



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**INTERVENCIÓN EN ADHERENCIA TERAPEUTICA EN MUJERES
QUE VIVEN CON VIH: ESTUDIO DE CASO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

SANTIAGO CANALES ROSA ARIANA

Director: Mtra. ASSOL CORTÉS MORENO

Dictaminadores: Mtro. ROSENDO HERNÁNDEZ CASTRO

Mtra. ALEJANDRA SÁNCHEZ VELASCO



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a Dios por permitirme cumplir el sueño de poder estudiar Psicología, brindándome la salud, la fuerza y los medios necesarios para llegar hasta la culminación de este proyecto, compartiéndolo con mis seres queridos.

Agradezco de corazón a mis padres Alejandro Santiago Gómez y Silvia Canales Jiménez por darme la vida, la libertad de elegir la licenciatura que deseaba estudiar y los esfuerzos económicos que realizaron para brindarme educación. Gracias por acompañarme, apoyarme emocionalmente y formarme como persona de bien para poder ir superando adversidades de la vida.

Agradezco a mi hermana Cristina Guadalupe Santiago Canales que siempre cumplió la promesa de brindarme educación mediante su esfuerzo económico y emocional en muestra del cariño que como hermana me brinda día a día. También agradezco el apoyo que recibí de su esposo Gustavo Rodríguez Arizmendi.

Agradezco a mis abuelos Antonio Canales Meneses y Ofelia Jiménez Quintero los lindos recuerdos que me regalaron, siempre estarán en mi corazón. También quiero agradecer a mi tío Enrique Canales Jiménez el apoyo emocional que me brindó.

Agradezco a la maestra Assol Cortés Moreno que siempre me dedicó su tiempo, paciencia y apoyo incondicional para seguir luchando por este proyecto. Gracias por creer en mí al transmitirme conocimientos y pasión por la Licenciatura de Psicología.

Agradezco a la profesora Alejandra Sánchez Velasco la disposición de compartir su tiempo, paciencia y conocimientos para la culminación de este proyecto. Agradezco el acompañamiento académico y emocional de los maestros (as): Rosendo Hernández Castro, María Elena Martínez Chilpa, Jorge Luis Salinas Rodríguez y Martha Liliana Pérez Chavarría.

A todo el equipo de la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH les agradezco la oportunidad de prestarme las instalaciones para poder finalizar este proyecto, muy en especial a Carmen Ortega Almanza, Javier Martínez Badillo y Gerardo Cabrera Reséndiz.

A mis amigos (as) de vida que siempre han estado acompañándome en momentos de alegría y tristeza les agradezco su apoyo: Karen Ramos Valencia, Betzabeth Espinoza López, Juan Carlos López Huerta, Isis Torres Buendía, Jesús Peralta, Ignacio Martínez y Lidia Llanes. También agradezco el apoyo incondicional del Padre Belisario González Aguilar.

Finalmente agradezco a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por la formación profesional y el crecimiento personal que me ha brindado.

INDICE.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	5
1.1 Definición del VIH	5
1.2 Definición del Sida	6
1.3 Transmisión del VIH.....	6
1.4 Detección del VIH.	7
1.5 Tratamiento Antirretroviral	8
1.6 Efectos secundarios de los Tratamientos Antirretrovirales.	9
1.7 Prevención	10
1.8 Estadísticas del VIH	11
2. SER MUJER Y VIVIR CON VIH	15
2.1 Perspectiva de género.	15
2.2 Mujer vulnerable ante el VIH.....	16
2. 3 Experiencias de ser mujer y vivir con VIH.....	19
3. IMPACTO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS	21
3.1 Salud	21
3.2 Enfermedades crónicas degenerativas.....	21
3.3 Cambios de estilo de vida	22
3.4 Influencia del estado emocional ante el afrontamiento de la enfermedad.....	23
3.4.1 Depresión.....	24
3.4.2 Ansiedad.....	25
3.4.3 Estrés.....	25
3.5 Psicología de la Salud.....	27
3.6 Psicólogos de la Salud	29

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA	33
4. 1 Adherencia al tratamiento	33
4.2 No adherencia al tratamiento	34
4.3 Calidad de vida.....	36
4.4 VIH calidad de vida y apoyo social	37
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
5. 1 Pregunta de investigación	42
5.2 Objetivo general	42
5.3 Objetivos Específicos	42
5.4 Hipótesis de investigación.....	42
6. MÉTODO	43
6. 1 Tipo de investigación.....	43
6.2 Participantes.....	43
6.2.1 Criterios de inclusión	43
6.2.2 Criterios de exclusión	44
6.2.3 Criterios de eliminación	44
6. 3 Instrumentos.....	44
6.4 Escenario.....	46
6. 5 Variables.....	46
6. 6 Tratamiento	46
6. 7 Procedimiento	48
6. 8 Consideraciones éticas	49
7. RESULTADOS	51
8. DISCUSIÓN	63
9. CONCLUSIÓN	69
REFERENCIAS	71

INDICE ANEXOS

Anexo 1. Datos generales	105
Anexo 2. Aviso de privacidad.....	106
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	107
Anexo 4. Carta compromiso.....	109
Anexo 5. Instrumento psicométrico para evaluar calidad de vida, WHOQOL-BREF	110
Anexo 6. Instrumento psicométrico para evaluar depresión, Inventario de Beck.....	111
Anexo 7. Instrumento psicométrico para evaluar adherencia al tratamiento, SMAQ.....	112
Anexo 8 Entrevista	113
Anexo 9. Cuadro de horarios de medicamentos.....	115
Anexo 10. Presentación en power point psicoeducación	117
Anexo 11. Registro de adherencia al tratamiento.....	124
Anexo 12. Cuadro de solución de problemas	126
Anexos 13 y 14. Folleto con la técnica de toma de decisiones y hoja de rotafolio con la información sintetizada del folleto	128
Anexo 15 Presentación en power point y lámina con ejemplos de pensamientos racionales e irracionales	129
Anexo 16. Link de video del comportamiento asertivo.....	135
Anexo 17. Asertividad presentación en power point.....	135
Anexo 18 Imágenes.	139
Anexo 19. Presentación técnica de relajación	140
Anexo 20 Hoja con el ejercicio de relajación	143
Anexo 21 Registro de la técnica de relajación	147
Anexo 22 Imágenes	148
Anexo 23. Presentación efectos secundarios.....	149
Anexo 24 Links de videos	151

RESUMEN.

El objetivo del siguiente trabajo fue evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH. Se atendieron dos mujeres mexicanas que viven con VIH desde hace más de 10 años, ambas se encontraban bajo un esquema de tratamiento antirretroviral. A cada participante se le realizó la evaluación Pre-test con los siguientes instrumentos: SMAQ para evaluar adherencia al tratamiento, WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida, Inventario de Beck para evaluar depresión y una entrevista. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en los instrumentos y la información de la entrevista de cada participante, se llevó acabo la intervención personalizada y una vez finalizada se realizó la evaluación Pos-test. Los resultados dieron a conocer que a mayor adherencia al tratamiento y menor nivel de depresión mayor calidad de vida. Concluyéndose que el programa de intervención fue efectivo en ambas participantes, además de que las personas que viven con VIH pueden tener una mejor calidad de vida adoptando conductas saludables diariamente.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, calidad de vida, VIH., Perspectiva de género.

INTRODUCCIÓN.

El VIH es un tema a nivel mundial que se tiene que seguir trabajando de forma multidisciplinaria, debido a la cantidad de personas que han sido diagnosticadas, siendo las mujeres una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad, razón por la cual el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH, puesto que hoy en día en nuestro país hay mujeres que conocen su diagnóstico y no acuden con profesionales del área de Salud Mental por distintas razones: creencias respecto a la atención terapéutica, por falta de recursos, por una deficiencia de información, entre otros.

En muchas ocasiones la falta de información influye en la confusión de los términos de VIH y el Sida, así como en las formas de transmisión, la detección, los tratamientos que existen para el control de la replicación del virus, las formas en las que se puede prevenir el adquirir VIH, entre otros. Estos temas se presentan en el capítulo 1. Si bien, una de las formas de prevención ante el VIH, es la negociación del uso del condón está es poco común en las parejas debido a las construcciones de género.

Las construcciones de género influyen a que las mujeres sean vulnerables para adquirir VIH debido a: la falta de educación sexual y escolar, la violencia física, sexual, psicológica y económica; la migración, el hecho de que las parejas hombres tengas relaciones sin protección con otros hombres o mujeres, entre otros. Afectándose el afrontamiento ante el VIH por el hecho de ser mujer. Temas que se discuten en el capítulo 2.

En el capítulo 3 se da a conocer que el afrontamiento ante el VIH se ve reflejado en la búsqueda de la salud, cambiando estilos de vida mediante conductas saludables. Sin embargo, la implementación de conductas saludables se puede

verafectada por el nivel de motivación al cambio, las resistencias y el impacto emocional ante el diagnóstico, siendo muy común que las personas que viven con VIH presenten depresión, ansiedad, estrés, además de vivir estigma y discriminación en ocasiones por familiares o profesionales de la salud. Muñoz et al. (2014) describen que el perfil de las personas que viven con VIH es que puedan manifestar: irritabilidad, miedo, preocupación y con mayor frecuencia depresión.

Ante este impacto emocional la psicología de la salud busca el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mediante el uso de técnicas psicológicas, diseñando programas de intervención donde los psicólogos de la salud tengan el compromiso de realizar su trabajo con ética y responsabilidad, para implementar la conducta de toma de medicamentos, mejor conocida como adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de las personas. Temas que se abordan en el capítulo 4.

En el capítulo 5 se da a conocer el planteamiento del problema, el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis de investigación. En el capítulo 6 se describe el método, el tipo de investigación, los participantes, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes, los instrumentos, el escenario, las variables, el tratamiento, el procedimiento y las consideraciones éticas.

En el capítulo 7 se dan a conocer los resultados obtenidos mediante los instrumentos y la entrevista que se le realizó a cada participante. En el capítulo 8 se muestra la conclusión en relación a los resultados obtenidos. En el capítulo 9 se da a conocer la conclusión del trabajo y finalmente se incluyen las cartas descriptivas, los anexos y apéndices.

1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

1.1 Definición del VIH.

El VIH a nivel mundial es uno de los problemas de Salud pública sobre todo en países de bajos y medianos ingresos. Este ha estado en constante investigación a nivel físico, biológico y social por el impacto que genera en las personas que viven con VIH y por la necesidad de mejorar la calidad de vida (OMS, 2018).

Vázquez (2016) menciona que el primer Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH) fue reconocido en los años 1980's. A más de 30 años del reconocimiento del VIH, la Organización Mundial de la Salud define el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como aquel que *"infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia"* (OMS, 2018, párr.1).

Para Díaz (1996, como se citó en Enríquez & Manterola, 2011) el VIH evoluciona en cuatro etapas:

- **Periodo de ventana (*Window Period*):** es cuando el sistema inmunológico no detecta el virus y las pruebas tampoco porque la cantidad de defensas no se pueden medir, teniendo que esperar de 3 a 6 meses aproximadamente para poder medirlas. Sin embargo, desde que el VIH entra en el organismo comienza a destruir las defensas y en muchas ocasiones el ser portador de VIH sin conocimiento puede provocar daño físico y sobre todo al no estar informado del diagnóstico y al momento de ejercer vida sexual otras personas pueden adquirirlo. En este periodo el VIH sí puede transmitirse.

- Seropositivo: se detecta la presencia del virus, aunque en la mayoría de los casos no se presentan síntomas. Este periodo dura aproximadamente de cinco a diez años y la persona portadora del virus si es capaz de transmitirlo.
- Etapa sintomática: conforme va pasando el tiempo se presentan algunos malestares como las fiebres, diarreas, sudoraciones, pérdida de peso, entre otros, conocidas como enfermedades oportunistas que permiten que los profesionales de la salud tengan sospecha del virus y corroboren resultados (en esta etapa el VIH puede transmitirse).
- Sida: etapa final de la infección del VIH, donde se manifiestan enfermedades oportunistas.

Es importante aclarar que el VIH y Sida son dos términos completamente distintos, puesto que el estigma social a lo largo del tiempo y en la actualidad sigue relacionándolos con el mismo significado de una manera despectiva.

1.2 Definición del Sida.

La Organización Mundial de la Salud menciona que *“La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o Sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse”* (OMS, 2018, párr.13). De acuerdo con esta misma referencia las personas con Sida pueden contraer infecciones y síntomas de gravedad (inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos). En ausencia de tratamiento pueden padecer tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

1.3 Transmisión del VIH.

Las vías de transmisión del VIH es uno de los temas donde existen creencias falsas debido al desconocimiento del tema, de acuerdo con Lamotte (2014) son: transmisión sexual incluido el sexo oral, vaginal y anal, porque se aloja en fluidos

preyaculatorios, seminales y vaginales; transmisión vertical, es decir, de madre a hijo donde el virus se puede transmitir en tres momentos por vía transplacentaria, durante el trabajo de parto mediante la contaminación en el canal, lactancia materna y transmisión parenteral o hemoderivados contaminados. También por medio de la sangre en las transfusiones, punciones accidentales de agujas o al compartir jeringas.

Es importante implementar conductas de prevención y en caso de que se haya tenido una conducta de riesgo se recomienda hacerse una prueba para estar informado del estado de salud, si es diagnosticado con VIH deberá tomar el tratamiento correspondiente, implementar conductas saludables y recibir información para evitar que más personas vivan con VIH.

1.4 Detección del VIH.

Barriga, Arumir y Solís (2007, como se citó en Figueroa, Uriostegui & Delgado, 2016) mencionan que debido a las necesidades de hacer un diagnóstico temprano en relación al VIH se implementó el uso de pruebas rápidas (PR), las cuales mediante la obtención de sangre por punción capilar dan a conocer resultados comparables en sensibilidad (99%) y especificidad (99%). Estas aplicaciones de pruebas rápidas son de gran utilidad de acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA) en situaciones de abuso sexual, embarazos sin control prenatal, en trabajo de parto, riesgo de transmisión ocupacional y para corroborar si un paciente ha desarrollado Sida ante la presencia de infecciones oportunistas u otra manifestación asociada a la evolución de la enfermedad; en dado caso que se obtenga un diagnóstico seropositivo en este tipo de pruebas, es importante señalar que debe de hacerse una confirmación mediante un estudio de Western Blot (CENSIDA, 2005).

Las personas que van a realizarse una prueba deben asistir de manera voluntaria, puesto que en ocasiones son conscientes de que han mantenido relaciones sexuales sin protección. De lo contrario, cuando se realizan la prueba por

presión o sin su consentimiento en los ámbitos laborales o familiares se estará cometiendo una violación a sus derechos humanos. El servicio de realización de pruebas debe brindar al usuario la firma de consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación, garantía de resultados correctos vinculación con la asistencia, entre otros (OMS,2018).

Además las pruebas se deben de realizar de forma ética porque que en muchas ocasiones este tipo de estudios los realizan laboratorios y el impacto emocional que surge es severo cuando la persona de manera solitaria se informa de tener un diagnóstico seropositivo, en comparación a una persona que se realiza la prueba con un equipo especializado, por que recibe un acompañamiento y en caso de diagnosticarle VIH, la atención que necesita en esos momentos se le brindará por parte de los profesionales de la salud.

1.5 Tratamiento Antirretroviral.

Las personas que viven con VIH llevan un tratamiento médico, aunque este no cura la infección, es importante señalar que controlan la replicación del virus y ayudan a fortalecer el sistema inmunitario mejorando la calidad de vida, estos tratamientos son nombrados tratamientos antirretroviricos (OMS, 2018).

Los objetivos del tratamiento antirretroviral de acuerdo a la Secretaría de la Salud (2009, como se citó en Enríquez & Manterola, 2011) son:

- -Clínicos: mejorar en las personas que viven con VIH la calidad de vida disminuyendo y evitando las hospitalizaciones, resultando la prolongación de vida.
- -Inmunológicos: preservar o restaurar el sistema inmune, con el incremento de linfocitos CD4+.
- -Viroológicos: el objetivo es la reducción de carga viral a <50 copias/ml por el mayor tiempo posible. Siendo lo ideal menos de 50 copias.

