Posterior a externar el motivo de discusión, la participante cayó en cuenta que la solución que estaba proponiendo, no dependía ni de ella ni de su pareja y que era necesario buscar otras conclusiones en

donde si tuvieran injerencia. Tal parece que después de intentar negociar con su pareja sin tener éxito, hizo que abandonará la práctica de la técnica y pudo pasar lo mismo que en la particpante "A", disminuyó el aprendizaje previamente adquirido (Roth, 1986).

Ahora bien, respondiendo más puntualmente al primer objetivo planteado, se puede concluir que la intervención resultó importante para favorecer la consistencia del uso del condón, incluso tres de ellas cumplieron con el uso del condón en todas sus relaciones sexuales, estos datos son similares a los presentados por diversos estudios, donde explican como las intervenciones diseñadas y orientadas hacía la asertividad sexual y /o la negociación sobre temas de sexualidad son exitosas en la consistencia del uso del condón (Santos-Iglesias & Sierra,2010; Robles, et al., 2006; Wechsberg, et al., 2010), aunque nuevamente es importante mencionar que ninguna de las investigaciones ha incluido a mujeres con VIH en sus intervenciones. Esto toma relevante importancia pues el uso del condón determina en gran medida si se esta teniendo o no un impacto en la reducción de riego (Fishbein & Pequegnat, 2000; Geary, et al., 2003). Esto es, las mujeres están reduciendo en gran medida la posibilidad de adquirir una ITS o una reinfección por VIH que podría comprometer su calidad de vida.

La consistencia del uso del condón de la participante "B" fue bajo desde la primer evaluación y se mantuvo así hasta las evaluaciones de seguimiento. En contadas ocasiones la participante refirió *no estar de acuerdo con el uso del condón pues la sensibilidad disminuía y no era disfrutable el acto sexual y además confiaba plenamente en su pareja actual, por lo tanto no era necesario protegerse porque él estaba únicamente con ella sexualmente*. En este sentido se puede observar que la decisión de no utilizar el condón era de la mujer participante y no dependía de convencer o negociar con la pareja. Estos datos se

asemejan a los explicados por Kendall, et al., (2015) en un estudio donde describe las prácticas de uso del condón en 55 mujeres mexicanas con VIH y explica que entre las mujeres que no lograron el uso consistente persistían discursos que relacionan el preservativo con la infidelidad y el sexo no protegido con una muestra de amor y de "seriedad" en la relación, de tal manera que la idea de que el condón sólo es necesario cuando la pareja no es monógama sigue siendo una barrera para su uso. Considerando este resultado, la evaluación del deseo del uso del condón tendrá que incluirse en las medición pre-intervención, pues el hecho de que se reporte no deseal usar el condón inclusive con consciencia e información sobre los benefición del mismo, apunta a una mujer empoderada que muy probablemente no se beneficie por la intervención.

El segundo objetivo planteado en este estudio fue evaluar la generalización de la habilidad de negociación adquirida inicialmente para el uso del condón, a la habilidad de negociación de otros conflictos de pareja que pudieran desescadenar en violencia de pareja leve.

Como se ha descrito a lo largo de la discusión, las mujeres desarrollaron la habilidad de comunicación en diferentes temas, incluso en aquellos No sexuales pero que si han sido motivo de conflicto en pareja, no obstante, esto no fue suficiente para disminuir los niveles de violencia emocional ni económica en las mujeres. Dicho de otra forma, la habilidad de negociación para el uso del condón si fue generalizable para la negociación de otros conflictos de pareja en áreas No sexuales, sin embargo, el desarrollar e implemntar la técnica no parece suficiente para disminuir o prevenir la violencia de pareja leve. En ese sentido, Agoff, Rajsbaum y Herrera (2006) realizaron un estudio cualitativo que evaluó las perspectivas de las mujeres con respecto a la violencia de pareja, y explicaron que la problemática de la violencia es un asunto mucho más complejo que no sólo radica en un

aspecto meramente individual (aprender y ejercer la técnica de negociación) o de pareja sino debe enfocarse desde su perspectiva social. Esto se expresa, entre otros aspectos, en valores y normas sociales que orientan el ejercicio de roles de género y que los gentes sociales producen y reproducen en el ámbito de sus vidas cotidianas. La manera en que las afectadas viven y afrontan el problema de la violencia es producto de un proceso social de acción y comunicación, y que al final una intevención tan centralizada como la presente en esta investigación no tiene alcance.

En este análisis de la violencia de pareja, es importante comentar que en cuatro de las cinco participantes, la violencia disminuyó inmediatamente después de la intervención, no obstante para la evaluación de seguimiento a los tres meses, dicha violencia aumentó y en algunos casos llegó a duplicar los niveles basales, posteriormente parecía disminuír a niveles comparables con la primer medición. Casique (2010) explica que el empoderamiento de una mujer puede ser un hecho contraproducente porque incrementa el riesgo de ser víctimas de violencia por parte de su pareja, pues en un intento de que las mujeres regresen a la posición subordinada respecto del hombre aumentan los niveles de control y coerción. Este es un fenómeno que se ha mantenido por la creencia de que el hombre tiene que castigar a su pareja cuando esta no cumple o deja de cumplir con las normas socialmente asignadas según con su género, cómo este es el caso, dejar de aceptar o tratar de negociar lo impuesto por el hombre en los temas de sexualidad. En atención a este hallazgo es importante enfatizar como efecto adverso de la intervención propuesta en este trabajo, el aumento de la violencia de pareja, de tal manera que las mujeres que viven violencia moderado y/o extrema deben ser excluidas de la intervención y canalizadas a centro especialistas en el trabajo con violencia de género.

Conclusiones generales

La intervención dirigida a la habilidad de negociación para favorece el uso consistente del condón en mujeres con VIH mostró resultados positivos en los componentes conductuales y en el componente cognitivo, dicha intervención es significativamente benéfica pues esta contribuyendo en la diminución del riesgo de alguna ITS o bien disminución en el riesgo de reinfección de VIH en esta población.

La relevancia clínica obtenida y la practicidad de la intevención, representa una sólida base para sugerir esta intervención como parte del protocolo de atención en esta población. El tipo de diseño y los componentes de la intervención permiten que se aplique de manera individual o grupal, siempre que sea aplicada por profesionales capacitados y con experiencia en pacientes con VIH y género.

Limitaciones

- El número de participantes no permite realizar análisis con mayor potencia estadística, se sugiere aumentar el número de mujeres en futuras investigaciones
- El estudio no contempló que fueran las mismas mujeres participantes quienes decidirán no utilizar el condón, no por la falta de habilidades para negociarlo, sino por el hecho de perder sensibilidad y no disfrutar el acto sexual. Para futuras investigaciones debe evaluar el deseo del uso del condón, pues podría considerarse como un criterio de exclusión, ya que las mujeres con esta característica no se verán beneficiadas por la intervención.

- A lo largo de la intervención se pudo identificar la violencia ecónomica vivida por una participante, y se cumplió con el protocolo de referencia a instancia donde podrían brindarle apoyo, no obstante la participante decidió tener terapia psicológica individual gratuita, es este sentido y como ya se mencionó anteriormente el incidir en un constructo tan complejo como lo es la violencia, requiere de profesionales capacitados en violencia de género así como de apoyo instrumental, que difícilmente puede brindar un terapeuta por si sólo. Así que para futuras investigaciones es necesario contemplar un vínculo más directo con las instituciones que pueden brindar apoyo a mujeres en estos caso, para que no abandonen la referencia realizada.
- La intervención del presente estudio, entrenó a las participantes en buscar soluciones a la hora de negociar con la pareja, pero faltó hacer mayor énfasis en que las soluciones propuestas tienen que ser reales y sobre todo estar dentro de su rango de injerencia.
- Otra limitación fue el no incluir el entrenamiento en el condón femenino, ya que este favorece el empoderamiento, otras investigaciones en este tema, deberán incluír este entrenamiento.

Fortalezas

- Las intervenciones dirigidas a la consistencia del uso del condón a través de la negociación del uso del condón, únicamente habían incluido componentes comportamentales, en esta investigación se decidió incluir el componente cognitivo, donde las participantes fortalecieron su empoderamiento. Las intervenciones

dirigidas a mujeres deberán incluir dicho elemento en la intervención, sobre todo el escrutino de aquellos pensamientos que funcionan como barreras para la negociación del uso del condón con la pareja, para este trabajo se realizó una lista de dichos pensamientos y argumentos que podrías funcionar para debatir con la pareja (anexo 12).