Bernal (2016) menciona que el tratamiento antirretroviral ha contribuido a la modificación de la evolución del VIH, puesto que han aportado reducción de mortalidad en personas que viven con VIH alrededor del mundo. Las combinaciones de estos tratamientos permiten controlar la replicación viral, preservar y restaurar el Sistema Inmune. Es importante señalar que el tratamiento medicamentoso debe ser asignado por un profesional de la salud, puesto que cada persona es distinta y por lo tanto el medicamento también, algunos de los medicamentos recetados de acuerdo a este mismo autor son: abacavir, didanosina, emtricitabina, lamivudina, zidovudina, tenofovir, efavirenz, nevirapina, etravirina rilpivirina, atazanavir, darunavir, fosamprenavir, lopinavir, ritonavir, saquinavir, entre otros. Cabrera, Ortega y Martínez (2015) realizaron una Guía de Adherencia a Tratamientos Antirretrovirales para personas que viven VIH y señalan la importancia de la toma de medicamentos porque de lo contrario surgen mutaciones en el virus que provocan resistencia al medicamento.

1.6 Efectos secundarios de los Tratamientos Antirretrovirales.

Cabrera et al. (2015) en la Guía de Adherencia a Tratamientos Antirretrovirales para personas con VIH mencionan que los efectos secundarios pueden ser a corto plazo (rash, diarreas, náuseas y vómitos) y los de largo plazo (alteración en el metabolismo, lipodistrofia, neuropatía periférica y alteraciones en el sistema nervioso).

Afrontar la toma de medicamentos es para algunas personas tarea difícil y en ocasiones se puede volver un obstáculo para llegar a ser adherente al tratamiento, es por eso que la Guía de Adherencia a Tratamientos Antirretrovirales que plantea Cabrera et al. (2015) menciona que para afrontar los efectos secundarios, se recomienda que las personas tengan conocimiento de los medicamentos que consuman, que tengan una buena relación médico-paciente para generar confianza con los profesionales de la salud, aclararen dudas respecto a los efectos secundarios con los profesionales de la salud así como las acciones que puedan

realizar para controlarlos y finalmente que sean conscientes de que los medicamentos antirretrovirales como cualquier otro medicamento pueden tener efectos secundarios.

1.7 Prevención.

Para la OMS (2018) las maneras en las que las personas pueden reducir el riesgo de adquirir VIH son:

- Uso de preservativos masculinos o femeninos: estos protegen de adquirir VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), siempre y cuando el uso de estos sea correcto.
- Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS: en caso de haber tenido alguna conducta de riesgo, estas pruebas tienen la ventaja de detectar y en dado caso de necesitar tratamiento recibirlo a tiempo.
- Circuncisión masculina voluntaria: esta reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales.
- Prevención basada en el uso de antirretrovíricos: brinda el beneficio de disminuir que una persona que vive con VIH, transmita el virus a una pareja sexual no infectada en un 96%.
- Profilaxis preexposición para la pareja VIH-negativa: consiste en la administración diaria de antirretrovirales a personas no infectadas para bloquear la adquisición del virus.
- Profilaxis postexposición al VIH: tomar antirretroviricos 72 horas después de haber estado a exposición al VIH para prevenir adquirirlo.
- Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables: consiste en utilizar cada ocasión material de inyección estéril y evitar compartir material (agujas y jeringas).

- Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño: administrar antirretroviricos, tanto a la madre como al niño durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Estas medidas de prevención son para evitar que personas vivan con VIH en el mundo.

1.8 Estadísticas VIH.

ONUSIDA (2018) da a conocer que 36, 9 millones de personas en todo el mundo vivían con VIH en el año 2017. Donde 21.7 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretrovirica en 2017. Las personas que contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo fueron 77.3 millones. En el año 2017, 35.1 millones de personas eran adultos que vivían con VIH y 1.8 millones menores de 15 años. Desde el pico alcanzado en 2004, los casos de muertes relacionadas con el Sida se han reducido en más de un 51%. El riesgo de contraer el VIH es 27 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 23 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas y 12 veces mayor para las mujeres transgénero.

VIH en México: en nuestro país hablar de VIH/Sida es uno de los temas que se abordan con estigma, discriminación, provocando ideas erróneas de manera social respecto al tema y estableciendo barreras para realizar diagnósticos oportunos en pleno año 2018. De acuerdo a CENSIDA (2016) en 1983 se reportó el primer caso de SIDA en México, de esa fecha y hasta el 15 de noviembre de 2016, se registró un acumulado de 250 mil 761 personas infectadas por el VIH o desarrollando el Sida. Sin embargo, sólo 135,515 personas se encontraban vivas, 99 mil 337 ya fallecieron y 15,909 se desconoce su status actual. CENSIDA (2016) reporta que en el año 2015, 200 mil personas vivían con VIH, donde el 63% conoce su diagnóstico y para junio del 2016, 125 mil personas tenían acceso al tratamiento antirretroviral en todo el país. Sin embargo, cada día 30 personas en México adquieren VIH.

Finalmente, para el cierre del 2015 se reportó que la tasa de mortalidad por VIH fue de 3.9 por 100 mil habitantes siendo de 1.5 en mujeres y 6.5 en hombres.

CENSIDA (como se citó en Valadez, 2017) señala que hay 144 mil 223 mexicanos con la infección, de los cuales 76 mil 10 ya desarrollaron Sida y 68 mil 213 adicionales, son portadores de VIH. Alertando que la población joven y productiva entre 15 y 34 años es un sector más afectado por el VIH.

En México es importante señalar que sí existe respuesta ante el VIH por organizaciones civiles que se han enfocado en trabajar, brindando servicios tanto de prevención y de atención ante el VIH. Las organizaciones con las que cuenta nuestro país son: Clínica Especializada Condesa, Centro de atención Integral para la No discriminación, Red Clínica Diversa, Red Mexicana de personas Viviendo con VIH, AHF México, entre otros (Alfaro, 2015).

Mujeres y VIH: las mujeres en el mundo son una de las poblaciones vulnerables ante el VIH, ONU SIDA 2015 (como se citó en ONU Mujeres, 2016) da a conocer que en el año 2015 la cantidad de mujeres que vivía con VIH era de 17, 8 millones, equivalente al 51 por ciento del total de la población adulta que vive con VIH, siendo las más afectadas mujeres entre 15 y 24 años. Específicamente en nuestro país la población de mujeres mexicanas desde ya hace 30 años ha venido enfrentando esta enfermedad. En México el primer caso de Sida en una mujer que se notificó fue en 1985 y para 1987 había 23 casos de hombres con Sida por cada caso femenino (Zúñiga & Panebianco, 1997 como se citó en Kendall & Pérez, 2004).

La Guía Nacional para la Prevención del VIH y el Sida (2014) reportó que la cifra de mujeres con VIH en México ha incrementado, en casos de Sida la razón hombre/mujer pasó a ser cercana a 11 en 1985, a 4.5 en 2012; significando que en la actualidad la proporción de casos de Sida es una mujer por cada cuatro hombres, mientras que en los casos de personas que continúan como seropositivas hay una mujer por cada tres hombres. Puesto que el total de casos de Sida acumulados en

mujeres mexicanas a septiembre de 2013, es de 17.9%, entre las personas con VIH que continúan registradas y la proporción de mujeres asciende a 26%, lo que indica que el número de mujeres infectadas va en aumento, puesto que 1 de cada 5 personas que vive con VIH es mujer, problemática que ha llevado a investigar cuales son las situaciones que influyen para que las mujeres lleguen a infectarse. Informando que existen Estados de la República donde las incidencias registradas son más altas en los Estados de Campeche, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Yucatán y Tabasco. Los Estados de Jalisco, México, Guanajuato, Coahuila, Ciudad de México, Zacatecas y San Luis Potosí, son las entidades con menores incidencias registradas.

Hernández, Verdugo y Torres (2011) mencionan que los factores de riesgo que hacen propensas a las mujeres mexicanas de vivir con VIH son: tener relaciones sexuales sin protección, condiciones de migración, compartimientos bisexuales por parte de sus parejas y la influencia de la cultura mexicana respecto a la formación de pareja que implica practicar sexo de manera desprotegida como un acto de amor. Por su parte CENSIDA (2016) da a conocer que la desigualdad social y económica influye para que las mujeres sea una población vulnerable a nivel biológico (por la concentración de VIH más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer), epidemiológico, social y cultural, a diferencia de los hombres.

El que la mujer sea vulnerable ante el VIH tiene que ver con los siguientes factores: las construcciones de género, nivel de estudios, abusos sexuales, violencia (física, psicológica y económica), que sus parejas mantengan relaciones sexuales sin protección, entre otros. Vivir con VIH no es tan fácil debido al estigma y discriminación que se debe de afrontar. Sin embargo, no es una limitante siempre y cuando se atiendan medicamente, se implementen conductas saludables a través de la toma de medicamentos, la asistencia a consulta médica, la asistencia con profesionales de salud mental, entre otros.

2. SER MUJER Y VIVIR CON VIH.

2.1 Perspectiva de género.

El ser diagnosticado con VIH es una situación que se va afrontando día con día mediante la implementación de conductas saludables para tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, este afrontamiento es diferente de acuerdo al género.

Para Kendall (2006) el género hace referencia a las características y comportamientos que se les asignan culturalmente a los hombres y mujeres más allá de las condiciones biológicas, donde las construcciones sociales se traducen en comportamientos “aceptables o no” en una mujer/hombre, iniciando desde el nacimiento y durante el crecimiento, generando desigualdad en el acceso de recursos y en la participación social, por ejemplo: las niñas deben utilizar el color rosa, jugar a limpiar, los niños deben vestirlos de azul, jugar futbol, los hombres no lloran, entre otros. Este mismo autor menciona que las condiciones de género aumenta la vulnerabilidad en mujeres para adquirir VIH, no olvidando que los hombres son socialmente vulnerables al virus si mantienen relaciones sexuales con parejas sin protección, además de que culturalmente el hombre al estar con su pareja/esposa mantiene el control, evitando que la mujer comunique el uso del condón durante las prácticas sexuales, por ello cuando se recibe un diagnóstico, en el caso de las mujeres resulta inesperado a diferencia de los hombres.

Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco (2010) realizaron una investigación desde una perspectiva de género que tuvo como objetivo identificar diferencias de género en el soporte emocional y social proveniente de las redes de apoyo de personas que viven con VIH considerando la percepción de la manera en la que se adquirió el virus y el proceso de transformación que viven las personas al momento de reorganizar sus necesidades y circunstancias después del diagnóstico. Los participantes fueron 20 mujeres y 20 hombres de cuatro Estados de la República Mexicana (Morelos, Guerrero, Estado de México y el Distrito

Federal), autodefinidos heterosexuales, en estado ambulatorio y con más de un año de haber sido diagnosticados. Se le aplicaron entrevistas a profundidad y se analizaron los datos de acuerdo a la teoría fundamentada. Los resultados mostraron que el género influye al momento de recibir el diagnóstico, puesto que los hombres comentaron tener sospechas de ser positivo antes de recibir el resultado a diferencia de las mujeres que mencionaron no tener sospecha. En el caso de las mujeres en algunas ocasiones acuden a realizarse la prueba porque primero es diagnosticada su pareja, situación que influye para que la mujer se realice la prueba y sea vulnerable de vivir con VIH.

2. 2 Mujer vulnerable ante el VIH.

De acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (como se citó en Kendall, 2006) la vulnerabilidad hace referencia a una mayor probabilidad de experimentar una situación sobre otras a causa de sus condiciones sociales. Boccaccio (2005) menciona que la mujer en las últimas décadas se ha visto con mayor exposición a adquirir VIH por la homosexualidad por parte de una de las parejas, la resistencia al preservativo, la edad de iniciación sexual, entre otras.

Otros de los factores en América Latina que incrementa la vulnerabilidad para que las mujeres adquieran VIH de acuerdo con Volkow, Rodriguez y Baldrán (2012) son:

- Vulnerabilidad social: el estatus económico influye, la limitación de acceso a programas de la salud sexual y reproductiva, la pobreza, las cuestiones de género, las creencias y la violencia sexual (donde existen abusos sexuales, falta de negociación del uso de preservativo).

-Migración y desintegración familiar: las necesidades que surgen en los países con bajo índice de desarrollo generaran impacto para la migración, puesto que la población busca mejores condiciones de vida y durante este trayecto las mujeres viven situaciones de abusos, surge la necesidad de trabajo sexual o son víctimas de violencia sexual; otras intercambian relaciones sexuales con los polleros, oficiales migratorios o compañeros de viaje, para aumentar las probabilidades de éxito en el camino. Por otro lado cuando las esposas se quedan en casa (esposas de migrantes) por lo regular habitan en zonas rurales donde el nivel educativo en mujeres es bajo y por tanto el conocimiento respecto al VIH es limitado, aumentando el riesgo de adquirir VIH debido al desconocimiento de la información respecto al riesgo de sus esposos durante la estancia en otro país, puesto que sus esposos pudieron tener sexo con trabajadoras sexuales sin protección, abuso de drogas, otra preferencia sexual o compartir jeringas con otros compañeros, situaciones que cuando vuelven a ver a sus esposas de manera temporal, las mujeres tienen relaciones sexuales con sus maridos usualmente sin protección, resultando en algunos casos embarazos y diagnósticos de VIH y muchas de ellas terminan conociendo su estado de infección al VIH hasta que se diagnostica a un hijo con la infección o en el mejor de los casos durante la prueba de detección del VIH en la consulta prenatal.

-Drogas inyectables en la frontera norte: la zona Norte de México específicamente en las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez se reconoce que son lugares con un creciente uso de drogas inyectadas donde algunas personas quedan solo por la disponibilidad de drogas al no poder cruzar la frontera o ser deportados de Estados Unidos.

-Falta de uso de condón: tener práctica sexual sin uso del preservativo presenta un riesgo para adquirir VIH.

-Abuso sexual: ser víctima de abuso sexual expone para adquirir VIH, puesto que la relación sexual forzada produce abrasiones y heridas en las paredes de la vagina o recto.

-Adolescencia: en esta etapa existe una restringida información sobre la sexualidad, prevención de embarazos no deseados, enfermedades a temprana edad de transmisión sexual, inicio de vida sexual a temprana edad, restringida negociación de uso de condón, los métodos anticonceptivos no son fácilmente accesibles a este sector de la población.

-Servicios uniformados y mujeres: las mujeres que trabajan integradas en la línea militar, viven exclusión en la toma de decisiones y muchas veces sufren acoso sexual. También este tipo de acoso y abusos surgen en los contextos, como son: las escuelas, los trabajos, el transporte público, hogar, entre otros.

Uno de los factores que por su relevancia debe ser estudiado con mayor profundidad es la homosexualidad oculta de hombres casados con mujeres. El documental titulado "Homosexuales casados con mujeres para ocultar su sexualidad" (2015) aborda casos de hombres que se casaron con mujeres, teniendo preferencia sexual por los hombres. Un hombre en este video compartió su experiencia, expresando que cuando decidía tener relaciones sexuales con otro hombre se salía de casa, se quitaba la sortija significando para él no estar casado, luego llegaba a casa se volvía a colocar la sortija y cumplía su rol de esposo. Por otro lado, una mujer que ha experimentado la situación de tener un esposo bisexual mencionó sospechar debido a las salidas frecuentes de casa por parte de su esposo y la poca frecuencia para tener relaciones sexuales. Sin embargo, en muchos de estos casos los hombres tuvieron temor a enfrentar el ser homosexuales por las críticas sociales.

Kendall (2006) menciona que *"el estigma y la discriminación asociadas con ser identificado "gay" se suma a la clandestinidad proveniente de la infidelidad sexual, creando contextos en donde las prácticas preventivas son psicológica y*

materialmente difícil de implantar, volviendo aún más vulnerables a los hombres que tienen sexo con hombres y sus parejas, sean hombres o mujeres” (pág. 151). En estos casos una de las áreas a trabajar de manera social es el estigma y discriminación ante la diversidad sexual, puesto que algunas personas no ejercen esta libertad por temor y cumplen los “deber ser” que socialmente se establecen.

2. 3 Experiencia de ser mujer y vivir con VIH.

Una vez que se adquiere VIH, al momento de enfrentarlo las personas pueden ser víctimas de maltratos, estigma, discriminación, entre otros.

Moral y Segovia (2015) dan a conocer que las personas que viven con VIH en ocasiones lo ocultan en entornos prejuiciosos por miedo al rechazo o discriminación y lo revelan en entornos sensibles donde se sientan comprendidos, de lo contrario pueden pasar muchos años y las mujeres permanecen en silencio. Arellano (2008) menciona que muchos pacientes no se atreven aún a comunicar en el hogar su estado serológico por temor al rechazo por que no siempre la familia adopta una posición solidaria, esto se debe a que por falta de información los familiares y amigos llegan a discriminar y estigmatizar a las personas que viven con VIH y va a depender de la disposición que tengan para informarse y conocer el tema para que estas creencias vayan disminuyendo. Por otro lado, la familia puede ser un contexto de motivación para afrontar el VIH, tal es el caso de las mujeres que tienen hijos, la motivación puede ser trabajar para proveer la economía del hogar.

La motivación para ir afrontando el vivir con VIH influye para evitar la frecuencia de pensamientos irracionales que pueden llegar a tener un impacto en sus actividades tales como la limitación de práctica sexual, ya no tener una pareja, no seguir trabajando y en la poca implementación de conductas saludables. Ante estas adversidades la Psicología de la Salud por medio de los programas de

intervención busca mejorar la calidad de vida de los pacientes que vivan con alguna enfermedad, debido a que durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad las personas pueden manifestar depresión, estrés o ansiedad, afectando la adherencia al tratamiento.

3. IMPACTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS.

3.1 Salud.

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad esta se convierte en una situación a tratar mediante acciones como estudios clínicos, asistencia médica y toma de medicamentos, para poder “recuperar la salud” como se menciona cotidianamente.

El concepto de salud a lo largo de los años ha sido abordado, debido a que el ser humano ha enfrentado epidemias. Para tener mayor claridad de este concepto la OMS (2018), define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (párr. 1). Donde no solo se resalta la parte física, sino que se considera el entorno del ser humano y el bienestar mental, que en muchas ocasiones a este último no se le da la prioridad, poniendo una barrera para que la gente asista con los profesionales de la salud mental.

3.2 Enfermedades crónicas degenerativas.

La OMS (2018) define a las enfermedades crónicas como *“enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes”* (párr.1). El concepto degenerativo de acuerdo a la Real Academia Española (2001, como se citó en Reynoso & Becerra, 2013) se define como el *“deterioro estructural o funcional de las células o tejidos; y la segunda, a la pérdida progresiva de normalidad psíquica y moral y de las reacciones nerviosas de un individuo a consecuencia de las enfermedades adquiridas o hereditarias”* (pág. 44).

Caracterizándose la enfermedad crónica degenerativa con larga duración, con una progresión y con deterioro del organismo, por ello la relevancia de atención con profesionales de la salud, puesto que este tipo de enfermedades únicamente se pueden controlar dando la oportunidad de mejorar la calidad de vida.

El recibir un diagnóstico de una enfermedad crónica es para algunas personas complicado porque se llega a creer y sentir que la condición con la que viven es un castigo divino, por comportamientos que realizaron desde su punto de vista catalogados como malos, afectando estas creencias la implementación de conductas saludables, tal es el caso de vivir con VIH, que está relacionado con términos de discriminación porque coloquialmente se expresa que lo adquieren mujeres promiscuas y homosexuales, sin considerar que también existen niños que viven con VIH y hombres y nada tiene que ver con las creencias en relación al castigo (Real Academia Española 2001, como se citó en Reynoso & Becerra, 2013).

El vivir con una enfermedad crónica lleva a generar cambios y el proceso ante estos en ocasiones se ve afectado por las resistencias que el paciente presente, porque se requiere modificar creencias respecto a la enfermedad e implementar estilos de vida a través de conductas saludables. Afrontar dichos cambios requiere de apoyo y en estos casos es relevante trabajar con tratamientos psicológicos, puesto que permitirán identificar conductas que limitan a los pacientes tener una calidad de vida (Reynoso & Becerra, 2013).

3.3 Cambios de estilo de vida.

Las conductas sin duda alguna permiten identificar y observar el estilo de vida de las personas, estas pueden ser saludables o no, cuando se identifica un estilo de vida poco saludable se necesitan modificar ciertas conductas para mejorarlo. Es por eso que las personas que viven con VIH se ven en la necesidad de implementar conductas saludables para aumentar la calidad de vida. El estilo de vida se enfoca en la manera de vivir, en las rutinas y actividades (el consumo de alcohol,

alimentación, horas de sueño, actividad física, entre otros) y la suma de estas acciones se les denominan hábitos o comportamientos sostenidos, dividiéndose estos en los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos reduciendo la esperanza de vida (Jenkins, 2005, Barrios, 2007, cómo se citó en Guerrero, 2010). Para algunas personas que viven con VIH es muy complicado el implementar conductas saludables debido a que desde años no han llevado un estilo saludable y el querer implementarlo de la noche a la mañana les lleva tiempo.

Ante esta problemática Reynoso y Seligson (2005) mencionan que el psicólogo de la salud tiene como objetivo, implementar programas de salud en relación a los factores que influyen en la enfermedad tales como relación entre conductas y factores ambientales que incrementan la ocurrencia de algunas enfermedades crónicas, identificar comportamientos saludables y de riesgo, promover cambios de estilos de vida y finalmente utilizar técnicas conductuales para modificar y mantener cambios. Este tipo de intervenciones deben de realizarse de manera ordenada mediante el diseño e implementación de programas, considerando los factores que influyen en una enfermedad, puesto que en muchas ocasiones las enfermedades pueden ser a consecuencia de un estilo de vida inadecuado.

3.4 Influencia del estado emocional ante el afrontamiento de la enfermedad.

En el caso de las personas que viven con VIH durante el proceso de la implementación de estilos de vida saludables como es el ser adherente al tratamiento, la persona en la mayoría de los casos se ve afectada debido al impacto emocional que pueden estar presentando (depresión, ansiedad y estrés).

3.4.1. Depresión.

Las personas que viven con VIH desde el momento que reciben el diagnóstico seropositivo y durante la enfermedad, presentan algún tipo de alteración emocional de mayor o menor grado dependiendo de la persona, tales como:

- Se centran en mantener el secreto del diagnóstico y se asocia a sentimientos de pena y estigma.
- Se caracteriza por una idea de desesperanza usualmente acompañada de depresión.
- Al percibir el diagnóstico y tratamiento como amenazantes se centran en la evitación que involucra negación del diagnóstico y evitación del tratamiento.
- A partir de un mejor conocimiento, disminuye la resistencia y ocurre la aceptación del diagnóstico e inicio del tratamiento (Miller & Bellack, 1993).

Para Morales (2017) la depresión provoca un nivel de angustia que afecta la capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples, dañando en forma significativa las relaciones sociales (familia y amigos) y la participación en el mundo laboral afectándose la economía. De acuerdo a la cantidad de síntomas y la intensidad, la depresión se clasifica como leve, moderada y grave.

Los pensamientos y creencias en los pacientes en relación al significado que le dan al VIH, influyen en el estado de ánimo, en el afrontamiento, en la implementación de hábitos saludables y de prevención, si una persona cree que el VIH/Sida solo afecta a los homosexuales y a las personas que usan las jeringas para drogarse, la probabilidad de que use preservativos cuando tenga relaciones sexuales será baja (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984, como se citó en Oblitas, 2000), así como este ejemplo hay otro tipo de creencias que limitan el mejoramiento de la calidad de vida, por ejemplo, el VIH se manifiesta en las mujeres que etiquetan de promiscuas, el VIH es para las personas que se portan mal en la vida; la atención

psicológica es para locos al igual que la depresión, sin considerar que si la depresión no es atendida puede irse agravando manifestando ansiedad y estrés.

3.4.2. Ansiedad.

La ansiedad para Vargas, Cervantes y Aguilar (2009) puede coexistir con la depresión y manifestarse por medio de sentimientos de pánico, además de que pueden presentarse síntomas de sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismos y cefaleas, causados en ocasiones por circunstancias que producen confusión o inseguridad. Se puede generar ansiedad al momento que una persona es diagnosticada con VIH y también cuando los pacientes que viven con VIH presentan síntomas de una gripe, tos, infección estomacal, entre otros. También la ansiedad puede surgir cuando las condiciones de vida de los pacientes son de pobreza, porque el sufrimiento posterior a la enfermedad se agudiza por manifestar carencias en el aseguramiento de atención médica, disposición de medicamentos, condiciones económicas para ajustarse a un determinado régimen alimenticio, acceso a tecnologías diagnósticas, entre otros (González, Tinoco & Benhumea, 2011). Estas situaciones no solo pueden generar ansiedad, sino estrés, puesto que las demandas del ambiente al no ser cubiertas genera tensión en las personas para ir cubriéndose.

3.4.3. Estrés.

Es importante mencionar que cuando una persona no se adapta a su medio ambiente surgen conflictos, porque las actividades que está realizando no corresponden con el medio ambiente. Para Guevara y Galán (2010) el estrés surge cuando la relación de la persona con su medio ambiente es amenazante o desafiante, manifestándose con respuestas de enfermedades cardiovasculares y neuroendocrinas; es decir, el estrés contribuye al desarrollo u origen de diversas enfermedades y estas a su vez surgen debido al tipo de estrés que padecen las personas. De acuerdo con Orlandini (2012) el estrés se clasifica en:

- Físicos: la aceleración, la carga biomecánica, humedad, la temperatura, entre otros.
- Químicos: producidos por el estrés nutricional, por el exceso o defecto de azúcares, grasas, proteínas, vitaminas o minerales.
- Fisiológicos: ejercicio, privación de sueño, el hambre, infecciones o enfermedades.
- Intelectuales: cálculo matemático, test de inteligencia, sobre carga, entre otros.
- Psicosociales: duelo, conflictos de pareja, competiciones deportivas, migraciones, entre otros.

Las consecuencias de estos estresores, pueden ser adicciones, violencia y enfermedades mentales. En las personas que viven con VIH, cuando comienzan adherirse al tratamiento pueden presentar estrés fisiológico debido a los efectos secundarios que padecen mientras se adaptan al tratamiento y la falta de conocimiento respecto a la enfermedad puede generar estigma y discriminación, afectando el estado de ánimo y el afrontamiento de la enfermedad.

La sociedad aún desconoce información respecto a la diversidad social que manifiesta nuestro país, por lo cual falta mucho que seguir trabajando no solo en el tema de VIH/ Sida, sino en una diversidad de áreas para ejercer el respeto a la dignidad humana, independientemente de las enfermedades, creencias, religión y preferencias sexuales. Eliminar el estigma es un área a trabajar, puesto que de acuerdo con Piña (2013) este se caracteriza por atribuirle una descalificación a una persona que según “se distingue de los demás”, atribuyendo etiquetas de enfermo, perverso, loco, ruco, indio, prieto, entre otros.

Las mujeres que viven con VIH se enfrentan día a día ya sea con el rechazo de su familia, amigos, vecinos, entre otros, por falta de conocimientos y creencias erróneas respecto al tema. Sin embargo, en ocasiones hasta por profesionales de la salud surge este rechazo, pese a que cuentan con el acceso a la información. Moral y Segovia (2011) mencionan que la discriminación y la estigmatización surge en contra de las personas que viven con VIH, siendo un impedimento para la prevención y asistencia; con frecuencia las personas con VIH/Sida son condenadas

por sus familias y comunidades, expulsadas de sus casas, rechazadas por sus cónyuges y a veces sufren violencia física e incluso homicidio, sometidas a discriminación personal e institucional, pueden encontrarse con que se les niega el acceso a atención sanitaria, cobertura de seguros, entrada en ciertos países y empleo. La solución ante el estigma y la discriminación es la capacidad de respetar e incluir, Piña (2013) menciona que la inclusión evita la discriminación puesto que acepta y respeta a todas las personas sin importar su cultura, preferencia sexual, aspecto físico, religiones, entre otros, brindando a los integrantes la participación y derechos de una vivienda, educación, trabajo, entre otros. Sin embargo, esta no es tarea de uno solo sino de todos los ciudadanos.

3.5 Psicología de la Salud.

Los problemas emocionales pueden afectar a cualquier persona, pero con mayor frecuencia a las personas que viven con VIH (Vargas et al., 2009). Ante las necesidades que se han presentado en las personas que viven con alguna enfermedad, la Psicología ha estado en constante evolución, dividiéndose en ramas para fortalecer y brindar mejores condiciones de vida, surgiendo así la Psicología de la Salud.

Santacreu, Márquez y Rubio (1997) explican que al estudiar la salud desde una perspectiva psicológica, se resalta la relación entre el individuo y el medio ambiente que es el objeto de estudio de la psicología y se considera que el objeto de estudio de la Psicología de la Salud es el comportamiento de los individuos en su interacción con el medio, en cuanto a su condición de salubridad, buscando la adaptación del ser humano con su ambiente de acuerdo a las demandas que se presentan, puesto que las problemáticas que mencionan tener los pacientes es a consecuencia de una desadaptación con el ambiente, objetivo que busca la psicología de la salud en relación con la enfermedad. Así mismo exponen que uno de los objetivos de la psicología de la Salud es el estudio del comportamiento entre

la salud y la enfermedad, aplicando la intervención preventiva, haciendo alusión a la acción y efecto de prevenir.

Urrego (2007) menciona que la psicología de la salud es un campo que se caracteriza por las propuestas en modelos explicativos para abordar específicamente problemáticas de la salud, mediante la investigación y la aplicación en tópicos relacionados con el estrés, enfermedades crónicas, calidad de vida, con las variables que se han precisado en relación a conductas saludables y prevención. Es importante resaltar que la psicología Clínica de la Salud se ocupa de atender problemáticas que desde tiempo atrás habían sido abordadas únicamente por los médicos y hoy en día es un enfoque necesario multidisciplinario para poder resolver las necesidades que se presenten, expandiendo sus actividades en diversas áreas: prevención de enfermedades, cambio de estilo de vida, atención a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y rehabilitación de pacientes (Reynoso & Seligson, 2005). Estos mismos autores mencionan que la prevención se divide en cuatro categorías:

- a) Prevención primaria: consiste en intervenciones para prevenir enfermedades.
- b) Prevención secundaria: intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad.
- c) Prevención terciaria: intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica.
- d) Prevención cuaternaria: esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro, después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento.

Independientemente de la prevención en la que se encuentren los pacientes, es importante que durante las intervenciones se puedan adquirir las competencias

y estrategias, mediante las acciones a realizar para mejorar la salud. Ribes (1990 como se citó en Rodríguez & García, 2011) hace mención de las cuatro formas de competencias preventivas:

- Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
- Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.
- Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos) y reconocer si se tiende o no a hacerlo.
- Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.
- Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera.

Para que el paciente alcance las competencias preventivas se requiere que el psicólogo de la salud brinde un servicio de calidad a los pacientes.

3.6 Psicólogos de la Salud.

Ezequiel (2012) menciona que el trabajo del profesional del psicólogo de la salud se debe hacer de manera responsable en espacios donde pueda aplicar las competencias con las que cuenta para brindar un servicio de calidad y ético. Las competencias que debe de tener, de acuerdo con Stone (1988), son: de investigación y práctica acerca de la valoración de las necesidades individuales, intervención, modificación del comportamiento, terapia de grupo y educación. Además de considerar una buena relación entre médico y paciente a través de un trato digno con empatía y respeto, puesto que al trabajar con personas existe una diversidad de culturas y creencias.

Reynoso y Seligson (2005) mencionan que el trabajo de los psicólogos de la Salud se aplica en el área de prevención de enfermedades, cambio de estilo de vida, atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y rehabilitación

de pacientes. Donde el psicólogo de la salud mediante las intervenciones desde un enfoque conductual debe de respetar las siguientes premisas básicas:

- Mantener concentración en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.
- Asumir que las conductas de desadaptación son hasta cierto grado adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta es aprendida.
- Establecer de manera precisa cómo el medio ambiente puede influir en las personas, en términos de los principios de aprendizaje establecidos.
- Asumir que los principios psicológicos, en especial los de aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta desadaptativa. Parece razonable suponer alguna relación entre el grado que una respuesta en particular fue aprendida y la facilidad con que es posible modificarla.
- Implicar la especificación claramente definida de los objetivos de tratamiento. La terapia conductual no clasifica a la respuesta de desadaptación como evidencia de una personalidad perturbada, por tanto, es obvio que el objetivo del terapeuta y del paciente no sería el de facilitar la reorganización y reestructuración de la personalidad del paciente, si no que la finalidad es ayudar a modificar los problemas específicos que interfieren con su funcionamiento.
- Adaptar su método de tratamiento al problema del paciente.
- Asumir que cualquier técnica clasificada bajo el rotulo de terapia conductual ha sido sometida a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas.