- Como se ha venido mencionando, los estudios realizados sobre la consistencia del uso del condón han sido dirigidos a población no clínica para prvenir ITS incluyendo el VIH, pero este trabajo es pionero en dirigir la intervención a mujeres con VIH para reducir el riesgo de ITS y de reinfección de VIH.
- La medición de las variables permitieron evaluar el impacto de la intervención pues se observó directamente que las participantes pudieron usar correctamente el condón y no sólo contar con la información del autoinforme que no refleja necesariamente el "hacer"
- Las evaluaciones de seguimiento a tres y seis meses permitieron evaluar los cambios a lo largo del tiempo tanto de las habilidades de negociación como del uso correcto del condón, permitiendo hacer un análisis de caso más profundo.
- El formato de la intervención grupal, definitivamente ayudó a crear un ambiente de confianza donde las participantes lograron crear empatía y además de hablar sobre un tema tan complicado como lo es la violencia, pudieron generar redes de apoyo que les permitió encontrar soluciones ante distintas situaciones.

Referencias

Agoff, C., Rajsbaum, A., & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. Salud Pública de México, 48, (2), 307-314.

Alonso, E., & Labrador, F. (2010). Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto. *Revista Interamericana de Psicología,* 44(3*)*, 547-559.

Anderson, J., Campbell, J., & Farley, J. (2013). Interventions to Address HIV and Intimate Partner Violence in Sub-Saharan Africa: A Review of the Literature. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 24(4), 383–390. doi:10.1016/j.jana.2013.03.003

Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe.* Washington, D.C.: OPS.

Arriaga, X., & Capezza, N. (2005). Targets of Partner Violence The Importance of Understanding Coping Trajectories. *Journal of interpersonal violence*, 20(1), 89-99. doi: 10.1177/0886260504268600

Arrivillaga, M., & Useche, B. (2011). *SIDA y sociedad crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*. Bogota: Editores Aurora.

Arrivillaga, M., López, J., & Ossa, A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento Psicológico,* 2(7), 55-71.

Arrivillaga, Q. M. (2010). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista latinoamericana de Psicología*, 42(2), 225-236.

Ato, M., & Vallejo, G. (2007). Diseños experimentales en psicología. Madrid: Pirámide.

Ball, J., Tannenbaum, L., Armistead, L., & Maguen, S. (2002). Coping and HIV infection in African-American women. *Women Health*, 35(1), 17-36.

Ballester, R., García, S., Reinoso, I., & Campos, A. (2001). Gender diferrerences in adherence to treatment and illnes behavior in HIV/AIDS patients: an exploratory study in Spain. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(2), 219-236.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press.

Barlow, D. H., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual.* Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud, serie Universidad. Barcelona, España: Martínez Roca, S. A.

Barroso, V., Frías, A., Moreno, R., Rivera, P., Robles, M., & Rodríguez, C. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18(02), 207-225.

Bass, J., Annan, J., McIvor, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T.,…Bolton, P. (2014). Controlled Trial of Psychotherapy for Congolese Survivors of Sexual Violence. *The New England Journal of Medicine*, 368, 2182-2191. doi: 10.1056/NEJMoa1211853.

Basu, S., Chwastiak, L., & Bruce, D. (2005). Clinical management of depression and anxiety in IHV-infected adults. *AIDS*, 19(18), 2057-2067

Bogart, L., Gatz, S., Kelly, J., Gry-Bernhardt, M., Hartmann, B., & Otto-Salaj, L. (2000). Psychosocial issues in the era of new AIDS treatments from the perspective of persons living with HIV. *Journal Health Psychology*, 5, 500-516.

Bonache, H., González-Méndez, R., & Krahé, B. (2016). Adult Attachment Styles, Destructive Conflict Resolution, and the Experience of Intimate Partner Violence. *Journal Interpers Violence, 34(2), 287-309. doi: 10.1177/0886260516640776*

Braiker, H. B., & Kelley, H. H. (1979). Conflict in the development of close relationships. In R. L. Burgerss y T. L. Huston (Eds.). *Social Exchange in developing relationships* (pp. 135-168). New York: Academic Press.

Bronfman, M. (2003). Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras*, 1(3), 8-12.

Brown, J., & Vanable, P. (2008). Cognitive-Behavioral Stress Management Interventions for Persons Living with HIV: A Review and Critique of the Literature. *Annales Behavior Medical*, 35(1), 26-40.

Brown, J., & Vanable. P. (2011). Stress management interventions for HIV-infected individuals: review of recent intervention approaches and directions for future research. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 3, 95–106. doi: http://dx.doi.org/10.2147/NBHIV.S17829

Burgos-Soto, J., Orne-Gliemann, J., Encrenaz, G., Patassi, A., Woronowski, A., Kariyiare, B., & Becquet, R. (2014). Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: Prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. *Glob Health Action*, 7(23456), 1-14. doi: http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23456

Buvinic, M. (2008). Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. Seguridad y violenvia en América Latina: un reto para la democrácia. *Pensamiento Iberoamericano,* 2, 37-54.

Cáceres, C. (2011). Abuso y violencia en las relaciones de pareja. *Psicología conductual*, 19(1), 91-116.

Cahn, D. (1992). Conclict in intimate Reationships. *Handbroor of emotions*. New York: The Guilford Press.

Calvete, E., Corral S., & Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety Stress Coping*, 20(4), 369-82.

Carrillo, M., & Villegas, J. (2004). El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 130-133.

Carrobles, J., Remor, E., & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, (3), 420-426.

Carvalho, T., Goncalves, T., Faria, E., Shoveller, J., Piccinini, C., Ramos, M, & Medeiros, L. (2012). Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV. *The Cochrane Collaboration*, 9, 1-34. doi: 10.1002/14651858.CD007844.pub2

Carver, C. , Sheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.

Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista Mexicana de Sociología*. 72 (1), 37–71. Recuperado de http://www.ejournal.unam.mx/rms/2010-1/RMS010000102.pdf

Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1993). Revised classification system for HIV infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 41(RR-17), 1-17.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009). Effect of Antiretroviral Therapy on Risk of Sexual Transmission of HIV Infection and Superinfection. Recuperado el 19 de Agosto de 2010 de

https://pdfs.semanticscholar.org/daf8/cf3d59ad1744eb03be9d43ab6c965470e6f9.pdf

Centers for Disease Controla and Prevention (CDC). (1987). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports,* 36(1), 1S-15S.

Centro Nacional para el control y la prevención de VIH (CENSIDA). (2010). *Estadísticas.* México: Secretaria de Salud. Recuperado el 14 de junio de 2013 de: http://censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/estadist30Jun2010.pdf

Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA). (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al Cierre del 2013*. Recuperado en 15 de noviembre de 2013, de: www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf

Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA). (2015a). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 2do. Trimestres de 2015*. Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2015.pdf

Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA). (2008). *Programa de acción específico 2007-2012: en respuesta al VIH/sida e ITS.* [Documento en internet consultado en noviembre de 2015]. Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/PAE_2007_2012_En_respuesta_VIHSIDA_ITS.pdf

Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA). (2015b). *Mujeres: el VIH y el sida*. Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) (2012). *El condón.* Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de: *http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html*

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) (2018). *Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen al Segundo Trimestre de 2018*. Recuperado el 15 de diciembre de 2018, de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/413909/BOLETIN_EPIDEMIOLOG_A_3ER_TRIMESTRE_2018_1.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2009). *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA, Secretaria de Salud.* Recuperado el 15 de Noviembre de 2013 de: http://censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_arv09.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2018). *Guía de manejo antiretroviral de las personas con VIH,* Secretaria de Salud. Recuperado el 1 de mayo de 2019 de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411867/Gu_aARV_2019_09Noviembre.pdf

Charles, V. & Blum, R. (2008). Core competencies and the prevention of high-risk sexual behavior. En N. G. Guerra & C. P. Bradshaw (Eds.). *Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development.* New Directions for Child and Adolescent Development, pp. 61-74.

Chesney, M. (2000). Factores afeccting adherence to antirretroviral theraphy. *Clinical Infections Diseases*, 30, 171-176.

Clements, C., & Sawhney, D. (2000). Coping with domestic violence: control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 219-40.

Collins, S. (2012). Risk of HIV Reinfection May Be Similar to Risk of Initial HIV Infection. CROI, 13(3/4), 22-23. Recuperado el 22 de octubre de 2013, de: http://img.thebody.com/ibase/2012/htb_marapr2012.pdf#page=22

Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA), 2002. *Situación del VIH/SIDA en mujeres y niños.* Recuperado el 8 de mayo de 2013, de: http:// www.ssa.gob.mx/conasida.

Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849-863.

Cruz-Almanza, A., Gaona-Márquez, L., & Sánchez-Sosa, J. (2006). Empowering women abused by their problem drinker spouses: effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud Mental*, 29(5), 25- 31.