Piña y Robles (2005) respecto al tema de VIH han desarrollado investigaciones que parten de modelos conceptuales de corte racional o cognoscitivos (conocimientos, actitudes, creencias, intención, percepción, entre otros), donde es posible lograr cambios en la conducta humana. Si bien, la

psicología de la salud ha trabajado con enfermedades específicas tal es el caso del VIH donde por medio de las intervenciones, mejora la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA.

4. 1 Adherencia al tratamiento.

Para Marguiles, Barber y Recorder (2006) la adherencia al tratamiento es pensada en términos de las acciones que un individuo hace con el fin de mejorar su estado de salud. El tema de adherencia al tratamiento es uno de los temas más importantes en el área de la salud, sobre todo en personas con enfermedades crónicas degenerativas, puesto que el ser adherente ayuda a llevar un buen control de la enfermedad. Sin embargo, tener esta disciplina de adherencia al tratamiento en algunas personas es complicado porque implica seguir las prescripciones farmacológicas, además de realizar una serie de cambios por parte del paciente en el entorno, su modo de vida y calidad de vida (Marchant, 2013). En el caso de las personas que viven con VIH el ser adherente al tratamiento es fundamental para mejorar la calidad de vida.

Safren et al. (2001) realizaron una investigación la cual tuvo como objetivos examinar los predictores psicosociales para el cumplimiento de la medicación del VIH y evaluar dos enfoques de intervención para aumentar la adherencia, mediante una intervención cognitivo conductual implementando la estrategia psicológica de autocontrol. Los participantes fueron 76 hombres y 8 mujeres que vivían con VIH y con problemas de adherencia, que estaban empezando a tomar medicamentos o en un cambio de medicamentos, los participantes completaron una batería de auto-informe, durante la intervención se monitoreo la toma de medicamentos y se implementaron los siguientes pasos: psico-educación, transporte a las citas, obtención de medicamentos, comunicación con los profesionales de la salud, efectos secundarios, programa de medicamentos todos los días, almacenamiento de medicamentos, claves para la toma de pastillas, opinión e imaginación guiada de adhesión exitosa en respuesta a las señales diarias y respuestas a recaídas en la adherencia. Los resultados dieron a conocer que la depresión y las creencias de

castigo por vivir con VIH se asociaron de manera negativa con la adherencia y satisfacción del apoyo social, siendo la depresión un predictor de la adherencia.

La adherencia al tratamiento es relevante para las personas que viven con VIH, Pasterson et al. (2000 como se citó en Pacifico & Gutiérrez, 2015) exponen que de acuerdo a estudios que se han realizado respecto a la adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH se ha demostrado que adherencias superiores al 95% logra suprimir la carga viral, obteniendo cargas virales indetectables en el 81% de los pacientes que la adherencia se encuentra por encima del 90% y cuando la adherencia de los pacientes se encuentra entre 80-94% la falla virológica se presenta en 61%, incrementándose a 80% para adherentes menores del 80%, dando a conocer que a mayor adherencia al tratamiento se obtienen mayores beneficios a la salud.

Coincidiendo con lo anterior Silva, Galeano, Orlando y Bogotá (2005) mencionan que para ser adherente al tratamiento las personas deben de asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas.

4. 2 No adherencia al tratamiento.

Silva et al. (2005) definen como “no-adherencia”, aquella indisciplina del cumplimiento de interacciones terapéuticas, tal es el caso de no seguir los esquemas indicados por el médico o por el personal de salud, en algunos casos, muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad o conveniencia de tomar los medicamentos, puesto que a menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación por parte de los profesionales de la salud se basa en la evaluación de los cuatro factores: qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la credibilidad en la eficacia de la medicación y aceptación personal de los cambios recomendados.

Cáceres (2004 como se citó en Silva et al., 2005) hace énfasis en que los profesionales de la salud eviten presuponer que la falta de adherencia sea por una personalidad no cooperadora del paciente. Por ello dan a conocer los factores que influyen en la no adherencia al esquema de tratamiento indicado:

1. Factores asociados al paciente.

Deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo como depresión y ansiedad.

Aspectos de la enfermedad: en ocasiones los pacientes prefieren vivir con síntomas leves que aceptar y adherirse al tratamiento.

2. Factor ambiental

Influye en los pacientes que viven solos (la mayoría mujeres) además de el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos sobre la salud o enfermedad que se padezca.

3. Factor asociado al medicamento.

Cuando se trata de toma de medicamentos por tiempo prolongado (enfermedad crónica) la adherencia disminuye, debido a la polifarmacia. La polifarmacia es cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo, cuando la vía de administración requiere personal entrenado y cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración. Además, las siguientes conductas influyen en la no adherencia al tratamiento: no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo a las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis), suspensión prematura del tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada, tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico, tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos contraindicados, medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados y uso inadecuado de los dispositivos de administración como es el caso de los inhaladores.

4. Factor de interacción médico/paciente.

Mejorar los canales de comunicación entre médico- paciente para aclarar dudas entre ambos, solicitando que la empatía surja por parte de los profesionales de la salud y tener tiempo adecuado para que las consultas sean de calidad.

Cáceres (2004 como se citó en Silva et al., 2005) menciona que estos factores dan información suficiente para detectar cuales son las áreas a trabajar para así poder fomentar con mayores recursos la mejora de la adherencia terapéutica. Una de las metodologías para mejorar la adherencia al tratamiento son: información afectiva, comunicación asertiva, educación consistente y ayudas directas para mejorar la adherencia, obteniendo una mejor calidad de vida.

4.3 Calidad de vida.

La calidad de vida es otro de los temas relevantes de la Psicología de la Salud que tiene relación con la búsqueda de un bienestar para los pacientes. Para Ardila (2003) los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son: bienestar emocional, riqueza y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, seguridad e integración con la comunidad. Para comenzar a trabajar en el crecimiento personal, las realizaciones de las potencialidades, el bienestar subjetivo y otros problemas similares.

Para Martín y Grau (2004) la forma en que las personas en su día a día van afrontando la enfermedad juega un papel importante, puesto que la calidad de vida se ve afectada o beneficiada dependiendo de las conductas saludables que vayan adoptando ya que a mayor control de la enfermedad mayor calidad de vida obtendrá el paciente, siempre y cuando se adhieran adecuadamente al tratamiento y a los regímenes conductuales que cada enfermedad exige.

4.4 VIH, calidad de vida y apoyo social.

El apoyo social motiva a las personas que viven con VIH a seguir las indicaciones de los tratamientos e implementar en su vida diaria hábitos saludables para mejorar la calidad de vida.

De Souza, De Castro, Reis, De Silva y Gir (2018) realizaron en Brasil un estudio descriptivo-transversal con el objetivo de analizar la asociación entre la calidad de vida y el apoyo social de las personas con coinfección de tuberculosis/VIH, en 57 personas mayores de edad, siendo la mayoría hombres con nivel de estudios bajo. Se utilizaron tres instrumentos: cuestionario para la categorización socioeconómica y clínica, WHOQOL-VIH BREF para evaluar calidad de vida y Escala de apoyo social para personas viviendo con VIH/aids. Los resultados dieron a conocer que se observaron correlaciones lineales estadísticamente significativas entre Apoyo Instrumental y los Dominios Físicos y Relaciones Sociales. Se concluyó que las personas que viven con tuberculosis/VIH pueden presentar miedo por el estigma implicando alteraciones en las relaciones sociales. Finalmente se mencionó que el apoyo social por parte de la familia, red de amigos y profesionales de la salud afecta positivamente la calidad de vida de las personas que viven con tuberculosis/VIH.

Es importante mencionar que los profesionales de la salud forman parte de las redes de apoyo, porque brindando un servicio profesional y con empatía influyen en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes o viceversa (pueden afectarla). Crook, Browne, Roberts y Gafni (2005 como se citó en Vinnaccia, Fernández, Quiceno, López, Otavaro, 2008) realizaron una investigación con personas que viven con VIH/Sida, donde examinaron el impacto de las variables la calidad de vida y el apoyo social sobre la utilización del servicio de salud y dieron a conocer que al acudir con mayor frecuencia a la atención médica, los niveles de depresión y salud funcional fueron equivalentes a las personas que utilizaban poco los servicios de salud y tenían mayor apoyo social.

Para que la calidad de vida mejore en las personas que viven con VIH, es importante que tengan la motivación para poder implementar conductas saludables. “La motivación se define como el proceso psicológico que busca explicar el curso que sigue el inicio, el mantenimiento y la consumación de la ejecución de una acción”. (Flórez, 2007, pp. 30). Kantor y Smith (1975, como se cito en Piña, 2009) mencionan que la persona que tiene motivación es propensa a comportarse de determinada manera, como lo es el caso de una persona que está motivada a prevenir vivir con VIH, para evitarlo hace uso del preservativo. Sin embargo, no siempre se cuenta con la suficiente motivación, siendo esta una barrera a superar mediante las intervenciones terapéuticas.

Para Sánchez (2008) la propuesta de Flórez 2007 (Dimensión Psicológica de la Promoción y Prevención en Salud DPPPS) toma conceptos de la psicología de aprendizaje y de motivación humana. Este modelo se analiza mediante la analogía de una escalera psicológica, describiendo una serie de etapas, donde se van superando barreras de expectativa reforzamiento- resultado, controlabilidad percibida, autoeficacia, actitudes normativas y la decisión de actuar o no actuar. Para Flórez (2007) la Dimensión Psicológica de la Promoción y Prevención es un modelo que explica la probabilidad de ejecución de un comportamiento saludable, enfatizando tres elementos:

- a) La presencia de etapas sucesivas: donde la probabilidad de ejecución va aumentando, oscilando entre una probabilidad mínima de 0.00 y una máxima de 1.00.
- b) La presencia de barreras entre una etapa y otra: representadas por los procesos de tipo cognitivo o conductual, donde se debe cumplir la progresión de la probabilidad de ejecución de la conducta.
- c) La idea de la progresión en la probabilidad de ejecución del comportamiento: incremento de la disponibilidad al cambio.

El proceso de cambio puede trabajarse mediante las intervenciones desde un enfoque Cognitivo Conductual o diseñando talleres que tengan el objetivo

promover e implementar conductas saludables en los pacientes, tomando en cuenta la motivación por parte del paciente y las redes de apoyo para mejorar la calidad de vida.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) lo siguen adquiriendo personas de todo el mundo y es un tema a seguir investigando a nivel físico, biológico, psicológico y social, debido al impacto emocional y físico que genera en la persona que lo adquirió. En el caso de la mujer, la violencia física, psicológica, económica y sexual, ha influido para que las mujeres sean una población vulnerable ante VIH (Volkow et al., 2012).

En respuesta a esta problemática se considera relevante que se siga difundiendo información e intervenciones desde el campo de la Psicología de la Salud, para fortalecer la calidad de vida y adherencia al tratamiento en las personas que viven con VIH y así logren obtener una mejor “salud”, seguir con proyectos personales y ejercer sus derechos, puesto que no es lo mismo ser mujer y vivir con VIH a ser hombre, debido a la perspectiva de género.

El vivir con el virus no es una limitante pese a que durante el afrontamiento la persona que vive con VIH pueda manifestar depresión, ansiedad, estrés, vivir estigma y discriminación por parte de familiares, amigos y profesionales de la salud. Sin embargo, cuando se logra trabajar con las resistencias que se presentan ante estas adversidades y se logra una mayor adherencia, la calidad de vida de las personas se ve beneficiada, permitiéndoles llevar una vida digna. Por eso el presente trabajo mediante un estudio de caso, tiene el objetivo de evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH.

5. 1 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el impacto de una intervención personalizada Cognitivo Conductual en el mejoramiento de adherencia al tratamiento, la depresión y calidad de vida?

5.2 Objetivo general.

Evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH.

5.3 Objetivos Específicos.

- Incrementar los conocimientos de calidad de vida y adherencia al tratamiento en mujeres mexicanas que viven con VIH.
- Modificar hábitos, por medio de un plan de intervención personalizado, en mujeres mexicanas que viven con VIH.
- Evaluar constancia de adherencia al tratamiento y calidad de vida, en mujeres mexicanas que viven con VIH.

5.4 Hipótesis de investigación.

Los niveles de adherencia al tratamiento serán mejor en las mujeres mexicanas que viven con VIH después de participar en un programa de intervención personalizado para fortalecer calidad de vida.

Disminuirán los niveles de depresión en mujeres mexicanas que viven con VIH después de participar en la intervención personalizada para fortalecer calidad de vida.

6. MÉTODO.

6.1. Tipo de investigación.

N=1: El tipo de diseño empleado fue N = 1 con dos casos. Se trabajó en forma individual con cada participante empleando técnicas específicas de acuerdo con sus requerimientos (Nuñez, s.f.).

6.2. Participantes.

Caso 1.

Mujer canalizada mediante una convocatoria por la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/Sida, A.C, decidió participar de manera voluntaria. Edad de 42 años, soltera, vive con VIH desde hace más de 10 años y se encontraba adscrita a una atención médica.

Caso 2.

Mujer canalizada mediante una convocatoria por la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/Sida, A.C, decidió participar de manera voluntaria. Edad de 55 años, estado civil casada, vive con VIH desde hace más de 10 años y se encontraba adscrita a una atención médica.

6.2.1 Criterios de inclusión.

Para la selección de los casos se emplearon los siguientes criterios:

- Mujeres de nacionalidad mexicana que vivieran con VIH.
- Que tuvieran 10 años o más de ser diagnosticada con VIH y estar bajo tratamiento médico.
- Edad de 18 a 55 años.

- Fase de evaluación: presentar puntuaciones bajas en los instrumentos SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) y WHOQoL- Bref (World Health Organization Quality of Life Bref). En el caso del Inventario de Beck las puntuaciones deberán de ser entre 19 y 63 puntos.

6.2.2 Criterios de exclusión.

- Consumo de alcohol o drogas.
- Dificultad para atender indicaciones.
- No estar bajo tratamiento médico.

6.2.3 Criterios de eliminación.

Las personas que tuvieran 30% de inasistencia a las sesiones.

6. 3 Instrumentos.

Se aplicó una batería compuesta por los siguientes instrumentos: SMAQ, WHOQoL-BREF, Inventario de Beck y entrevista semiestructurada.

Instrumento SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire): este instrumento es una variación del test Morisky- Green validado por Knobel, et al. (2002, como se citó en Morales & Marcial, 2011) en España, que aborda el tratamiento de la infección por VIH. Presenta un 72% de sensibilidad y 91% de especificidad, cuestionario recomendado para personas que viven con VIH y están en tratamiento antirretroviral. Está conformado por 6 preguntas, agrupando a los pacientes en no adherente cuando cualquier respuesta dicotómica sea negativa y alguna de las continuas responda que el paciente ha olvidado tomar alguna dosis. La pregunta 5 se usa como semicuantitativa: A 95-100% adhesión; B:85-94%; C:65-84%; D:30-64% y E:<30%, entre mayor fuera la puntuación mayor adherencia

terapéutica (Pardo & Ruiz de Apodaca, 2007 como se citó en Morales & Marcial, 2011).

Instrumento WHOQoL- Bref (World Health Organization Quality of Life Bref): realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), traducido y adaptado por Sánchez- Sosa y González- Celis en el año 2006 (como se citó en Morales & Marcial, 2011). Sé conforma por 26 items con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Las dos primeras preguntas son independientes y los 24 restantes se reúnen en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Cada pregunta se valora del 1 a 5, mientras más alta sea la puntuación mayor es la calidad de vida. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas y para enfermedades crónicas puede ampliarse a cuatro semanas, es un instrumento que se desarrolló y validó transculturalmente, es útil para comparar la CVRS entre culturas, está centrándose en la percepción del individuo, aplicable a personas sanas o enfermas y presenta buenas propiedades psicométricas (Badia, Salamero & Alonso, 2002 & Programme on Mental Health, World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Switzerland: WHO, 1996, como se citó en Cardona, 2009).

Inventario de Beck: este instrumento contiene veinte reactivos, evalúa la sintomatología depresiva durante la última semana mediante 21 ítems. De acuerdo a sus propiedades psicométricas con muestras clínicas y subclínicas desde el año 1961 a 1986 propone que una puntuación total en el inventario de entre 0 y 9 indica ausencia de depresión, entre 10 y 18 depresión leve, entre 19 y 29 depresión moderada y entre 30 y 63 depresión grave. Estos mismos puntos de corte para las distintas categorías de gravedad de la depresión son las propuestas por Beck y Steer (como se citó en Crespo & López, 2007) en el último manual publicado del BDI. Los índices psicométricos son adecuados puesto que manifiesta una fiabilidad test-retest que oscila entre .60 y .72, consistencia interna de .83 con muestra subclínica (Sanz & Vázquez como se citó en Crespo & López, 2007) y de .90 con pacientes hospitalizados con diversos trastornos psicopatológicos.

Autorregistros: donde se especificaron los indicadores conductuales que la participante debería observar y ejecutar (Valladares & Rentería, 2013). Se registró la frecuencia semanal de la toma de medicamentos suministrados por el médico, además de registrar lo que siente y piensa durante la toma de estos, para poder indagar que factores pudieran estar influyendo en la toma de medicamentos.

6. 4 Escenario.

La aplicación de los instrumentos y de la intervención se realizó en un consultorio de psicología en la Red Mexicanas de Personas que Viven con VIH/Sida, A.C. Las dimensiones de este espacio fueron de 4x5 m, con 2 sillas (una para el terapeuta y otra para el paciente), con buena iluminación; posee un ambiente agradable y hermético a ruidos externos.

6. 5 Variables.

Variables dependientes: calidad de vida, adherencia al tratamiento y nivel de depresión.

Variable independiente: tratamiento.

6. 6 Tratamiento.

Las técnicas psicológicas se aplicaron de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación inicial (batería de pruebas psicométricas) y la entrevista semiestructurada en cada participante. Las técnicas fueron las siguientes de acuerdo a Valladares y Rentería (2013):

Técnica de relajación: esta técnica permite obtener una respuesta de relajación contraria a la tensión y al estrés, debido a que es capaz de activar el sistema nervioso parasimpático y de inhibir el funcionamiento excesivo del sistema simpático, logrando efectos de calma, tranquilidad, paz, armonía, entre otros.

Siendo un punto de apoyo desde el que puede reestructurar la visión estresante de los eventos y el propio comportamiento.

Manejo de contingencias: esta técnica se aplica a problemas de salud, encontrándose una variedad de procedimientos conductuales dependiendo del malestar biológico relacionado con el comportamiento. Empleándose para modificar la conducta de enfermedad; reforzando positivamente las conductas saludables y extinguiendo las relacionadas con aquellas que no son funcionales para el bienestar físico y mental.

Solución de problemas: esta técnica permite afrontar las adversidades de manera eficaz, haciendo un análisis de la situación problema, para proponer posibles soluciones y posteriormente hacer un análisis costo- beneficio o balance decisional que le permita decidir teniendo una visión amplia de la situación.

Autocontrol: permite un cambio conductual con la finalidad de modificar una conducta de uno mismo. Dentro de esta técnica el auto monitoreo se considera una habilidad compleja que lleva al autoconocimiento y permite darse cuenta de los efectos que acontece el medio físico, conformándose de tres elementos: autoobservación, que consiste en la observación del propio comportamiento; autorregistro con la finalidad de conservar vestigios de memoria, estos pueden ser de tiempo, duración, de latencia, de frecuencia, entre otros; y autorreporte que es hablar de sí mismo y de la conductas que se trabajaron.

Terapia racional emotivo conductual: tiene la finalidad de cambiar las cogniciones, para producir cambios en las emociones y las conductas. Modificando los patrones erróneos de pensamiento y las actitudes que dan origen a estas cogniciones, solucionando el problema y trabajando en el tiempo presente.

Activación conductual: es un tratamiento para tratar la depresión, el cual consiste en la realización de actividades por parte del paciente de manera específica

identificando patrones de conducta que se relacionan con la depresión. Para obtener conductas placenteras o productivas y experimentar mayores recompensas. (Martell et al., 2010).

Asertividad: técnica para la autoafirmación personal, respeto a los derechos propios y los ajenos, y poder expresar de manera apropiada los sentimientos y pensamientos sin producir angustia o agresividad (Naranjo, 2008).

6. 7 Procedimiento.

El procedimiento se llevó a cabo mediante cuatro fases:

Fase “A” de Información: se les explicó el protocolo de tesis mediante una charla informativa de manera individual. Posteriormente se recaudaron datos generales y se les dio la carta de consentimiento informado, el aviso de privacidad y la carta compromiso para leerlos, indicándoles que si tenían alguna duda con confianza podían preguntar, una vez aclaradas las dudas firmaron. (Anexos. 1,2,3,4 y 8).

Fase “B” de Diagnóstico: en dos sesiones de una hora, se les aplicaron los siguientes instrumentos de manera individual a cada participante:

Calidad de Vida: Instrumento WHOQoL- Bref (World Health Organization Quality of Life Bref).

Depresión: Inventario de Beck

Adherencia: Instrumento SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) (Anexos 5, 6 y 7).

Posteriormente se realizó una entrevista a cada participante con la finalidad de ampliar la información (Anexo 8).

Fase “C” de Intervención: se realizó un plan de intervención personalizado, en el caso 1 las técnicas conductuales que se implementaron de acuerdo a las puntuaciones y a la información obtenida de la entrevista fueron: Psicoeducación,

Adherencia al tratamiento y Control de estímulos, Terapia Racional Emotiva, Activación conductual, Relajación, Resolución de problemas, Toma de decisiones y Asertividad.

En el caso 2 las técnicas conductuales que se implementaron de acuerdo a las puntuaciones obtenidas y a la información obtenida durante la entrevista fueron: Psicoeducación, Asertividad, Terapia Racional Emotiva y Activación conductual, Toma de decisiones y Adherencia al tratamiento.

Luego se les solicitó a ambas llenar los autoregistros semanales, con la finalidad de ir plasmando memoria de la intervención y observar factores que limitan la eficacia del tratamiento.

Se llevó a cabo en las últimas dos sesiones un desvanecimiento gradual de las intervenciones, a una sesión cada 15 días con la finalidad de mantener y reforzar la conducta de ser adherente al tratamiento.

Fase "D" Cierre: se les aplicaron las pruebas psicométricas (Pos-test) para poder realizar el análisis de resultados. Finalmente, las participantes mencionaron los beneficios que obtuvieron durante la intervención.

Criterios de éxito: que las puntuaciones de las pruebas psicométricas hayan cambiado de manera favorable después de haber terminado la intervención, los autorregistros reportarán de manera ascendente un aumento en su adherencia al tratamiento y en el autoinforme final de las participantes se reportarán mínimo dos beneficios obtenidos durante la intervención en relación a su calidad de vida.

6. 8 Consideraciones éticas.

El trabajo se apegó a los principios generales de la ética del psicólogo donde la responsabilidad de los psicólogos es garantizar el bienestar de los individuos y

grupos que asistan al servicio. Debido al carácter del presente trabajo se tuvo un estricto apego a los siguientes principios: cuidado responsable y respeto a los derechos y dignidad de las personas. Mediante acciones como la capacitación profesional del psicólogo tratante y el empleo de técnicas de modificación de conducta que han demostrado su eficacia para los problemas tratados. Así también se cuidaron los derechos y la dignidad de las participantes atendiendo al consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho de brindarles la decisión de dar por terminada la relación con el psicólogo sin consecuencia alguna dentro o fuera de la Red Mexicana de Personas que viven con VIH (Código Ético del Psicólogo, 2009).

7. RESULTADOS.

Se presentan los resultados obtenidos por cada participante de acuerdo al objetivo general que fue evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH.

Resultados Caso 1.

Caso 1: Edad de 42 años, estado civil soltera, nivel de estudios hasta quinto grado de primaria, ocupación de intendencia en un edificio, tiene tres hijos y visitaba a su pareja en el reclusorio. Fue diagnosticada con VIH desde hace 20 años y el esquema de tratamiento asignado por el médico fue el siguiente: Prezista, Norvir, Viread y Vurtas, después de la cena.

Las puntuaciones que se obtuvieron en el caso 1 se muestran a continuación en la Tabla 1, estas dieron a conocer la falta de hábitos saludables en relación a la toma de medicamentos, porque tres meses antes de que comenzarán las intervenciones el número de días que olvidó tomar el medicamento fue de 8, indicando una no adherencia al tratamiento. El Inventario de Beck de acuerdo a las puntuaciones obtenidas dio a conocer una depresión severa, puesto que la puntuación fue de 41 puntos. Posteriormente las puntuaciones en relación a la calidad de vida mediante el instrumento WHOQOL-BREF fueron de 81 de 125 indicando que la Calidad de vida estaba afectada.

Luego se realizó la entrevista con la finalidad de obtener mayor información y poder planear las sesiones para la fase de intervención.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en la evaluación Pre-test y Pos-test del caso 1.

Instrumentos de Evaluación	Puntuaciones.	Puntuaciones.
	Pre-test	Pos-test
<i>SMAQ para evaluar adherencia al tratamiento</i>	8	3
<i>WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida</i>	81	99
<i>Inventario de Beck para evaluar depresión.</i>	41	3

Entrevista.

Historia del diagnóstico.

Caso 1.

Durante la entrevista la mujer que vive con VIH compartió que el diagnóstico seropositivo lo recibió hace 20 años debido a que a su esposo lo diagnosticaron con VIH, razón por la cual asistió a realizarse la prueba porque mantenía relaciones sexuales con él sin uso del condón. Cuando ella se informa que vive con VIH tenía la edad de 25 años, en ese tiempo ya había tenido sus tres hijos y actualmente ninguno de ellos vive con VIH. Ante el diagnóstico expresó que la reacción fue de enojo y decisión de afrontarlo mediante atención médica, durante ese tiempo recibió apoyo e información por médicos, una trabajadora social y familiares.

El compartimiento del diagnóstico con sus familiares no le llevó mucho tiempo puesto que lo informó días después de recibirlo a su mamá y a una hermana, teniendo apoyo por parte de ellas. Después tomó la decisión de separarse de su esposo y se fue a vivir a casa de su mamá y al pasar el tiempo se enteró que su esposo había fallecido. Desde hace 17 años conoció a su actual pareja, mencionando que le fue un poco difícil compartirle que vivía con VIH por el temor a ser rechazada y cuando decidió afrontarlo recibió aceptación por parte de él,

dándose la oportunidad de tener una pareja y vida sexual usando condón. Luego mencionó que hace 7 años comenzó a consumir drogas y descuidar su salud porque su pareja las consumía, teniendo consecuencia al verse afectada su salud y encontrarse en fase terminal, recibiendo durante esta etapa apoyo por parte de asociaciones y familiares. Esta experiencia tuvo de consecuencia una agudeza visual en un ojo y modificación en el esquema de medicamento aumentando dosis de este, menciona que le cuesta trabajo consumir el medicamento porque tiene resistencia ante las tomas de este.

Durante la entrevista comentó que asiste al médico cada que presenta alguna molestia o cuando le agendan las citas y mencionó que tiene una buena relación con los profesionales de la salud.

Motivo de asistencia al protocolo.

Expresó que decidió asistir al servicio porque se encontraba ante una resistencia de la toma de medicamentos, además de que identificó sentirse triste porque su pareja estaba en el reclusorio y en unos meses iba a salir, sintiéndose confundida porque no sabía qué decisión tomar si mantener esa relación o ya no, debido a que su pareja seguía con adicción a las drogas; físicamente expresó sentirse cansada por mucho tiempo y con muchas ganas de dormir.

Problemáticas identificadas.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la evaluación Pre-test y la información obtenida durante la entrevista, las problemáticas que se trabajaron fueron:

- Adherencia al tratamiento: mencionó que le costaba trabajo aceptar que tiene que tomar medicamentos, además de que en el instrumento la puntuación indicó que no es adherente al tratamiento.
- Depresión: de acuerdo a las puntuaciones obtenidas, la depresión que presentó fue severa, teniendo un estado de ánimo de tristeza por la proximidad de salida del reclusorio de su pareja, manifestando físicamente cansancio y exceso de

sueño. Este estado depresivo afectaba la motivación para la toma de medicamentos.

- Ansiedad: la situación económica que presentaba era de bajos recursos y esto en ocasiones le generaba preocupación porque al no tener una salud favorable se veía en la necesidad de evitar el trabajo, mencionando que cada semana que visitaba el reclusorio tenía que llevar dinero y los pensamientos en relación a la toma de una decisión respecto a qué hacer con su pareja le generaban ansiedad.
- Asertividad: mencionó que es ocasiones le era difícil poder expresar con su pareja lo que sentía y pensaba cuando se enteraba de que él volvía a consumir drogas y para evitar problemas decidía quedarse callada.

Intervención.

La cantidad de sesiones programadas fueron 10 y estas aumentaron a 15 debido a las necesidades que se fueron presentando: trabajo con datos sensibles, imprevistos, desastres naturales (terremotos), entre otros. El tiempo que se trabajó fue del mes de febrero a diciembre del 2017.

Se comenzó a trabajar con Psicoeducación donde la participante expresó que el hecho de vivir con VIH hizo que en ocasiones se enfrentara a situaciones de discriminación, mencionando que le paso con una policía al momento de la revisión para poder ver a su pareja en el reclusorio. Por otro lado, mencionó que el tener amistades que viven con VIH fue bonito para ella porque se comprenden, aunque los momentos que son difíciles es cuando alguna amistad llega morir como fue el caso de su amiga. En relación al conocimiento respecto al VIH expresó tener claridad por el tiempo que ha vivido con este y se ha informado constantemente.

Se mostró un gran interés por querer sentirse físicamente mejor y expresó no aceptar la toma de medicamentos. Luego se le mencionaron los beneficios a corto

y largo plazo específicamente en su caso y comenzó tomando la decisión de implementar la conducta de tomar el medicamento, conforme iban pasando las sesiones y la aplicación de las técnicas, fue disminuyendo el número de olvidos de la toma de medicamentos (Figura 1).

Las técnicas Terapia Racional Emotiva (TRE) y Activación Conductual se aplicaron para disminuir el estado depresivo que presentaba, teniendo resultados mediante la modificación de pensamientos irracionales por racionales; logró retomar actividades, tal fue el caso de trabajar y conseguir más empleo, limpiar su casa, arreglar su aspecto físico y tuvo la iniciativa de querer vender zapatos.

Al poco tiempo de la salida de prisión su pareja, ella al ver que las cosas que esperaba de él no sucedieron (que su pareja dejara de drogarse), comenzó a sentirse ansiosa y con la intención de querer volver a consumir drogas, ante esta situación se trabajó la técnica de relajación y toma de decisiones analizando costos y beneficios de consumir droga a corto y largo plazo. Posteriormente con esa misma técnica se trabajó con la toma de decisiones respecto de seguir o no con su pareja (se analizaron las ventajas y desventajas), resolviendo que sí quería seguir con él porque le tenía un gran aprecio. Esta técnica de toma de decisiones también le ayudó en el momento que presentó anemia, puesto que afrontó la situación con las siguientes acciones: asistió al médico, pidió apoyo nutricional en la Asociación de Personas que Viven con VIH, busco apoyo en distintas asociaciones donde había medicamentos que no tenía y cuando su hija presentó problemas analizó la situación que a ella le causaba problema y con la técnica logró resolverlo solicitando apoyo de una asociación.

Luego se trabajó con el tema de asertividad donde decidió implementar las habilidades de comunicación con su pareja, mencionando que en ocasiones le costaba trabajo expresar lo que sentía y cuando lo hacía era porque ya estaba muy enojada y discutía. Además, expresó que en su trabajo estaba de mal humor y al tocar la puerta lo hacía muy fuerte y respondía de una forma poco amable. Al

implementar la técnica en su casa y trabajo, logró una mejor comunicación con su pareja y con la gente de su trabajo, reportando sentirse más contenta.