Dávila, T. M., Piña, L. J. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH. Un análisis en función del sexo. En Rivera A.,R. Díaz L.,R. Sánchez A. y Reyes L. (Coords),La *Psicología social en México*, Vol. 12 (pp. 61-66). México. AMEPSO.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Recuperado el 16 de Noviembre de 2015 de: http://www.inmujer.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/729/3/Beijing1995.pdf

Del Río-Zolezzi, A., Liguori, A., Magis-Rodriguez, C., Valdespino-Gómez, J., García-García, M., & Sepúlveda-Amor, J. (1995). La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37, 581-591

Dhairyawan, R., Tariq, S., Scourse, R. & Coyne1, K. (2012). Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner city clinic in the UK: prevalence and associated factors. *HIV Medicine*, 14, 303–310. doi: 10.1111/hiv.12009

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literatura. *International Journal of Family Medicine*, (ID 313909). doi: http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909

Estadística interna del programa de Salud mental de la Clínica Condesa. (2014).

Fang, G., Weiser, B., Kuiken, C., Philpott, S., Rowland-Jones, S., Plummer, F. … Burguer, H. (2004). Recombination following superinfection by HIV-1. *AIDS,* 18(2), 153-159. doi: 10.1097/00002030-200401230-00003

Fishbein, M., & Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention in- terventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 101-110.

Flores, M. M., & Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Miguel Ángel Porrúa y Universidad Autónoma de Yucatán.

Franklin, R.D., Alllison, D. B., & Gorman, B. S. (1996). *Design and analysis of single-case research*. Mahwah, N.J.: Lawrence Eribaum Associates.

Fuente, L., Martin, E., & Pérez, A. (2008). Prácticas Sexuales de Riesgo en Adolescentes. *Informed,* 10(2), 95-101.

Gala, G., Berdasquera, C., Pérez, A., Pinto, V., Suárez, V., Joanes, F., …Díaz, G. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural.

Revista Cubana de Medicina Tropical, 59(2), 90-97. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v59n2/mtr03207.pdf

Galindo, S. J., & Ortega, R. M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *Enfermedades infecciosas y microbiología*, 30(4), 129-133.

Gayet, C. (2015). *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. Secretaría de Salud, México.

Gayón, E., Hernámdez, H., Sam, S., & Lombardo, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de trasmisión sexual. *Ginecología y obstetricia de México*, 76(2), 88-96

Gielen, C., Ghandour, R., Burke, J., Mahoney, P., Mcdonnell, K., & O'Campo, P. (2007). HIV/AIDS and intimate partner violence. Intersecting Women's Health Issues in the United States. *Trauma, violence, & abuse*, 8 (2), 178-198. doi: 10.1177/1524838007301476

Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132.

Goldstein, A.P. (1981). Psychological Skill Training. The Structured Learning Technique. New York: Pergamon Press.

Gómez-Fraguela, J., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.

Harlé, K., Allen, J., & Sanfey, A. (2010). The impact of Depression on Social Economic Decision Making. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 440-446. doi: 10.1037/a0018612

Haynes, S. N., & O'Brien (2000). *Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment.* New York: Plenum/ Klewer.

Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44(6), 554-564.

Holtz, C., Sowell, R., VanBrackle, L., Velasquez, G., & Hernandez-Alonso, V. (2014). A Quantitative Study of Factors Influencing Quality of Life in Rural Mexican Women Diagnosed With HIV. *Journal of the association of Nurses in AIDS Care*, 25(6), 555-567. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.002

Honagodu, A., Krishna, M., Sundarachar, R., & Lepping, P. (2013). Group psychotherapies for depression in persons with HIV: A systematic review. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 323–330. doi: 10.4103/0019-5545.120541

Huang, H. Y., Yang, W., & Omaye, S. T. (2011). Intimate partner violence, depression and overweigh/obesy. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 108-114. doi: 10.1016/j.avb.2010.12.005

Hurtado, F., Ciscar, C., & Rubio, M. (2003). El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer: consecuencias sobre la salud sexual y mental, *Revista de Psicología y Psicología Clínica*, 9(1), 49-64.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, 40(6), 619 -625

Illangasekare, S., Tello, M., Hutton, H., Moore, R., Anderson, J., Baron, J., & Chander, G. (2012). Clinical and mental health correlates and risk factors for intimate partner violence among HIV-positive women in an inner city HIV clinic. *Womens Health Issues,* 22(6), e563–e569. doi:10.1016/j.whi.2012.07.007

Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., … Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México, 48*(2), 141-150. Recuperado en 18 de noviembre de 2015, de: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48n2/29726.pdf

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2011). *30 años del VIH-SIDA Perspectivas desde México.* México: Servicios profesionales de impresión S.A. C.V.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011*. Recuperado el 16 de noviembre de 2015 de:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf

Ironson, G., Weiss, S., Lydston, D., Ishii, M., Jones, D., Asthana, D.,…Antoni, M. (2005). The impact of improved self-efficacy on HIV viral load and distress in culturally diverse women living with AIDS: The SMART/EST Women's Project G. *AIDS Care*, 17(2), 222- 236

Iverson, K., Gradus, J., Resick, P., Suvak, M., Smith, K., & Monson, C. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence among Interpersonal Trauma Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 79(2), 193–202. doi:10.1037/a0022512.

Jacobson, N. S., & Truax P. (1991). Clinical significance: a statistical approach defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Conulting and Clinical Psichology*, 59, 12-19

Jewkes, R., Dunkle, K., Jama-Shal, K., & Gray, G. (2015). Impact of Exposure to Intimate Partner Violence on CD4+ and CD8+ T Cell Decay in HIV Infected Women: Longitudinal Study. *PLOS ONE,* 10(3), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0122001.

Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 289–296.

Johnson, M., Samarina, A., Xi, H., Valdez, J., Madruga, R., Hocqueloux, L., Loutfy, M., …Martinez, M. (2015). Barriers to access to care reported by women living with

HIV across 27 countries. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. doi: 10.1080/09540121.2015.1046416

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015). *Core Epidemiology Slides, July 2015.* Recuperado el 15 de noviembre de 2015 de la http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/20150714_coreepidemiologyslides_ppt

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2017). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.* Recuperado el 11 de noviembre de 2018 de: http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet

Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica (3ª ed.). México: Pretince Hall.

Kendall, T. Castillo, M., Herrera, C., & Campero, L. (2015). El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57(2), S183-S189. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639892012

Kendall, T., Dijk, M., Wilson, K., Picasso, N., Lara, D., & Garcia, S. (2012). A Lifetime of Violence: Results From an Exploratory Survey of Mexican Women With HIV. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 23(5), 377-387. doi: 10.1016/j.jana.2011.11.007

Kennedy, C. H. (2005). Single-case designs for educational research. Boston, MA: Pearson Education.

Kuo, C., Zlotnick, C., Raker, C., Tzilos, G., & Phipps, M. (2014). HIV Risk among pregnant teenagers with a history of interpersonal violence, *Journal of aggression, maltreatment & trauma,* 23(7), *740-750.* doi: 10.1080/10926771.2014.933945

Labrador, F., & Fernández, R. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-68.

Lamotte, C. (2004). Infección-Enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*, 8(4), 49-63.

Landa-Ramírez, E., & Arredondo-Pantaleón, A.(2014). Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología*, 11(2-3) 259-270. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47387

Lange, S., & Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive behavior. Cognitive-behavioral procedures for trainers. Illinois: Research Press Company.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos. Barcelona:* Martínez Roca (orig. 1984).

León, M. (1997). El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. En León, Magdalena [comp.]. *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Colombia: Tercer Mundo.

Leserman, J. (2003). HIV Disease Pregression: Depression, Stress, and Possible Mechanisms, *Society of biological Psychiatry*, 45, 295-306

Li,Y., Marshall, C., Rees, H., Nunez, A., Ezeanolue, E., & Ehiri, J. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 17(18845), 1-12. doi: http://dx.doi.org/10.7448/IAS.17.1.18845

Littleton, H., Buck, K., Rosman, L., & Grills-Taquechel, A. (2012). From Survivor to Thriver: A Pilot Study of an Online Program for Rape Victims. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 315–327. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.04.002

Martin, G., & Pear, J. (1999). Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. 5ta. Ed. Madrid: Prentice Hall.

McIntosch, R., & Rosselli, M. (2012). Stress and Coping in Women Living with HIV: A Meta-Analytic Review, *AIDS Behavior*, 16, 2144-2159. doi: 10.1007/s10461-012-0166-5

Méndez, S., & García M. (2015). Relación Entre las Estrategias de Manejo del Conflicto y la Percepción de la Violencia Situacional en la Pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 99-111.

Miranda, G., Fariñas, R., C., Coutín, M., Nápoles, P., & Bueno, M. (2009). Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. *Revista cubana de Higiene y Epidemiología*, 47(2).

Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S. F., Lam, S. W., Chung, W. Y., & Li, C. K. (2002). A Pilot Study of the Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Peer Support/Counseling in Decreasing Psychologic Distress and Improving Quality of

Life in Chinese Patients with Symptomatic HIV Disease, *Mary Ann Liebert*, 16(2), 83-96.

Moreno, C., Chapa, R., & Rivas, Z. (2015) De lo dicotómico a lo relativo. Estudio de las teorías implícitas de la violencia de pareja. *Región y Sociedad*, 28(66), 131-160.

Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 790-804.

Najavits, L. M., Ryngala, D., Back, S., Bolton., E., & Brandy, T. (2009). Treatment of PSTD and Comorbid Disorders. En Edna, F., Terence, K., Matthew, F., & Cohen, J. (Eds). *Effective Treatments for PTSD. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* (pp. 508- 535). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies. New York, NY: The Guilford Press.

National Institute of Health. (2009). *Tratamiento, prevención y otra información sobre VIH/SIDA.* AIDS Info. Recuperado el 24 de octubre de 2012 de: http://www.aidsinfo.nih.gov/infoSIDA

Nobre, M., Bernardo, W., & Jatene, F. (2003). Evidence based clinical practice. Part 1 well structured clinical questions. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 445-449.

Norton, P. Y Hope, D. (2001). Analogue Observational Methods in the Assessment of Social Functioning in Adults. Psychological Assessment, 13 (1), 59-72

Nöstlinger, C., Nideröst, S., Gredig, D., Platteau, T., Gordillo, V., Roulin, C.,…Rojas, D. (2010). Condom use with steady partners among heterosexual people living with HIV in Europe: testing the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS Patient Care STDs*, 4, 771-780.

Nuñez-Peña, M. I. (2012) Diseños de investigación en psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado el 13 de enero de 2018 de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf

O'Doherty, L., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 348 (2913), 1-11. doi: 10.1136/bmj.g2913

OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Recuperado el 1 de enero de 2016 de http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653

Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A., & Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud pública de México*, 48(2), S232-S238.

Olstad, R., Sexton, H., & Sogaard, A. (2001). The finnmark Study. A prospective population study of the support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry Epidemiology*, 36, 582-589.

Organización de las Naciones Unidas MUJERES (ONU MUJERES) (2014). *VIH y SIDA.* Recuperado el 19 de octubre de 2015, de http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids.

Organización Mundial de la Salud (2104). *Violencia contra la mujer, Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Recuperado el 19 de octubre de 2015, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *La infección por el VIH en las parejas en que uno es positivo y el otro negativo*. Recuperado el 19 de octubre de 2015, de http://www.who.int/features/2012/living_hiv/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe 2010 sobre los progresos realizados*. Ginebra, departamento de lucha contra el VIH/SIDA.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). VIH/SIDA. WHO: New York. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

Organización Mundial de la salud, OMS (2005). *Multi-País de Estudio sobre Salud y Violencia Doméstica de la Mujer contra la mujer: Informe resumido de los*

resultados iniciales sobre prevalencia, los resultados de salud y respuestas de las mujeres, la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Peltzer, K. (2014). Sexual behavior among HIV-infected new mothers in South Africa 3-12 after delivery. *AIDS Care,* 26(2), 186-190. doi: http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2013.803016

Pettifor, A. E. , Measham, D., Rees, H. V., & Padian, N. S. (2004). Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerging Infectious Diseases,* 10(11), 1996-2004

Piña, L. Dávila, T., Sánchez-Sosa, J., Togawa, C., & Cázarez, R. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Panamericana Salud*, 23(6), 377-383.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA. (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA.* Recuperado en octubre 5 de 2005, de http://www.onuSida.org.co/ planintersectorial-2004-2007/plan.htm

Redd, D., Mullis, E., Serwadda, D., Kong, X., Martens, C., Ricklefs, M.,…Quinn, T. (2012). The Rates of HIV Superinfection and Primary HIV Incidence in a General Population in Rakai, Uganda. *The Journal of Infectious Diseases,* 206 (15), 267-275. doi: 10.1093/infdis/jis325

Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria, 30*, 143-149.

Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1289-1316.

Rivera, F., Anderson, M., Fishman, P., Bonomi, A. Reid, R., Carrell, D., & Thompson, R . (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 89– 96.

Robles, M. S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.

Robles, M. S., & Díaz-Loving, R. (2008). Determinantes del uso del condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. En: S. Rivera Aragón R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e Reyes-Lagunes (eds.) *La psicología Social en México, Vol. XII*, México, Asociación Méxicana de Psicología Social, pp.229-305.

Robles, M. S., Moreno, R., Frías, A., Rodríguez, C., Barroso, V., Díaz, G.,…Hernández Pozo, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*, 22(1), 60-71.

Robles, S., & Díaz-Loving, S. (2006). *Estilos de Negociación Vinculados con el uso del condón*. XI Congreso Mexicano de Psicología Social, A.M.E.P.S.P. Universidad Autónoma de Tabasco, 882-889.

Roth, E. (1986). Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad. México: Trillas.

Rubio, E (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. En: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana"

Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. 3er Ed. Urdúliz, España: Desclée De Brouwer.

Ryerson, E., Fletcher, J., Gonzalez, R. N., Precht, M. A, Xavier, M., & Matoff-Stepp, S. (2015). Violence Screening and Viral Load Suppression Among HIV-Positive Women of Color. *AIDS PATIENT CARE and STDs,* 29(1), S36- S41. doi: 10.1089/apc.2014.0275

Safren, S., & O´Clerigh, C. (2009). A randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Aderence and Depression (CBT-AD) in HIV-Infected Individuals. *Diabetes care*, 28(1), 1-10.

Safrén, S., & O´Clerigh, C. (2009). A randomized Controlled Trial of cognitive behavioral. *Health Psycholy*, 28,(1), 1-10

Saleh-Onoya, D., Reddy, P., Ruiter, R., Sifunda, S., Wingood, G., & Borne, B. (2009). Condom use promotion among isiXhosa speaking women living with HIV in the Western Cape Province, South Africa: a pilot study. *AIDS Care,* 21(7), 817-825. doi: 10.1080/09540120802537823

Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. (2009). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.

Santos, C., & Fuertes, M. (2006). Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *Anales Medicina Interna*, 23(7), 338-344.

Secretaria de Salud (2012). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA*. México: Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología.

Secretaria de Salud / Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA (2010). *Medición del gasto en SIDA (MEGAS): México 2008-2009*. Recuperado el 13 de marzo de 2014, de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/megas/Informe_MEGAS_08_09_def.pdf

Secretaria de Salud / Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA (2010). Medición del gasto en SIDA (MEGAS): México 2008-2009. Recuperado el 13 de marzo de 2014, de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/megas/Informe_MEGAS_08_09_def.pdf

Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression a systematic review of interventions, *Psychology Health & Medicine*, 16(5), 493-527. doi: 10.1080/13548506.2011.579990

Sikkema, K., Hansen, N., Kochman, A., Tate, D., & Difranceisco, W. (2004). Outcomes from a randomized controlled trial ofagroup intervention for hiv positive men

andwomen copingwith aids-related loss and bereavement. *Death Studies*, 28, 187-209.

Silva, R.A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología*. Un enfoque metodológico. México: Editorial Trillas.

Simoni, J., & Ng, M. T. (2000). Trauma, coping, and depression among women with HIV/AIDS in New York City. *AIDS CARE*, 12(5), 567–580.

Smith, D. M., Wong, J. K., Hightower, G.K., Ignacio, C. C., Koelsch, K. K., Petropoulos, C. J., Richman, D. D., & Little, S. J. *(2005).* HIV drug resistance acquired through superinfection, *AIDS*, 19 (12), 1251-1256.

Södegard, B., Halvarsson, M., Lindback, S., Söneborg, A., Tully, M. P., & Lindblad, A. K. (2006). Differences in adherence and motivation on the adherence and motivation to HIV therapy-two independent assessments in 1998 and 2002. *Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 28, 248-256.

Soriano, V., & González-Lahoz, J. (2009). *Manual del SIDA* (8ª edición). España, Barcelona: publicaciones Permanyer.

Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., & Feder, G. (2013). Screeningwomen for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD007007). doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub2.

Taylor, S., & R.C. Bogdan (1989). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós, Barcelona.

Teitelman, A., Seloilwe, E., & Campbell, J. (2009). Voices from the frontlines: the epidemics of HIV/AIDS and Violence among Women and Girls. *Health Care for Women International*, 30(3), 184-194. doi: 10.1080/07399330902739239

Teva-Bermúdez, I., Hernandez-Quero, J., & Buela-Casal. (2005). Diferencias en las variables psicosociales en sujetos con VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of clinical and health psychology*, 4(001), 55-67.

Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Farré, M., Hegarty, K., & Torrens, M. (2014). The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine*, 11, 1-20. doi: 10.3109/07853890.2014.941918.

Turner-Cobb, J., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., & Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 337 - 353.

United Nations General Assembly (1993). Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva.

Van Loveren, C., & Aartman, I. (2007). The PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome) Question, *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 114(4), 172-178.

Vyavaharkar, M., Moneyham. L., Murdaugh, C., & Tavakoli, A. (2012). Factors associated with quality of life among rural women with HIV disease. *AIDS Behavior*. 16(2), 295 - 303. doi: 10.1007/s10461-011-9917

Walker, L. E. (2009). *The Battered Women Syndrome*. (3rd. Ed). New York, NY. US: Springer publishing Company.