Durante las intervenciones se pudo observar mediante los autorregistros de la toma de medicamentos (Figura 1) que durante las primeras 2 semanas (línea base) el olvido de la toma de medicamentos fue de 2 días y al iniciar la intervención con las técnicas de Psicoeducación, Adherencia al tratamiento y Terapia Racional Emotiva, la conducta saludable de la toma de medicamento aumento por que no olvidó tomar el medicamento ningún día, manteniéndose esta conducta a mitad de la intervención, obteniendo beneficios de la adherencia al momento de afrontar y recuperarse de una anemia y herpes.

Posteriormente cuando su pareja salió del reclusorio y los problemas con su hija comenzaron, el olvido de la toma de medicamentos comenzó aumentar del mes 5 al mes 9, durante este periodo se trabajó con las técnicas de toma de decisiones, relajación y asertividad.

La etapa de desvanecimiento fue de 15 días y la conducta de toma de medicamentos aumento, manteniéndose en 0 días de no olvidar tomar el medicamento. Finalmente se logró observar cómo es que las situaciones consideradas problemas para cada caso pueden influir en la implementación de conductas saludables llegando afectar la salud, puesto que en este caso se vio reflejado en el olvido de la toma de medicamentos.

La motivación que se mantuvo durante las intervenciones fue favorable reflejándose en la disposición de asistencia a las sesiones y sin resistencia al cambio, observándose esta disposición en los resultados obtenidos en la evaluación Pos-test, donde las puntuaciones dieron a conocer un aumento significativo en adherencia al tratamiento, aumentando la calidad de vida y manifestando la ausencia de depresión, como se muestra en la Tabla 1.



Figura 1. Monitoreo de registros de adherencia al tratamiento en el Caso 1

Posteriormente un profesional de la Salud de la Red de Personas que Viven con VIH cuestionó a la participante respecto a la calidad del servicio que recibió, respondiendo que fue bueno, que se sintió escuchada y que el beneficio que obtuvo fue que logró aceptar y mejorar la toma de medicamentos.

Finalmente se concluyó en este caso que el impacto del tratamiento Cognitivo Conductual tuvo efecto en el mejoramiento de la calidad de vida, puesto que la comparación de las puntuaciones obtenidas en la fase Pre-test y Post-test dieron a conocer que la adherencia al tratamiento y la calidad de vida aumentaron y la depresión disminuyó.

Resultados Caso 2.

Caso 2: Edad de 55 años, nivel de estudios preparatoria, estado civil casada (con un amigo mediante un acuerdo por conveniencia para conseguir el medicamento), sin hijos, vive con su hermana, diagnosticada hace 17 años con VIH, el esquema de tratamiento asignado por el medico fue el siguiente: por la mañana toma 2 pastillas de Kaletra y en la noche toma 1 pastilla de Truvada y 2 pastillas de Kaletra.

Para la obtención de información se realizó la evaluación Pre-test con la aplicación de los siguientes instrumentos: WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida, Inventario de Beck para evaluar depresión y SMAQ para adherencia al tratamiento. Las puntuaciones obtenidas en el caso 2 se muestran a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2.

Puntuaciones obtenidas en la evaluación Pre-test y Pos-test del caso 2.

Instrumentos de Evaluación	Puntuaciones. Pre-test.	Puntuaciones. Pos-test
<i>SMAQ para evaluar adherencia al tratamiento</i>	2	0
<i>WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida</i>	76	92
<i>Inventario de Beck, para evaluar depresión.</i>	29	15

Las puntuaciones dieron a conocer que la participante es adherente al tratamiento. Las puntuaciones del Inventario de Beck para evaluar la depresión indicaron depresión moderada y respecto a la calidad de vida se obtuvo una puntuación 76 de 125 dando a conocer que esta estaba afectada. Posteriormente se realizó la entrevista con la finalidad de obtener mayor información y poder planear las sesiones de la fase de intervención.

Entrevista.

Historia del diagnóstico.

Caso 2.

Durante la entrevista compartió que el diagnóstico de vivir con VIH lo recibió debido a que se realizó una prueba porque a su esposo lo diagnosticaron primero y ella mantenía relaciones sexuales con él sin uso del condón. Expresó que las emociones que experimentó al recibir el diagnóstico fueron de enojo y engaño por parte de su esposo porque la vida le había cambiado, además de que el enojo era porque su esposo abusaba sexualmente de ella y se dio cuenta que su pareja mantenía relaciones sexuales con hombres. Al paso del tiempo decidió separarse de su esposo y se fue a vivir a casa de su padre, ahí trabajó para poder mantenerse y luego se enteró que su esposo había muerto.

Expresó sentir con el paso del tiempo como si le hubieran cortado las alas porque ya no tuvo hijos, ni pareja y vida sexual por miedo a que por su culpa alguien adquiriera el virus pese a que tenía el conocimiento de que con el uso del preservativo esto se puede evitar y que con un tratamiento multidisciplinario se puede lograr tener hijos. En este caso el hecho de vivir con VIH la limitó para volver a tener una pareja y realizar su proyecto de querer tener hijos.

A su familia y a la familia de su esposo les compartió que vivía con VIH, recibiendo apoyo emocional y económico por parte de uno de sus hermanos y evito compartir el diagnóstico con sus amistades por miedo al rechazo.

Posteriormente se vio en la necesidad de buscar la forma de adquirir el medicamento porque no contaba con los recursos para comprarlo, logrando un acuerdo con un amigo homosexual que la apoyo, tomando la decisión de casarse con él para que ella pudiera obtener el medicamento.

El vivir con VIH la ha llevado a afrontar situaciones de discriminación por parte de los profesionales de la salud, comentando que en una ocasión fue al dentista y le expresó que vivía con VIH, por este comentario responsable le fue negado el servicio, un médico la llegó hacer sentir culpable y responsable de haber adquirido VIH por el hecho de ser mujer, generándole sentimientos de enojo, tristeza y rechazo.

Para ella el hecho de vivir con VIH la llevó a cuestionarse el por qué a ella. Sin embargo, lo ha afrontado con la atención médica, por que menciona darle miedo el SIDA y este miedo la impulsa a ser adherente al tratamiento.

Motivo de asistencia al protocolo.

Expresó sentirse triste, cansada, sin ganas de hacer cosas y sin ganas de bañarse. Mencionó vivir con su hermana donde el contexto para ella es de soportar tratos que no la hacen sentir bien tales como gritos de su cuñado, limpieza que no le corresponde y discusiones con su hermana, expresando que vive ahí por cuidar de su sobrino y porque ya no puede trabajar debido a que si lo hace se puede enfermar.

Problemáticas identificadas.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la evaluación Pre-test y la información obtenida durante el diagnóstico, las problemáticas que se trabajaron fueron:

- Asertividad: constantemente ha tenido situaciones con sus familiares de discusión, mencionando que no expresa lo que siente en el momento.
- Depresión: por las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Beck, además de que el estado de ánimo que presentaba fue de tristeza y pensamientos de que por vivir con VIH ya no puede trabajar en nada porque va a enfermar.
- Adherencia al tratamiento: esto debido a que ante la presencia de la depresión ésta puede influir de forma negativa para la toma de medicamento.

La cantidad de intervenciones aumentaron debido a las necesidades que se presentaron: trabajo con datos sensibles, imprevistos, desastres naturales (terremotos), entre otros. Es importante mencionar que conforme iban pasando las sesiones se logró identificar que el nivel de motivación que presentaba era bajo y con una resistencia al cambio, situación que llevó a la modificación del plan de intervención para poder identificar las barreras que impedían una buena comunicación entre la terapeuta-paciente.

En el transcurso de las intervenciones se brindó la información en relación al ser asertivo y que así identificará en qué contextos podría aplicarla, la participante decidió no aplicarla en ningún contexto, mostrándose a la defensiva con la terapeuta. En relación a esta situación, la terapeuta busco estrategias para generar un ambiente cordial y que el trabajo terapéutico tuviera un impacto, una vez hecho esto la participante siguió mostrando un nivel de motivación bajo, resistencia al cambio y una actitud defensiva. La terapeuta buscó mejorar los canales de comunicación y se logró modificar el plan de intervención, brindándole la información en relación a los temas de: asertividad, activación conductual, la importancia de ser Adherente al tratamiento y en relación a este último se mantuvo la conducta de tomar el medicamento durante la intervención, porque mencionó en la historia del diagnóstico el temor por llegar a la fase de Sida la motivaba a ser adherente.

En la evaluación Pos-test las puntuaciones dieron a conocer el mantenimiento de la conducta de toma de medicamento, aumentó la calidad de vida y las puntuaciones en relación a la depresión disminuyeron (Tabla 2).

Posteriormente la participante ejerció su derecho de negarse a que un profesional de la salud le preguntara respecto a la calidad del servicio que se le ofreció y fue la terapeuta quien la cuestionó, respondiendo que le había gustado porque se había sentido escuchada. Finalmente se puede observar que de acuerdo

al análisis de las puntuaciones, la intervención tuvo un impacto en el mejoramiento de la calidad de vida.

8. DISCUSIÓN.

El objetivo del siguiente trabajo fue evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH, donde el cumplimiento del objetivo se logró exitosamente, porque de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones Pre-test y Pos-test, en ambas participantes se pudo observar el impacto de las intervenciones, cumpliéndose las hipótesis en ambos casos, puesto que los niveles de adherencia al tratamiento fueron mejores y los niveles de depresión disminuyeron después de la intervención.

Es importante mencionar que afrontar el ser mujer mexicana y vivir con VIH no es tan fácil debido a las creencias respecto al VIH (etiquetas despectivas donde se cree que el VIH es consecuencia de un castigo divino, por ser mala persona, entre otros) y respecto a los deberes que deben de asumir las mujeres (ser amable, dócil, pasar el mayor tiempo en casa, entre otros). Kendall (2006) menciona que el género hace referencia en las características y comportamientos que se les asignan culturalmente a los hombres y mujeres, por ejemplo, las mujeres deben de vestir de rosa, las niñas deben de jugar a la comidita, las mujeres deben ser sensibles y obedecer a sus esposos, entre otros. Este tipo de comportamientos son factores que hacen vulnerables a las mujeres para adquirir VIH. Volkow et al. (2012) realizaron una investigación con el objetivo de analizar los factores de América Latina que incrementan la vulnerabilidad de VIH en mujeres, los cuales son: vulnerabilidad social, migración, desintegración familiar, drogas inyectables, servicios uniformados y en la adolescencia la falta de información respecto al VIH. Además, el hecho de que el hombre mantenga relaciones sexuales con hombres/mujeres sin protección y que la mujer sea violentada física, psicológica, sexual y económicamente.

En ambos casos de este trabajo las mujeres mantenían relaciones sexuales con sus esposos sin uso del condón, en el Caso 1 el esposo fue el primero en ser

diagnosticado, situación por la cual acudió a realizarse una prueba. En el caso 2 su pareja fue diagnosticada primero y además se dio cuenta de que su pareja era bisexual, esclareciéndose que en ambos casos las mujeres dejaron su cuidado sexual al hombre, limitando la negociación del uso del condón y al momento de recibir el diagnóstico les fue una noticia sorpresiva a diferencia de un hombre que probablemente sospecha por las prácticas de riesgo que han tenido. Un estudio retrospectivo de 150 hombres VIH-positivos que consideraban tener una pareja estable femenina describió que el 92% de estos tuvieron coito anal con otros hombres durante sus vidas y el 70% no usó condón durante su práctica con otros hombres en los tres años anteriores al estudio. De las parejas femeninas de estos hombres solo dos sospechaban la posibilidad de prácticas homosexuales de su pareja y el 100% no había considerado necesario el condón a excepción del uso ocasional y como un método de planificación familiar (Mireles, López & Cruz 2002, como se citó en Kendal, 2006). Se mencionó las creencias en relación al VIH y de género limitan a las mujeres a acudir en ocasiones a la realización de una prueba rápida y en el caso de ser diagnosticadas, para algunas mujeres les es más difícil salir y solicitar atención médica, psicológica, nutricional, entre otros.

Si bien, cuando una mujer se informa que va comenzar a vivir con VIH, esta noticia en la mayoría genera un impacto emocional y pueden llegar a experimentar: enojo, tristeza, miedo, temor, depresión, ansiedad, entre otros. En el caso 1 la participante mencionó sentirse enojada al inicio y posteriormente con una actitud de afrontarlo responsabilizándose mediante la asistencia médica. El caso 2 expresó sentirse enojada, triste y sorprendida por que su pareja era bisexual. Para Reynoso y Becerra (2013) el recibir un diagnóstico de una enfermedad es difícil puesto que surgen las creencias en relación a una consecuencia de un castigo divino, en el caso 2, la mujer compartió que llegó a cuestionarse el por qué le había sucedido, sintiéndose como si le hubieran cortado las alas para tener un hijo.

Estas emociones que se van experimentando en el proceso pueden llegar a limitar en algunas personas la comunicación del compartimiento del diagnóstico con

sus familiares, en el trabajo, con amigos y pareja por temor a las reacciones negativas. Moral y Segovia (2015) dan a conocer que las personas que viven con VIH en ocasiones lo ocultan por miedo al rechazo o la discriminación y lamentablemente algunas mujeres comienzan por autodiscriminarse, alejándose y limitándose la oportunidad de recibir el apoyo de redes. De Souza et al. (2018) realizaron en Brasil un estudio con el objetivo de analizar la asociación entre la calidad de vida y el apoyo social de las personas con coinfección de tuberculosis/VIH, en 57 personas mayores de edad, siendo la mayoría hombres con nivel de estudios bajo. Los resultados dieron a conocer que se observaron correlaciones lineales estadísticamente significativas entre Apoyo Instrumental y los Dominios Físicos y Relaciones Sociales. Se concluyó que las personas que viven con tuberculosis/VIH pueden presentar miedo por el estigma, implicando alteraciones en las relaciones sociales y se mencionó que el apoyo social por parte de la familia, red de amigos y profesionales de la salud afecta positivamente la calidad de vida de las personas que viven con tuberculosis/VIH. En ambos casos las participantes compartieron su diagnóstico con familiares, recibiendo una respuesta (Rs) favorable y expresaron que al inicio llegaron a sentir temor de ser rechazadas.

Las mujeres que viven con VIH en ocasiones se enfrentan a situaciones de discriminación por parte de su familia, amigos, profesionales de la salud, compañeros de trabajo y vecinos debido a la falta de conocimiento del tema. La participante 1 mencionó ser discriminada por una policía al momento de ingresar al reclusorio por el hecho de vivir con VIH y en el caso 2 le fue negado el servicio de Odontología debido a que de manera responsable informó que vivía con VIH. Piña (2013) menciona que el estigma se caracteriza por atribuirle una descalificación a una persona que según se distingue de los demás, atribuyendo etiquetas de: enfermo, perverso, loco, ruco, indio, prieto, entre otros. Para evitar este tipo de situaciones y abusos se considera necesario que las mujeres que viven con VIH conozcan sus derechos puesto que estas situaciones pueden ir afectando su calidad de vida y estado de ánimo, llegando en ocasiones a manifestar depresión.

Para Morales (2017) la depresión es aquella que provoca un nivel de angustia afectando la capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples, daña en forma significativa las relaciones sociales (familia y amigos), la participación en el mundo laboral y afecta la economía. Dependiendo de la cantidad de síntomas y la intensidad, la depresión se clasifica como leve, moderada y grave.

En el caso 1 la participante mencionó sentirse triste, sin ganas de tomar el medicamento, con exceso de sueño y preocupada por no saber qué hacer debido a que su pareja estaba por salir del reclusorio. En el caso 2, la participante reportó sentirse triste y sin ganas de hacer nada por los problemas y malos tratos que recibía en casa de su hermana. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Beck, ambas presentaban depresión, en el caso 1 una depresión severa y en el caso 2 una depresión moderada. Para ir disminuyendo los niveles de depresión la participante 1 identificó los pensamientos irracionales y los modificó por pensamientos racionales, se aplicó la técnica de resolución de problemas y toma de decisiones, afronto y fue resolviendo situaciones que le provocaban estrés tales como los problemas con su pareja, problemas con su hija, padeció herpes, afrontó anemia y modificó hábitos de alimentación. Es relevante mencionar que en el caso 2 se modificó el tratamiento brindándole únicamente información respecto a las técnicas. En ambos casos disminuyeron los niveles de depresión, cumpliéndose así la hipótesis 2 donde disminuirán los niveles de depresión en las mujeres que viven con VIH después de participar en la intervención personalizada para fortalecer la calidad de vida.