Wechsberg, W., Luseno, W., Kline, T., Browne, F., & Zule, W. (2010). Preliminary Findings of an Adapted Evidence-Based Woman- Focused HIV Intervention on Condom Use and Negotiation Among At-Risk Women in Pretoria, South Africa. *Journal Prevention Interv Community*, 38(2), 132-146. doi: 10.1080/10852351003640799.

Wolf, T., Balson, P., Morse, E., Simon, P., Gaumer, R., Dralle, P., & Williams, M. (1991). Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 171-173.

Wolff, L. C., Alvarado, M. R., & Wolff, R. M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74.

World Bank (1993). *World Development Report: Investing in Health*, Washington, World Bank.

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yábar, V., Salvatierra, F., & Quijano, G. (2007). Variabilidad del gen de la envoltura del VIH-1 en tres grupos humanos con diferentes conductas sexuales de riesgo para adquirir ITS-VIH, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3), 202-210.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de identificación y datos clínicos

Folio instrumento:	Fecha de aplicación: ____/____/____	Número de registro:

1. Edad: _____ (años cumplidos)
2. Estado civil:

Soltera ☐ Casada ☐ Unión libre ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Otro: _____

3. Ocupación: _____

4. Marque su nivel de escolaridad terminada:

No tiene estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐ Posgrado ☐

6. ¿Actualmente tiene pareja sexual estable?

Si ☐ No ☐

7. ¿Actualmente tiene pareja sexual ocasional?

Si ☐ No ☐

8. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en toda su vida?: _____

9. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido desde su diagnóstico?: _____

10. ¿Actualmente tiene alguna ETS?

Si ☐ No ☐ ¿cuál(es)? _____

Las siguientes preguntas son sobre su diagnóstico. Si no recuerda la fecha exacta, es sufciente con el mes y año
Fecha en que recibió el primer diagnóstico de VIH: ____/____/____ CD4: _____

Fecha en que comenzó el tratamiento antirretroviral: _____/_____/ _____

Actualmente que carga viral tiene: _____ y CD4: _____

Anexo 2. Datos de referencia

Después de la canalización que le sugerimos ¿usted pidió ayuda?	¿Cómo la atendieron? (1) Le atendieron bien, la orientaron o brindaron información. (2) No hicieron nada, no le hicieron caso. (3) La humillaron o la trataron mal. (4) Otro (especifique).	¿Cuándo fue la última vez que recurrió a alguna instancia? Anote con número el mes y el año	¿La última vez que acudió: (1) Denunció a su esposo o pareja. (2) Detuvieron a su esposo o pareja. (3) Emitieron la orden para desalojarlo de la casa. (4) La autoridad le propuso reconciliar. (5) Levantó una constancia o acta de hechos. (6) No procedió la denuncia. (7) Emitieron una orden de aprehensión. (8) Firmaron un acuerdo conciliatorio. (9) La asesoraron o canalizaron. Retiró la demanda o no siguió los trámites (especifique)
Si ☐ No ☐			
1. El DIF ☐	☐	_____/_____/_____	_____
2. El insituto de la mujer ☐	☐	_____/_____/_____	_____
3. El ministerio público ☐	☐	_____/_____/_____	_____
4. La presidencia municipal ☐	☐	_____/_____/_____	_____
5. La policía ☐	☐	_____/_____/_____	_____
6. Otras instancias: _____ _____ ___ ☐		_____/_____/_____	_____

Anexo 3 Cuestionario uso del condón

Uso del condón

¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas el condón masculino?

Si ☐ No ☐

¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas el condón femenino?

Si ☐ No ☐

Última relación sexual

¿En tu última relación sexual utilizaste el condón masculino?

Si ☐ No ☐

¿En tu última relación sexual utilizaste el condón femenino?

Si ☐ No ☐

Consistencia

¿Cuántas veces en los últimos tres meses has tenido relaciones sexuales?

_____

¿Cuántas veces en los últimos tres meses has utilizado el condón (masculino y/o femenino) al tener relaciones sexuales?

_____

Anexo 4 Registro para los observadores del uso correcto del condón

Condón masculino Pasos del uso correcto del condón	Presencia (√)
1. Revisar burbuja de aire en el condón	
2. Revisar fecha de caducidad	
3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete	
4. Bajar el condón antes de abrir el paquete	
5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes	
6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo	
7. Ver hacia qué lado se desenrolla	
8. Apretar el receptáculo de depósito del semen	
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas	
10. Colocar en el glande el condón	
11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene	
12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo	
13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas	
14. Retirar el condón	
15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura	

Condón femenino Pasos del uso correcto del condón	Presencia (√)
1. Abrir el empaque con cuidado, tirando de la punta superior derecha. No usar tijeras, uñas ni dientes	
2. El condón tiene dos anillos. El anillo más grande se usa para cubrir los genitales externos y el más pequeño para insertar el condón y mantenerlo en el lugar correcto durante la relación sexual	
3. Elejir una posición que sea cómoda para insertar el condón (agachada, con una pierna levantada, sentada o acostada.	
4. Apretar el anillo más pequeño hasta flexionarlo en forma de ocho	
5. Insertar el anillo más pequeño en la vagina y empujar lo máximo posible. El anillo externo debe quedar fuera de la vagina para proteger los genitales exteriores.	
6. Girar el anillo externo y jalar.	
7. Tirar a la basura	

Anexo 5. Definición de habilidades precurrentes para la comunicación sexual asertiva

HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	DEFINICIÓN
1. Escuchar	Retroalimentación		El participante presentará gestos aprobatorios o reprobatorios, admirativos, expresiones guturales como "ah, ajá, oh", sonrisas y completar frases inconclusas al que habla.
	Resumen y/o pregunta		Expresar brevemente las ideas expuestas por el hablante y/o preguntar.
		No interrumpir	Esperará el participante a que la otra persona termine de hablar. No hablará hasta que el otro sujeto termine de expresar el mensaje.
		Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
		Proximidad física	Distancia interpersonal no mayor ni meno a un paso. Dicha distancia deberá mantenerse el 80% del tiempo del episodio de interacción.
2. Conocer y expresar sentimientos negativos	Discriminar sentimientos		La persona descubre el defecto y detalle del interlocutor que le causa sentimientos de molestia y los verbaliza asertivamente.
	Autorrevelación asertiva		El sujeto verbaliza asertivamente el sentimiento, utilizando las palabras: "yo, me, a mí", las cuales describirán estados como deseos, pensamientos, sentimientos, aspiraciones y experiencias.
		Tono de voz	Audible a 2 m de distancia.
		Contacto visual	La misma definición señalada anteriormente.
		Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente.
3. Entender sentimientos de otros	Autorrevelación asertiva		La misma definición señalada anteriormente.
		Escuchar sin interrumpir	La persona escucha sin interrumpir la confesión de sentimientos del interlocutor, para después mostrarse solidario o tranquilizador (ante la alegría o enojo, respectivamente).
		Contacto visual	La misma definición señalada anteriormente.
		Tono de voz	La misma definición señalada anteriormente.
		Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente.
4. Expresar afecto	Discriminar el detalle especial de la persona		La persona descubre una cualidad o virtud en el interlocutor que le produce un sentimiento, haciendo referencia a una situación concreta.
	Autorrevelación asertiva		La misma definición señalada anteriormente.
		Contacto físico	Contacto de la mano del que inicia la conversación, con el hombro, espalda, brazo del otro, hasta por 5 segundos.
		Contacto visual	La misma definición señalada anteriormente.
		Tono de voz	La misma definición señalada anteriormente.
		Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente.

Definición de las habilidades de comunicación sexual asertiva

HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	DEFINICIÓN
1. Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	Pregunta abierta		Cualquier interrogación hecha que iniciara con ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿cuándo?, o alguna otra palabra seguida de un tema sobre sexualidad (p.ej. ¿qué piensas del condón?, ¿te gusta hablar sobre relaciones sexuales?, ¿has tenido relaciones sexuales?
	Autorrevelación		Emisión verbal que expresa deseos, sentimientos y experiencias propias y que es iniciada por los pronombres yo, me, a mí.
	Retroalimentación		Emisión de verbalizaciones temáticamente relacionadas con el contenido de las palabras del hablante, o que denoten aceptación o desaprobación por parte del escucha. La retroalimentación no debe constituir una interrupción al hablante.
		Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
		Proximidad física	Distancia interpersonal no mayor ni meno a un paso. Dicha distancia deberá mantenerse el 80% del tiempo del episodio de interacción.
		Tono de voz	Audible a 2 m de distancia.
2. Negociar y llegar a un acuerdo	Identificar el conflicto en voz alta		La persona mencionará los puntos de vista que están en conflicto.
	Plantear la necesidad de un acuerdo		La persona en voz alta, deberá identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable (un compromiso en el cual el comportamiento de uno, queda supeditado al comportamiento del otro), insistiendo al interlocutor que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.
	Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		La persona ejercerá presión para que la otra persona dé su punto de vista.
	Obtener una conclusión o un acuerdo		La persona elaborará un resumen en voz alta de la conclusión o acuerdo al que se haya llegado.
		Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
		Tono de voz	Audible a 2 m de distancia.

Test Analógico de Simulación (TAS) para
la evaluación de las habilidades de comunicación sexual asertiva

HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	REGISTRO
1. Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	Pregunta abierta		Presencia o ausencia. Valor: 16.7%
	Autorrevelación		Presencia o ausencia. Valor: 16.6%
	Retroalimentación		Presencia o ausencia. Valor: 16.6%
		Contacto visual	La misma descripción señalada anteriormente. Valor: 16.7%
		Proximidad física	La misma definición señalada anteriormente. Valor: 16.7%
		Tono de voz	Se oye o no a 2 metros de distancia. Valor: 16.6%
2. Negociar y llegar a un acuerdo	Identificar el conflicto en voz alta		Presencia o ausencia. Valor: 10%
	Plantear la necesidad de un acuerdo		Presencia o ausencia. Valor: 10%
	Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		Presencia o ausencia. Valor: 15%
	Obtener una conclusión o un acuerdo		Presencia o ausencia. Valor: 15%
		Contacto visual	La misma descripción señalada anteriormente. Valor: 25%
		Tono de voz	Se oye o no a 2 metros de distancia. Valor: 25%

Anexo 6. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).

Desde que inició la relación con su pareja… Muchas veces ----- (1) Pocas veces -----(2) Una vez ----- (3) No ocurrió ----- (4)	El que la haya ocurrido esto, le parece? Muy grave ---(1) Grave ---(2) Sin importancia ---(3)	En el último año ¿esto ha ocurrid? Muchas veces --- (1) Pocas veces --- (2) Una vez --- (3) No ocurrió --- (4)
1. ¿Le ha dejado de hablar? ( )	( )	( )
2. ¿La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres? ( )	( )	( )
3. Cuando se enoja, ¿destruye, tira o esconde lo que encuentra a su alcance? ( )	( )	( )
4. ¿La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla? ( )	( )	( )
5. ¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones? ( )	( )	( )
6. La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten(sin forzarla físicamente)? ( )	( )	( )
7. ¿Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos? ( )	( )	( )
8. ¿Le ha dicho que lo engaña? ( )	( )	( )
9. ¿Le ha hecho sentir miedo? ( )	( )	( )
10. ¿Ha hecho que sus parientes se pongan contra usted? ( )	( )	( )
11. ¿La ignora, no la toma en cuenta, no le brinda cariño? ( )	( )	( )
12. ¿La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle, etc.), sin llegar a hacerle daño físico? ( )	( )	( )
13. La ha amenzado (sin llegar a hacerle daño físico) con matarla, matarse él o matar a los niñós? ( )	( )	( )

14. ¿Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero? ( )	( )	( )
15. ¿Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa? ( )	( )	( )
16. ¿Le ha amenazado que no le va a dar gasto o no le da? ( )	( )	( )
17. ¿Se ha gastado todo el dinero que se necesita para la casa? ( )	( )	( )
18. ¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, Animales, etc.)? ( )	( )	( )
19. ¿Le ha prohibido trabajar o estudiar, para evitar que usted sea económicamente independiente de él? ( )	( )	( )
20. ¿La ha empujado o jalado el pelo? ( )	( )	( )
21. ¿La ha amarrado? ( )	( )	( )
22. ¿La ha pateado? ( )	( )	( )
23. ¿Le ha aventado algún objeto? ( )	( )	( )
24. ¿La ha golpeado con las manos o con algún objeto? ( )	( )	( )
25. ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar? ( )	( )	( )
26. ¿La ha agredido con cuchillo o navaja? ( )	( )	( )
27. ¿Le ha disparado con un arma? ( )	( )	( )
28. ¿Le ha exigido tener relaciones? ( )	( )	( )
29. ¿La ha obligado a realizar actividades sexuales? ( )	( )	( )
30. ¿Ha usado la fuerza para tener relaciones? ( )	( )	( )

Desde que inició la relación con su pareja…	El que la haya ocurrido esto, le parece?	En el último año ¿esto ha ocurrid?
Muchas veces ----- (1) Pocas veces -----(2) Una vez ----- (3) No ocurrió ----- (4)	Muy grave ---(1) Grave ---(2) Sin importancia ---(3)	Muchas veces --- (1) Pocas veces --- (2) Una vez --- (3) No ocurrió --- (4)

1. ¿Le ha dejado de hablar? ( )	( )	( )
2. ¿La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres? ( )	( )	( )
3. Cuando se enoja, ¿destruye, tira o esconde lo que encuentra a su alcance? ( )	( )	( )
4. ¿La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla? ( )	( )	( )
5. ¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones? ( )	( )	( )
6. La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten(sin forzarla físicamente)? ( )	( )	( )
7. ¿Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos? ( )	( )	( )
8. ¿Le ha dicho que lo engaña? ( )	( )	( )
9. ¿Le ha hecho sentir miedo? ( )	( )	( )
10. ¿Ha hecho que sus parientes se pongan contra usted? ( )	( )	( )
11. ¿La ignora, no la toma en cuenta, no le brinda cariño? ( )	( )	( )
12. ¿La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola, rifle, etc.), sin llegar a hacerle daño físico? ( )	( )	( )
13. ¿La ha amenzado (sin llegar a hacerle daño físico) con matarla, matarse él o matar a los niñós? ( )	( )	( )
14. ¿Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero? ( )	( )	( )
15. ¿Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa? ( )	( )	( )
16. ¿Le ha amenazado que no le va a dar gasto o no le da? ( )	( )	( )
17. ¿Se ha gastado todo el dinero que se necesita para la casa? ( )	( )	( )

18. ¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, Animales, etc.)? ( )	( )	( )
19. ¿Le ha prohibido trabajar o estudiar? ( )	( )	( )
20. ¿La ha empujado o jalado el pelo? ( )	( )	( )
21. ¿La ha amarrado? ( )	( )	( )
22. ¿La ha pateado? ( )	( )	( )
23. ¿Le ha aventado algún objeto? ( )	( )	( )
24. ¿La ha golpeado con las manos o con algún objeto? ( )	( )	( )
25. ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar? ( )	( )	( )
26. ¿La ha agredido con cuchillo o navaja?	( )	( )
( )		
27. ¿Le ha disparado con un arma? ( )	( )	( )
28. ¿Le ha exigido tener relaciones? ( )	( )	( )
29. ¿La ha obligado a realizar actividades sexuales? ( )	( )	( )
30. ¿Ha usado la fuerza para tener relaciones? ( )	( )	( )

Anexo 7. Formato para la validación del apartado cinco de la ENDIREH por jucio de expertos

Reciba un cordial saludo a nombre del equipo de psicólogos al que pertenecemos; le agradecemos su valioso interés por cooperar en la validación de contenido para mujeres mexicanas que viven con VIH, mediante jueces expertos del instrumento titulado: **Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares (ENDIREH) de INEGI e INMUJERES (2011) .**

La ENDIREH es una encuesta realizada por INEGI e INMUJERES. Consta de 30 reactivos y discrimina 4 factores (Violencia psicoemocional, violencia económica, violencia física y violencia sexual; INEGI, 2011).

Las respuestas que usted nos proporcione serán muy importantes y tratadas de manera anónima y confidencial, con fines exclusivamente estadísticos.

Así mismo, le solicitamos que antes de iniciar con la validación de los instrumentos sea tan gentil de proporcionarnos los siguientes datos:

FECHA: _____ **SEXO:** ( )F ( )M **EDAD**: _____

ÚLTIMO GRADO ACADÉMICO CURSADO:

( ) Licenciatura ( ) Maestría ( ) Doctorado ( ) Especialidad ( ) Otro ¿Cuál? _____

GRADO ACADÉMICO QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ACTUALMENTE:

( ) Licenciatura ( ) Maestría ( ) Doctorado ( ) Especialidad ( ) Otro ¿Cuál? _____

ÁREA DE EXPERIENCIA:

( ) Clínica ( ) Educativa ( ) Social ( ) Salud ( )Otra, ¿Cuál?: _____

Problemas psicológicos que atiende en su área de trabajo con mayor frecuencia:

Modelo teórico de intervención psicológica que emplea:

El objetivo del proyecto para el cual se requiere la validación de la ENDIREH es “evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual dirigida a las habilidades de afrontamiento activo para la negociación del condón en mujeres que viven con VIH”. Considerando que las mujeres que viven violencia extrema por parte de su pareja se pueden poner en riesgo al intentar negociar el uso del condón, se planea identificar dicho riego (para poder canalizarlas a instituciones que les puedan brindar el apoyo necesario) con base en un cuestionario conformado por 5 preguntas abiertas que se muestran a continuación. Para lo cual se le pide, las lea y haga las sugerencias que considere necesarias a cada una:

PREGUNTAS	RECOMENDACIONES
1. ¿Cómo piensa que reaccionaría su pareja si usted intenta negociar el uso del condón (pedirle que lo utilice?	
2. ¿Cómo cree que reaccionaría su pareja si usted intenta expresar sus sentimientos?	
3. ¿Cómo cree que reaccionaría su pareja si usted intenta hacer valer su opinión?	
4. ¿Alguna vez ha intentado hacer alguna de las anteriores? (en caso de contestar afirmativamente, pasa a la pregunta 5)	
5. ¿Cómo reaccionó su pareja?	