Para Ardila (2003) los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son: bienestar emocional, riqueza material y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, seguridad e integración con la comunidad. En el caso 1 la participante no tenía el hábito de la toma de medicamentos y la Participante 2 si tomaba el medicamento puesto que el miedo por llegar a la fase de Sida influía para que la toma de medicamentos fuera constante. Para Libertad y Grau (2004) el

afrontamiento a la enfermedad se ve reflejado en la motivación del paciente para obtener disciplina ante la toma de medicamento, control de la enfermedad y aumento de la calidad de vida.

Si bien la Psicología de la Salud ante la necesidad de mejorar la calidad de vida ha brindado respuesta mediante sus programas de intervención. Santacreu, Marqu ez y Rubio (1997) exponen que uno de los objetivos de la psicología de la Salud es el estudio del comportamiento entre la salud y la enfermedad aplicando la intervención preventiva, haciendo alusión a la acción y efecto de prevenir, de una parte, respecto a la preparación o acción anticipada y por otro lado evitando males o daños inminentes. Para que se logren con mayor éxito las intervenciones, los psicólogos de la salud deben de brindar un servicio con responsabilidad y  tica durante las intervenciones, deben de tener desarrolladas habilidades respecto a cómo generar una relación de empatía con el paciente para establecer un ambiente de confianza y respeto; así mismo el psicólogo debe de tener disposición ante los cambios que se requieran realizar durante la intervención, puesto que cada participante manifiesta sus particularidades. En el caso 2, el establecimiento de una relación empática fue complicada y la terapeuta necesit  realizar cambios identificando las variables que estaba influyendo, puesto que es responsabilidad del psicólogo realizar los cambios necesarios para brindarle una mejor atención para el cuidado de la salud. Ezequiel (2012) menciona que el trabajo del profesional, en este caso del psicólogo de la salud se debe hacer de manera responsable en espacios donde pueda ir aplicando las competencias con las que cuenta, para brindar un servicio de calidad, ético, sin dejar a un lado que también la motivación de los pacientes ante los cambios es relevante.

Las áreas que se sugieren trabajar para brindar una mejor intervención terapéutica y poder ir afrontando las barreras ante el tratamiento, para una futura intervención en mujeres que viven con VIH son: establecer mayor número de sesiones, puesto que el abordar datos sensibles con las participantes requiere de mayor tiempo y se puede evitar la interpretación por parte de las participantes de

que las ven como experimento, establecer una relación empática entre terapeuta y paciente por medio de información en relación al perfil que tienen las mujeres que viven con VIH, tener conocimiento del tema, manejar una comunicación asertiva evitando comentarios que puedan hacer sentir rechazada a la participante y hacer uso del lenguaje de acuerdo a las características de la participante, porque en ocasiones el psicólogo puede hacer uso excesivo de tecnicismos.

Se considera relevante trabajar con información confiable respecto al VIH, se sugiere seguir creando proyectos de intervenciones terapéuticas personalizadas o talleres con mujeres que viven con VIH para que tenga acceso adquirir herramientas e ir afrontando el VIH con un acompañamiento profesional, trabajar con los familiares: padres, parejas, hermanos, hijos, amigos, espacios de trabajo (jefes y compañeros) y difundir información en escuelas y hospitales para prevenir vivir con VIH y reacciones de estigma y discriminación por parte de la sociedad a consecuencia del desconocimiento.

Finalmente, este trabajo aportó a dos mujeres que viven con VIH conocer e implementar técnicas psicológicas que les servirán en su vida diaria y difundir la efectividad de los tratamientos terapéuticos, por medio de su experiencia con relación a la salud mental, para motivar a más mujeres a solicitar los servicios psicológicos.

9. CONCLUSIÓN.

Ser mujer y vivir con VIH es un área a seguir trabajando debido a los constructos de género que influyen durante la prevención y el afrontamiento, debido a que en ocasiones se van limitando conductas de autocuidado de la mujer tales como la negociación con la pareja para el uso del condón, la no violencia (física, económica, sexual y psicológica), el no tener acceso a información en relación al VIH, las creencias respecto a cómo debe de ejercer la vida sexual el hombre y mujer, entre otros. Provocando que estos sean algunos de los factores que hacen que la mujer sea vulnerable para adquirir VIH.

Cuando una mujer es diagnosticada con VIH puede experimentar miedo, enojo, tristeza, ansiedad, depresión, estrés, situaciones de estigma y discriminación, entre otros. Ante estas adversidades, la psicología de la Salud responde teniendo el objetivo mejorar la calidad de vida en personas que viven con VIH y en este trabajo se permitió ver la eficacia de un programa de intervención en dos casos de mujeres que viven con VIH, donde se trabajó con las técnicas: activación conductual, asertividad, resolución de problemas, relajación, entre otros. Resultando efectivas para el beneficio de las participantes, porque se observó que, al disminuir los niveles de depresión, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento aumentaba.

Es importante mencionar que para poder obtener resultados favorables durante las intervenciones, las pacientes deben de tener motivación y disposición al cambio, además de que el psicólogo de la salud debe contar con habilidades necesarias para afrontar los cambios que se necesiten realizar durante la intervención y estar informado respecto al tema con el que está trabajando, para identificar que variables en dado caso de surgir una resistencia al tratamiento por parte de la participante puedan estar influyendo. Además, es responsabilidad del terapeuta generar un espacio de confianza y respeto hacia las participantes de acuerdo a los principios y normas del código ético del psicólogo y es importante

resaltar que las personas que viven con VIH conozcan sus derechos para que identifiquen cuando están recibiendo un trato digno y cuando no.

Finalmente se puede concluir que el VIH no es una limitante para poder realizar proyectos y actividades en la vida diaria, porque al implementar conductas saludables como la adherencia al tratamiento e informarse respecto al tema se puede tener una mejor calidad de vida y realizar actividades recreativas, hacer ejercicio, trabajar, asistir a eventos sociales, con tratamiento multidisciplinario pueden llegar las mujeres a tener hijos, tener una pareja estable o no (dependiendo de la decisión de cada persona), ejercer vida sexual con uso del condón, entre otros.

REFERENCIAS.

- Alfaro, O. (2015). Centros de atención que ofrecen apoyo a personas con VIH/Sida en el DF. *Time Out Ciudad de México*. Recuperado de <https://www.timeoutmexico.mx/ciudad-de-mexico/gay-y-lesbico/centros-de-atencion-a-personas-con-vih-sida-en-el-df>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arellano, L. M (2008). *Estigma y discriminación a personas con VIH*. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/C-05-A.pdf
- Bernal, F. (2016). Farmacología de los Antirretrovirales. *Revista Médica*, 27 (5), 632-697. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-farmacologa-de-los-antirretrovirales-S0716864016300943>
- Boccaccio, C. (2005). El VIH-Sida como problema de la mujer. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24 (3), 98-99.
- Cabrera, R. G., Ortega, A. C. G. & Martínez, B. J. (2015). *Guía de Adherencia a Tratamientos Antirretrovirales para personas con VIH*. Red de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C.
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C & Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 3 (5). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500005

- Cardona, A. J. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF. *Colombia médica*, 42(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/283/28321543004/>
- CENSIDA (2005). *Pruebas rápidas para detectar VIH*. Recuperado de https://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/formacion_integral/febrero/temaSexualidad/descargables/infecciones_ts/pruebasRapidasVIH-SIDA.pdf
- CENSIDA (2016). *Día mundial del Sida México 2016*. Recuperado de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170223/Bolet_n_D_a_Mundial2016.pdf.
- Código Ético del Psicólogo (2009). *Sociedad Mexicana de Psicología*. México: Trillas. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- Cortés, M. A., Sánchez, H. A., Hernández, C. R., Mendieta, S. K. M., Cara, G. A. C. et al. (s.f). *Proyecto PAPIIT, Folleto Solución de problemas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Crespo, L. M. & López, M. J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “como mantener su bienestar”*. Colección Estudios: Serie Dependencia. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- De Souza, N. L. A., De Castro, C.C., Reis, R. K., De Silva, C. R. M. & Gir, E. (2018). Apoyo social y calidad de vida de las personas con coinfección de tuberculosis/ VIH. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 1 (5). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/1695-6141-eg-17-50-1.pdf>
- Documental Homosexuales casados con mujeres para ocultar su sexualidad*. (2015). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Xk2g5jrGYg0>

- Enríquez, M. O & Manterola, M. M. (2011). *Adherencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Ezequiel, B. (2012). Psicología y Salud Social. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 64-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382001.pdf>
- Figueroa, H. G., Uriostegui, E. L. C & Delgado, Q. E. G. (2016). Detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(1), 52-57. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im161i.pdf>
- Flórez, L. (2007). Psicología Social de la Salud. Cap. 2. *El desarrollo de la conducta saludable: un proceso segmentado por etapas* (pp. 29-68). Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.
- González, G. N., Tinoco, G. A. M. & Benhumea, G. L. E. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios públicos*, 14(32), 258-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
- Guerrero, M. L. R. & León, S. A. R. (2010). Estilo de vida y salud. *Revista Venezolana de educación*, 14 (48), 13-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
- Guevara, G. M. P. & Galán, C. S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas. Hipertensión arterial y Diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 47-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975006.pdf>
- Guía Nacional para la Prevención del VIH y el Sida*. (2014). Recuperado de www.censida.salud.gob.mx.

- Hernández, F. R., Verdugo, M. I. R. & Torres, S. A. (2011). *Lineamientos de derechos humanos para la atención a personas afectadas por el VIH*. México: Comisión Nacional de los derechos Humanos.
- Kendall, T. & Pérez, V. H. (2004). *Epidemiología del VIH/Sida en México. Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas*. México: Colectivo Sol, 30- 40. Recuperado de http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_mujeresmex.pdf
- Kendall, T. (2006). Mujeres y VIH/ SIDA: Una introducción a la vulnerabilidad femenina ante el virus. *SIDA. En J. L. Álvarez, B. G. Enrique, B. Mario, C. Martha, D, H, Gloria, et. al. Aspectos de Salud pública* (145-151). México: CENSIDA. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=j718e78knAoC&oi=fnd&pg=PA145&dq=MUJERES+MEXICANAS+CON+VIH&ots=dGSrO1HdoK&sig=kYNIJ_9dBeeOIGLyLpvs4m_w2w0#v=onepage&q=MUJERES%20MEXICANAS%20CON%20VIH&f=false.
- Lamotte, C. J. A. (2014). Infección por VIH/ Sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18 (7). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015
- Marchant, O. S. C. (2013). *Adherencia al tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, 11-23. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20%281%29.pdf?sequence=1>
- Margulies, S., Barber, N., & Recorder, M. L. (2006). VIH-SIDA y Adherencia al tratamiento. *Revista de Antropología y Arqueología*, 1(3). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-54072006000200013&script=sci_arttext&tlng=es.

- Martell et. al. (2010). *Adaptado Behavioral Activation for Depression. A Clinician's Guide. The Guilford Press*. Recuperado de http://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/modificacion-conductual/recursos/Principios%20de%20la%20Activacion%20Conductual.pdf
- Martín, A. L & Grau, A. A. J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14 (1). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>
- Miller, T. & Bellack A. (1993). AIDS accommodation syndrome: clinical and legal implications. *AIDS Patient Care*, 314-318.
- Moral. J. & Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/Sida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2 (2), 185-206. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2451/245118507004/>
- Morales, F. C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud pública*, 43 (2), 136-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21451176001.pdf>
- Morales, O. R. & Marcial, M. M. (2011). *Adherencia al tratamiento médico y Calidad de Vida en personas que viven con VIH*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala: México.
- Muñoz, M. J., Fuster, R. M., Fumaz C, Ferrer, M., Molero F & Jaen, A. (2014). Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. *Med Clin*, 142(10), 438–44.
- Naranjo, P. M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades investigativas en educación"*, 8 (1), 1-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>

- Núñez, P. I. (s.f). *Diseños de Investigación en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf
- Oblitas, G. L. A. & Becoña, I. E. (2000). Promoción de estilos de vida Saludables: ¿realidad, reto o utopía? En E. Becoña, Fernando L. V. & L. A. Oblitas, *Psicología de la Salud* (pp. 67-80). México: Plaza & Valdés. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=Blc6XLCFcVsC&pg=PA75&dq=conductas+saludables&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiehuaL6szcAhUB-6wKHTaSCJ0Q6AEIKDAA#v=onepage&q=conductas%20saludables&f=false>
- OMS. (2018d). *VIH/Sida. Datos y cifras. Servicios de detección del VIH*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- OMS. (2018). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OMS. (2018). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS. (2018a). *Temas de salud, VIH/SIDA*. Recuperado de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- OMS. (2018b). *VIH/Sida. Datos y cifras. Prevención*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- OMS. (2018c). *VIH/Sida. Datos y cifras*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- OMS. (2018e). *VIH/Sida. Datos y cifras. Tratamiento*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- ONU MUJERES. (2016). *Hechos y cifras: el VIH y el Sida*. Recuperado [de http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures](http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures)

- ONUSIDA. (2018). *Hoja Informativa- Julio 2018*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económico. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=d8-KuiJAOXIC&printsec=frontcover&dq=ESTRES&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwifw_aZtc3cAhVCXK0KHY3tBf0Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false
- Pacifico, J. & Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100010&script=sci_arttext
- Piña, L. J. A. & Robles, M. S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10 (1), 71-83. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3990>
- Piña, L. J. A. (2009). Motivación en Psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 5 (1), 27-35.
- Piña, O. J. M. (2013). *Aceptación, estigma y discriminación. Estudiantes normalistas ante sectores vulnerables*. España: Editorial Díaz de Santos, 1-15. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=Y5CozfaAheUC&printsec=frontcover&dq=ESTIGMA+Y+DISCRIMINACI%C3%93N&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiB2aTp8szcAhUNTKwKHZwFAigQ6AEIKDAA#v=onepage&q=ESTIGMA%20Y%20DISCRIMINACI%C3%93N&f=false>.

- Reynoso, E. L & Becerra, G. A. L. (2013). Generalidades psicológicas de los pacientes crónicos degenerativos. En M. C. Bravo. (Ed.). *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 43-60). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reynoso, E. L & Seligson, N. I (2005). *Psicología Clínica de la Salud*. México: Editorial el Manual Moderno. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=Te75iok5oAgC&pg=PA117&dq=cambios+de+estilos+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj608ud4MzcAhUPeawKHfh3CloQ6AEIMTAC#v=onepage&q=cambios%20de%20estilos%20de%20vida&f=false>
- Rodríguez, C. M. D. L. & García, R. J. C. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 4 (2). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>
- Safren, S.A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. & Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (0), 1151-1162.
- Sánchez, M. H. (2008). Reseña de Psicología social de la salud - Promoción y Prevención de L. Flórez-Alarcón. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (1), 174-175. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80500116.pdf>
- Santacreu, J., Márquez, M, O & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud Veracruz*, 10 (1), 1-21. Recuperado de http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/prevencion.PDF

- Silva, G. E., Galeano, E., Orlando, C. J & Bogotá, D. C. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30 (4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1631/163113820004/>.
- Stone, G. C., (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de psicología*, 20 (1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf>
- Urrego, Y. (2007). Psicología de la Salud: De la acción individual a la acción social. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1 (2), 101-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996009.pdf>
- Valadez, B. (2017). En jóvenes, 55 % de los casos de VIH/ SIDA en 2017. *Milenio* Recuperado de: http://www.milenio.com/salud/jovenes-vih-sida-censida-prevencion-condonmovil_0_1075092488.html
- Valladares D. L. C. P & Rentería, R. A (2013). Técnicas de Relajación y meditación. En N. C. Cabrera & J. L. S. Rodríguez. *Psicoterapia, Cognitivo Conductual* (pp. 1-58), México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valladares, D. L. C. P. & Rentería, R. A. (2013). *Psicoterapia, Cognitivo- Conductual, técnicas y procedimientos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vargas, M. J. E., Cervantes, R. M. & Aguilar M, J. E. (2009). Estrategias de afrontamiento del Sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Universidad Veracruzana*, 19 (2), 2015-2021. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29111986006.pdf>
- Vázquez, C. R. (2016). *Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>

- Vinnaccia, A. S., Fernández, H., Quiceno, J. M., López, P. M. & Otavaro, C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 125-132. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526111>
- Volkow, F. P. A., Rodríguez, D. V. A. E & Baldrán, D. D.A. (2012). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. *Actualizaciones EN SIDA, Buenos Aires*, 20 (78), 111-119. Recuperado de <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>

APÉNDICES

Apéndice 1.