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta la definición de cada tipo de violencia y los items que conforman la ENDIREH. Por favor lea las definiciones y los item, posteriormente escriba en la casilla, el número que corresponde según el tipo de violencia que mide:

1. Violencia psicoemocional	2. Violencia económica	3. Violencia física	4. Violencia sexual
Se refiere a aquellas formas de agresión reiterada que no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, pero sí en su psiqué. Se incluyen aquí prohibiciones, coacciones, condicionamientos, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, burlas, actitudes devaluatorias, de abandono, y que provoquen en la mujer deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.	Se refiere a aquellas formas de agresión que el hombre puede ejercer sobre la mujer a partir de, o con el fin de controlar tanto el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien la forma en que dicho ingreso se gasta, como la propiedad y uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja.	Se refiere a todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo de la mujer, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la mujer agredida, lo que se traduce en un daño, o un intento de daño, permanente o temporal, de parte del agresor sobre el cuerpo de ella.	Ésta se entiende como toda forma de conducta, consistente en actos u omisiones ocasionales o reiterados y cuyas formas de expresión incluyen: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la mujer y que generen un daño. Estas formas de coerción pueden ir desde la fuerza física hasta el chantaje psicológico.

ITEM	**TIPO DE VIOLENCIA Escribe el numero del tipo de violencia que considera que mide cada ítem**
¿Le ha dejado de hablar?	
¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o creo que usted no cumplió con sus obligaciones?	
¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?	
¿Le ha exigido tener relaciones?	
¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, Animales, etc.)?	
¿La ha golpeado con las manos o con algún objeto?	
¿La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla?	

¿Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa?

¿Le ha hecho sentir miedo?

¿Ha usado la fuerza para tener relaciones?

¿La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle?

¿La ha empujado o jalado el pelo?

¿Le ha disparado con un arma?

¿Ha destruido, tirado o escondido cosas de usted o del hogar?

¿La ha pateado?

¿Ha hecho que sus parientes se pongan contra usted?

¿La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres?

¿La ha agredido con cuchillo o navaja?

¿Se ha gastado todo el dinero que se necesita para la casa?

¿La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten?

¿Le ha amenazado que no le va a dar gasto o no le da?

¿La ha obligado a hacer cosas?

¿Le ha dicho que lo engaña?

¿Le ha prohibido trabajar o estudiar?

¿Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos?

¿La ha amarrado?

¿La ignora, no la toma en cuenta, no le brinda cariño?

¿Le ha aventado algún objeto?

¿La ha amenazado con matarla, matarse él o matar a los niños?

¿Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero?

Comentarios o sugerencias:

_____

_____

_____

_____

_____

¡GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN!

Anexo 8 cuestionario de percepción de la mujeres respecto a como reaccionarían sus parejas en caso de que ellas intenten negociar el condón.

1. ¿Cómo piensa que reaccionaría su pareja si usted le pidiera que use el condón cuando tienen relaciones sexuales?

   _____
   _____
   _____
   _____

2. En caso de que su pareja no quisiera usar el condón, ¿cómo cree que reaccionaría si usted le expresara lo que siente al respecto?

   _____
   _____
   _____
   _____

3. En caso de que su pareja no quisiera usar el condón, ¿cómo cree que reaccionaría si usted intentara hacer valer su opinión?

   _____
   _____
   _____
   _____

4. ¿Alguna vez ha intentado hacer alguna de las anteriores? (en caso de contestar afirmativamente, continuar con las siguientes preguntas): _____
5. ¿Cuáles?

   _____
   _____
   _____
   _____

6. ¿Cómo reaccionó su pareja?

   _____
   _____
   _____
   _____

Anexo 9. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En CEC, a _____ de _____ de 2017.

Estimada: _____

Mediante este documento la estamos invitando a participar en un estudio de investigación. Este documento le proporciona información sobre los objetivos del estudio, el procedimiento a seguir, los beneficios y riesgos de su participación, cómo se utilizará su información, con la finalidad de que usted pueda decidir libremente participar o no en dicho estudio. Cabe mencionar que su participación en el estudio es completamente voluntaria.

1. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION Y BENEFICIOS PARA LA PARTICIPANTE.

El objetivo es implementar una terapia psicológica para mejorar las habilidades sociales, especificamente las habilidades de negociación, en muejres con VIH que son atendidas en la CEC. Como parte de la atención integral al paciente, es importante atender aquellas necesidades psicológicas que influyen en la salud. Cabe reslatar que se le dará un seguimiento individualizado a lo largo de todo el proceso.

2. ¿QUÉ SE ESPERA DE USTED SI DECIDE PARTICIPAR?

La participación en el presente proyecto de investigación es TOTALMENTE voluntaria y consiste en asistir a cuatro sesiones, una vez por semana (o bien, la investigadora se adaptará a los horarios propuestos por usted), con duración de 60 minutos, donde se abordarán diferentes estrategias para mejorar las habilidades de comunucación, especificamente las habilidades de negociación con su pareja e incrementar el uso del condón en sus relaciones sexuales y disminuir los conflictos. También se espera que la participante realice sencillos ejercicios escritos y conductuales (juego de roles) en cada sesión, así como tareas similares en casa.

Usted será referida a instituciones donde puedan atender sus necesidades específicas en caso de que:

- no desee participar en el estudio pero perciba que necesita de la intervención señalada anteriormente, o
- no cumpla con todos los requisitos de inclusión para el estudio, es decir:
  - Si la participante muestra violencia de moderada a extrema será canalizada a instituciones donde puedan brindarle la ayuda correspondiente (sin considerar

las habilidades del uso correcto del condón ni las habilidades de negociación del condón)

- Si la participante muestra violencia leve y habilidades que favorezcan el uso correcto del condón y la negociación del mismo, serán canalizada a instancias que donde puedan atender la violencia de pareja.
  Es importante señalar que se realizará una evaluación de seguimiento a todas las participantes que hayan sido canalizadas, dicho seguimiento consiste en contar con información referente a si asistieron a las instituciones pertinentes y la calidad de atención que recibieron.
- Si la participante no muestra signos de violencia pero tampoco cuenta con habilidades que favorezcan el uso correcto del condón y/o las habilidades para negociarlo, entonces se les brindara el componente necesario de la intervención para tender su(s) necesidad(es).
- Si la paciente no muestra violencia y si cuenta con habilidades que favorezcan el uso correcto del condón y habilidades para la negociación del mismo, entonces se agradecerá su disposición y se le informará que no es candidata a la intervención.
- La participante es candidata a la intervención, cuando muestra niveles leves de violencia y además no cuenta con habilidades del uso correcto del condón y habilidades de negociación del mismo.

3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

Este estudio no tiene ningún riesgo para su salud o integridad. Algunos de los temas tratados en las sesiones podrán resultarle ligeramente incómodos y existe la posibilidad de que le puedan causar alguna emoción displacentera como enojo, tristeza, vergüenza, entre otras. No obstante, parte del objetivo de dicho estudio es mejorar habilidades que le permitan controlar dichas emociones de manera adaptativa, además la psicóloga a cargo cuenta con los conocimientos para atender cualquier crisis presentada. Su participación será estrictamente confidencial, se asignarán códigos numéricos a los datos para identificar a los participantes, es decir el nombre de las participantes nunca aparecerá publicado en ningún reporte o publicación. Los cuestionarios y la transcripción de la entrevista se archivarán en la carpeta del protocolo correspondiente y sólo las personas involucradas en esta investigación tienen acceso. Estos datos serán utilizados únicamente con fines científicos.
Su participación no tiene remuneración de algún tipo. El beneficio que usted podrá obtener es la misma terapia a la cual será sometido. No obstante, otras pacientes con características similares a las suyas podrán verse beneficiadas en el futuro, en caso de que los datos resulten significativos. Por otro lado dichos datos pueden ser de utilidad para mejorar los procedimientos de atención para las necesidades de los pacientes.

4. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES.

Este estudio incluye la grabación en audio y video de algunas sesiones de la intervención. Ni su nombre ni ningún otro dato de identificación quedarán asociados con la cinta de audio o con la de video. Solamente el investigador o investigadores estará(n) autorizado(s) a escuchar y ver las cintas. Ni el nombre ni ninguna otra información de identificación

(como su voz o su foto) se usarán en presentaciones o en escritos generados a partir de este estudio.

Las grabaciones se realizarán por dos motivos principalemte, el primero de ellos es parte de la técnica (aprendizaje estructurado) para favorecer el cambio conductual, es decir, el hecho de que te veas ejecutando una habilidad, ayudará a mejorar la misma, esto es, la grabación será unicamente con propósitos propios de la intervención implementada. El segundo motivo hace referencia a garantizar la integridad, la eficacia y eficiencia del proceso de las sesiones llevadas a cabo por el investigador principal del proyecto. Al cabo de un tiempo y tras la conclusión del proyecto, las grabaciones serán eliminadas en su totalidad.

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Le reiteramos que su participación es completamente voluntaria y que usted puede retirarse del estudio en el momento que lo decida, sin ningún tipo de repercusión, de la misma forma usted seguirá recibiendo la misma calidad de atención proporcionada hasta el momento.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Yo, _____, he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente para fines académicos. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la presente investigación.

Firma del participante.	Nombre y firma del testigo

Firma: Mtra. en Psic. Dulce Díaz
Correo electrónico: psc.dulce.diaz@gmail.com

Anexo 10

Desde que inició la relación con su pareja…	Peso asignado
Violencia emocional	
1. ¿Le ha dejado de hablar?	0.320
2. ¿La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres?	0.598
3. ¿Cuando se enoja, destruye, tira o esconde lo que encuentra a su alcance?	0.585
4. ¿La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla?	0.750
5. ¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones?	0.504
6. La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten(sin forzarla físicamente)?	0.637
7. ¿Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos?	0.310
8. ¿Le ha dicho que lo engaña?	0.358
9. ¿Le ha hecho sentir miedo?	0.719
10. ¿Ha hecho que sus parientes se pongan contra usted?	0.650
11. ¿La ignora, no la toma en cuenta, no le brinda cariño?	0.330
12. ¿La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle), sin llegar a hacerle daño físico?	0.901
13. ¿La ha amenzado (sin llegar a hacerle daño físico) con matarla, matarse él o matar a los niñós?	0.876
Violencia económica	
14. ¿Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero?	0.515
15. ¿Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa?	0.535
16. ¿Le ha amenazado que no le va a dar gasto o no le da?	0.545
17. ¿Se ha gastado todo el dinero que se necesita para la casa?	0.565
18. ¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, Animales, etc.)?	0.585
19. ¿Le ha prohibido trabajar o estudiar, para evitar que sea económicamente	0.600

independiente de él? ( )

Violencia física	
20. ¿La ha empujado o jalado el pelo?	0.661
21. ¿La ha amarrado?	0.827
22. ¿La ha pateado?	0.885
23. ¿Le ha aventado algún objeto?	0.631
24. ¿La ha golpeado con las manos o con algún objeto?	0.871
25. ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?	0.925
26. ¿La ha agredido con cuchillo o navaja?	0.944
27. ¿Le ha disparado con un arma?	0.969
Violencia sexual	
28. ¿Le ha exigido tener relaciones?	0.837
29. ¿La ha obligado a realizar actividades sexuales que la han incomodado?	0.865
30. ¿Ha usado la fuerza para tener relaciones?	0.911

Anexo 11. Cuestionario sobre la satisfacción del tratamiento

Instrucciones: Marca del 0 a 10, siendo 0 nada y 10 totalmente a las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué tan satisfecho está con el tratamiento recibido?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
2. ¿Le recomendaría este tratamiento a algún amigo o familiar, que tuviera la misma problemática?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
3. ¿Cree que el tratamiento ha sido útil en su caso?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
4. ¿Cree que el tratamiento le ha resultado aversivo o difícul de llevar?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

5. ¿Consideras que las habilidades aprendidas en la intervención, te pueden ayudaron a resolver conflictos con tu pareja?

Si No

¿Cuáles?:

6. ¿Crees que al aplicar las hablidades aprendidas a lo largo d ela intervención, la violencia puede disminuir?

Si No

¿Porqué?

Utiliza estas líneas para escribir cualquier comentario o sugerencia sobre el tratamiento

¡AGRADECEMOS TU GENTIL COLABORACIÓN!

Anexo 12. Escrutinio sobre los pensamientos que funcionan como barrera para la negociación del uso del condón con la pareja

Argumento de la pareja	Posible respuesta
No se siente lo mismo, no me da placer	Podemos utilizar lubricantes a base de agua que permiten mayor sensibilidad. Puedo intentra ponerte el condón con la boca (SÓLO SI ELLA LO DESEA). ¿Qué actividades podrían ayudar a aumentar la exitación para compensar el uso del condón?
Si ya tenemos SIDA los dos para que nos cuidamos	Existe el riesgo de reinfección, es decir tanto tu virus como el mio se pueden combinar y hacerse mucho más fuertes, en ese caso el medicamento ya no funcionará y se presentarán complicaciones como tuberculosis, sarcoma de caposi, etc. Además no sólo existe VIH, podemos contraer alguna otra enfermedad de transmisión sexual como virus de papiloma humano, sífilis, gonorrea, etc. Y entonces el nuestro sistema de defensa estará mas vulnerable, es decir, se presentarán más complicaciones y la recuperación será más lenta
Estamos indetectables, así no podemos transmitir el virus	El estar indetetable sólo disminuye la probabilidad de la reinfección, pero no elimina al 100% la posibilidad, además no sólo existe VIH, podemos contraer alguna otra enfermedad de transmisión sexual como virus de papiloma humano, sífilis, gonorrea, etc. Y entonces el nuestro sistema de defensa estará mas vulnerable, es decir, se presentarán más complicaciones y la recuperación será más lenta
Yo no tengo VIH, me siento bien	Unicamente las pruebas de laboratorio pueden decir si tienes o no VIH El estar indetectable significa que el nivel del virus es muy bajo y no se alcanza a reigistrar, esto gracias al medicamento, pero aún se vive con el VIH, ese no deja de existir en el cuerpo El hecho de que te sientas bien, tiene que ver con que el medicamento esta haciendo efecto, pero el VIH aún vive en el organismo Por último, hay que recordar que el uso del condón también protege de embarazos no deseados.
Se siente dolor cuando se seca el lubricante	Antes de utilizar el condón se le puede colocar de 3 a 4 gotas de lubricante a base de agua para que dure más la lubricación.
Un condón no nos va a separar (si vamos a vivir un año, lo viviremos bien)	El VIH es un virus que puede ser totalmente controlable, se puede hacer lo que antes se hacia, podemos vivir muchas cosas hermosas por mucho tiempo, sólo hay que cuidarnos, para que vivir un año solamente (sin utilizar el condón), si podemos vivir muchos, demostrandonos amor y bien, juntos al utilizar condón. Un condón nos puede unir.
Quiero tener un hijo	El deseo de tener hijos esta bien, pero para que tanto el bebe como nosotros podemos lograrlo de manera saludable, antes

	tenemos que ir al médico y que nos informen cual es la forma de hacerlo. Por ejemplo, tenemos que cumplir un tiempo siendo indetectables, yo (la mujer) debo de ser regular en los ciclos menstruales, tomar algunos suplementos y monitorear al bebe para que no nazca con el virus, entre muchas cosas más.
Sólo tengo relaciones contigo	**Si son pareja serodiscordantes:** Aunque solamente tengas relaciones conmigo puede darse la infección por VIH y si continuamos sin utilizar el condón puede darse la reinfección **Si son pareja concordantes**: Existe el riesgo de reinfección, es decir tanto tu virus como el mio se pueden combinar y hacerse mucho más fuertes, en ese caso el medicamento ya no funcionará y se presentarán complicaciones como tuberculosis, sarcoma de caposi, etc. Además no sólo existe VIH, podemos contraer alguna otra enfermedad de transmisión sexual como virus de papiloma humano, sífilis, gonorrea, etc. Y entonces el nuestro sistema de defensa estará mas vulnerable, es decir, se presentarán más complicaciones y la recuperación será más lenta. También existe la posibilidad de un embarazo no deseado, el condón previene ese punto. Por ahora sólo tienes relaciones conmigo y eso esta bien, pero no podemos garantizar que siempre sea así, aveces situaciones como el alcohol porpician encuentros sexuales con personas que no se tenias planeados y no es que de acceda a una relación abierta, pero es importante ser realistas
No se utilizarlo	En un taller en la clinica donde me atienden me enseñaron como hacerlo, yo te enseño o bien, podemos preguntar en la proxima cita.
No tengo condones en este momento	En cualquier farmacia venden y si ya es muy tarde y estan cerradas, también los odemos conseguir en un oxxo, no olvidemos pedir en cada cita médica, son gratuitos. O bien por esta vez podemos practicar sexo seguro (por ejemplo masturbación). También pude ser prudente que tu guardes tus propios condones y puedas utilizarlos en el momento preciso, sin esperar a que sea tu pareja quién los tenga.