Presentación y evaluación.

Sesión:1 Presentación y evaluación.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante concretará la presentación con la terapeuta, la firma de acuerdos (datos generales, aviso de privacidad, consentimiento informado y carta compromiso), la evaluación Pre-test y la entrevista.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Introducción.	La participante conocerá a la terapeuta y el objetivo general del protocolo.	-Hoja de datos generales (Anexo1). -Pluma negra.	10 minutos.	La terapeuta recibirá a la participante y se presentará. Luego la invitará a pasar al consultorio y le cuestionará cómo es que se le hizo el trayecto de su casa a la RED (rapport). Luego, le preguntará: “¿Cómo está? y ¿qué fue lo que la motivó a participar en este proyecto?”. Después de manera breve la terapeuta le expondrá el objetivo general del protocolo y de la sesión. Posteriormente la terapeuta le solicitará a la participante sus datos generales.	La participante compartirá que fue lo que la motivó a participar en el protocolo. La participante brindará información general, respondiendo las preguntas.
Firma de acuerdos.	La participante concretará la firma del aviso de privacidad, consentimiento informado y la carta compromiso.	-Aviso de privacidad (Anexo2). -Carta de consentimiento informado (Anexo 3). -Carta compromiso Anexo 4). -Pluma negra.	15 minutos.	La terapeuta le dirá a la participante lo siguiente: “Para poder participar en el proyecto es importante el establecimiento de acuerdos. A continuación, le pasaré tres cartas (Aviso de privacidad, Consentimiento informado y Carta compromiso), donde le pido que las lea detalladamente, pregúntenme con confianza en dado	La participante firmará el aviso de privacidad, consentimiento informado y la carta compromiso.

				caso de tener dudas y una vez aclaradas estas, por favor fírmela.”	
Fase de evaluación. -Pre-test.	Obtener información previa a la intervención sobre la calidad de vida de la participante, para valorar posteriormente los efectos de la intervención.	<p>-Para evaluar calidad de vida, se aplicará el instrumento <i>WHOQOL-BREF</i>. Tiempo de aplicación 20 minutos (Anexo 5).</p> <p>-Para evaluar depresión, se aplicará el <i>Inventario de Beck</i>. Tiempo de aplicación 10 minutos (Anexo 6).</p> <p>-Para evaluar adherencia al tratamiento, se aplicará el instrumento <i>SMAQ</i>. Tiempo de aplicación 10 minutos (Anexo 7).</p> <p>-Entrevista semiestructurada (Anexo 8).</p>	40 minutos.	<p>La terapeuta le mencionará a la participante lo siguiente:</p> <p>“A continuación vamos a pasar a la fase Pre-test, la cual consiste en contestar tres instrumentos que permitirán evaluarla, cualquier duda o comentario, hágamelo saber con confianza.”</p> <p>Posteriormente la terapeuta le mencionará lo siguiente: “A continuación le voy a realizar una entrevista con la finalidad de obtener mayor información y poder brindarle una mejor atención. Es importante informarle que si hay una pregunta que no desee responder esta en todo su derecho de no hacerlo.”</p>	<p>La participante responderá todos los reactivos de los tres instrumentos (WHOQOL-BREF, Inventario de Beck y SMAQ).</p> <p>La participante responderá las preguntas durante la entrevista.</p>
Cierre.	Conocer cómo es que se sintió la participante en la primera sesión.		10 minutos.	<p>La terapeuta brevemente de dirá lo siguiente a la participante:</p> <p>“Me da gusto que dio el primer paso al decidir participar en este proyecto porque la salud mental es importante atenderla para poder obtener beneficios, en este caso mejorar la calidad de vida.</p> <p>Para terminar la sesión me gustaría saber cómo es que se va de esta</p>	La participante responderá la pregunta respecto a su sentir en esta primera sesión.

				primera sesión". Una vez respondida la pregunta, se agendará la próxima cita.	
--	--	--	--	--	--

Apéndice 2.

Entrevista.

Sesión:2 Entrevista.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante concretará la entrevista.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Entrevista.	Obtener información previa a la intervención sobre la calidad de vida de la participante, para valorar posteriormente los efectos de la intervención.	-Entrevista semiestructurada (Anexo 8).	50 minutos.	<p>La terapeuta recibirá a la participante y le preguntará como es que se siente. Luego de manera breve se le mencionará un breve resumen de la sesión pasada y el objetivo de la sesión.</p> <p>La terapeuta antes de dar inicio con las preguntas le explicará lo siguiente: “como se mencionó la sesión pasada, si existe una pregunta que le llegará a incomodar y no la quiera responder, está en todo su derecho de no contestar.”</p>	La participante brindará información respondiendo las preguntas realizadas por la terapeuta.
Cierre.	Conocer como es que se sintió la participante con las preguntas realizadas durante la entrevista.		10 minutos.	<p>Una vez terminada la entrevista, se le preguntará lo siguiente: “¿Cómo se sintió al responder las preguntas?” y ¿Cómo es que se va de esta sesión?.</p> <p>Finalmente se agendará la siguiente sesión.</p>	La participante responderá las preguntas.
Asignación de tareas.	La participante describirá sus horarios de las tomas de medicamentos.	-Cuadro de horarios de medicamentos (Anexo 9).		Se le solicitará a la participante que llene el cuadro de horarios de toma de medicamentos.	La participante responderá el cuadro con los horarios de la toma de medicamentos.

Apéndice 3.

Psicoeducación.

Sesión:3 Psicoeducación.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La terapeuta expondrá a la participante información respecto al VIH y al hábito de tomar los medicamentos en tiempo establecido.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Psicoeducación.	La participante identificará sucesos desde su experiencia respecto al vivir con VIH.	-Presentación en Power point (Anexo 10).	25 minutos.	<p>La terapeuta le preguntará a la participante cómo es que esta y le solicitará la tarea.</p> <p>Luego le dará un breve resumen de la sesión pasada y le mencionará el objetivo de la sesión.</p> <p>Posteriormente le preguntará: “¿usted tiene conocimiento respecto al VIH?”. Una vez respondida la pregunta la terapeuta le dirá lo siguiente: “A continuación le voy a exponer de manera breve sobre el tema de VIH, es importante que cualquier duda que llegará a tener con gusto la exprese; así como alguna experiencia que quiera compartir.”</p>	<p>La participante responderá a la pregunta realizada por la terapeuta.</p> <p>La participante enunciará experiencias respecto a la información de la presentación.</p>
Registro de adherencia de medicamentos.	La participante establecerá el registro de adherencia al tratamiento semanalmente de acuerdo a los horarios y medicamentos que tome.	<p>-Presentación en Power point del tema de adherencia (Anexo 10).</p> <p>-Registro de adherencia (Anexo 11).</p>	20 minutos.	<p>La terapeuta expondrá a la participante el tema de adherencia al tratamiento y le solicitará que si tiene alguna duda o comentario lo exprese.</p> <p>Posteriormente con la ayuda de la tarea, la terapeuta le explicará cómo es que cada</p>	La participante registrará semanalmente mediante los registros otorgados la toma de medicamentos.

				semana tendrá que llenar el registro de la toma de medicamentos.	
Señales para la toma de medicamento.	La participante utilizará recordatorios para la toma de medicamentos, aplicando los conocimientos previos del llenado del autorregistro.	-Presentación en Power point de los recordatorios para la toma de medicamentos (Anexo 10).	15 minutos.	Se le expondrá a la participante la presentación y se le dirá lo siguiente: "La dinámica es la misma que las dos presentaciones anteriores." Terminada la presentación la terapeuta le indicará a la participante que debe elegir dos señales que le ayuden a recordar la toma de su medicamento.	La participante comentará experiencias durante la presentación e implementará dos señales que le ayudarán a recordar la toma de medicamento.
Cierre.	Conocer el grado de satisfacción de la participante después de la sesión.		5 minutos.	La terapeuta le solicitará a la participante que del 1 al 10 exprese como es que se va de la sesión. Finalmente se agendará la próxima cita.	La participante responderá la pregunta solicitada por la terapeuta.
Asignación de tareas.	La participante empleará una conducta saludable que es la toma de medicamento, registrando la frecuencia.	-Registro de adherencia al tratamiento. (Anexo 11). -Cuadro de solución de problemas (Anexo 12).	5 minutos.	Se le solicitará que para la próxima semana lleve el registro de la toma de sus medicamentos contestado, así como el cuadro donde contemple una situación problema a trabajar.	

Apéndice 4.

Toma de decisiones.

Sesión:4 Toma de decisiones.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La usuaria implementará la técnica de toma de decisiones en alguna situación que le sea problemática.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Toma de decisiones.	La participante empleará la técnica de toma de decisiones ante situaciones que le causen problema.	-Folleto con la explicación de la técnica de toma de decisiones (Anexo 13). -Hoja de rotafolio con la información sintetizada del folleto (Anexo 14).	50 minutos.	La terapeuta saludará a la participante y le preguntará como es que esta. Luego le dará un breve resumen de la sesión anterior. Le solicitará sus dos registros pendientes y le mencionará el objetivo de la sesión. Después le entregará un folleto con la explicación de la técnica y le solicitará que lo lea de manera breve. La terapeuta le expondrá el contenido del folleto de manera precisa y desglosando al mismo tiempo la solución de un problema con los pasos establecidos. Terminada la exposición, la terapeuta le preguntará a la participante cuáles son los cinco pasos para resolver un problema y la participante resolverá su situación problema por medio de esta técnica.	La participante mencionará los cinco pasos de la técnica de solución de problemas. La participante identificará solución a una situación problema; así como un plan de acción de acuerdo a los pasos establecidos de la técnica. La participante aplicará el plan de acción.
Cierre.	La participante mencionará como es que se sintió durante la sesión con la técnica que se trabajó.		10 minutos.	La terapeuta le preguntara a la participante como es que se sintió durante la sesión. Finalmente se agendará la próxima cita.	La participante responderá la pregunta de la terapeuta, mencionando como es que se sintió durante la sesión.
Asignación de tareas.	La participante empleará una	-Registro de adherencia al	5 minutos.	Se le solicitará que para la próxima semana	

	conducta saludable que es la toma de medicamento, registrando la frecuencia de esta conducta.	tratamiento (Anexo 11).		lleve el registro de la toma de sus medicamentos.	
--	---	-------------------------	--	---	--

Apéndice 5. Depresión.

Sesión:5 Depresión.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante establecerá pensamientos racionales e implementara nuevas actividades en su vida cotidiana.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Pensamientos irracionales y pensamientos racionales.	La participante discriminará pensamientos racionales y pensamientos irracionales.	-Presentación en power point y lámina con pensamientos racionales e irracionales (Anexo 15). -Hojas blancas de papel. -Colores.	20 minutos.	La terapeuta saludará a la participante y le preguntará cómo es que se encuentra. Luego le dará un breve resumen de la sesión anterior y le solicitará el registro de la tarea. Se le mostrará una presentación con el tema "depresión". Después se le mostrará una lámina con distintos pensamientos y la participante deberá de encerrar de color azul los pensamientos irracionales y de verde los racionales. Posteriormente se le solicitará a la participante que identifique que tipo de pensamientos son los que constantemente piensa. Una vez identificados se le solicitará que los escriba para modificarlos a pensamientos racionales.	La participante identificará cinco pensamientos irracionales y cinco racionales. La participante reconocerá y escribirá 6 pensamientos irracionales que presenta con mayor frecuencia. La participante analizará sus pensamientos irracionales y los modificará a racionales.
Activación Conductual.	La participante empleará nuevas actividades en su vida cotidiana.	-Presentación en power point (Anexo 15). -Hojas blancas. -Plumones.	20 minutos.	Se le explicará a la participante la importancia de estar activo, de retomar actividades que son agradables y de implementar nuevas actividades. Luego le solicitará a la participante que haga un listado de las actividades que le	La participante propondrá una actividad a realizar en su vida diaria y un plan de acción para llevarla a cabo.

				gustaría retomar o implementar en su vida y analizarán cada una (si es alcanzable, ventajas y desventajas).	
Cierre.	La usará expresará como es que se va de la sesión.		10 minutos.	La terapeuta le cuestionará a la participante como es que se va de la a sesión. Finalmente se agendará la próxima cita.	La participante responderá a la pregunta realizada por la terapeuta.
Asignación de tareas.	La participante empleará una conducta saludable que es la toma de medicamento, registrando la frecuencia de esta conducta.	-Registro de adherencia al tratamiento (Anexo 11).	5 minutos.	Se le solicitará que para la próxima semana lleve el registro de la toma de sus medicamentos.	

Apéndice 6. Asertividad.

Sesión:6 Asertividad.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante se comportará asertivamente en distintos contextos.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Asertividad.	La participante mencionará la importancia que tiene el comportarse asertivamente.	-Video del comportamiento asertivo (Anexo 16). -Presentación en power point (Anexo 17).	30 minutos.	<p>La terapeuta recibirá a la participante y le preguntará cómo es que esta.</p> <p>Posteriormente le solicitará su cuadro de registro de toma de medicamentos y le dará un breve resumen de la sesión pasada y el objetivo de la sesión.</p> <p>La terapeuta le expondrá lo siguiente: “A continuación vamos a ver un video, el cuál le pido que presente mucha atención y si tiene dudas me pregunte con toda confianza (una vez proyectado el video la terapeuta le cuestionará) y bien ‘¿Qué le pareció el video?’ “.</p> <p>“Ahora vamos a ver la siguiente presentación y si tiene alguna duda pregunte con confianza”.</p> <p>Al finalizar la presentación la terapeuta le preguntará. ¿Cuál es la definición de asertividad? ¿Cuáles son los beneficios de ser asertivo? ¿Qué características tiene una persona No asertiva? ¿Qué consecuencias podría tener una persona no</p>	La participante responderá las preguntas realizadas por la terapeuta.

				asertiva.?	
Asertividad en distintos contextos.	La participante empleará la técnica de asertividad en tres contextos.	-Imágenes (Anexo 18).	20 minutos.	<p>Con ayuda de las imágenes la terapeuta le expondrá situaciones asertivas y no asertivas.</p> <p>Luego le expresará lo siguiente: “Si bien, con los ejemplos expuestos mencione tres lugares donde considere que no es asertiva y le gustaría cambiar esa conducta.”</p> <p>La terapeuta y la participante elaboraran un plan de acción de acuerdo al contexto donde la participante quiera trabajar el comportamiento asertivo.</p>	<p>La participante seleccionará un lugar donde trabajará el comportamiento asertivo.</p> <p>La participante aplicará el plan de acción acordado en la sesión.</p>
Cierre.	La usuaria mencionará como es que se va de la sesión.		10 minutos.	<p>La terapeuta le preguntará a la participante lo siguiente: “De forma breve me gustaría saber ¿Cómo es que se va de la sesión?”.</p> <p>Finalmente se agendará próxima sesión.</p>	La participante responderá a la pregunta de la terapeuta.
Asignación de tareas.	La participante empleará una conducta saludable que es la toma de medicamento registrando la frecuencia.	-Registro de adherencia al tratamiento (Anexo 11). -	5 minutos.	Se le solicitará que para la próxima semana lleve el registro de la toma de medicamentos.	

Apéndice 7. Relajación.

Sesión:7 Relajación.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante empleará la técnica de relajación ante situaciones de estrés.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Introducción a la técnica de relajación.	La participante mencionará la importancia de la técnica de relajación de Jacobson y los beneficios que brinda esta al responder correctamente cuatro preguntas.	-Presentación en power point (Anexo 19).	20 minutos.	<p>La terapeuta recibirá a la participante y le cuestionará como es que se encuentra. Luego le dará un breve resumen de la sesión pasada, le solicitará su tarea y le informará el objetivo de la sesión.</p> <p>Posteriormente la terapeuta le dirá lo siguiente: “A continuación vamos a revisar una presentación, si tiene dudas con confianza puede preguntar.”</p> <p>Después le preguntará lo siguiente: “¿Qué es la técnica de relajación? ¿Cuándo se aplica esta técnica? ¿En qué lugares se puede aplicar? ¿Mencione dos beneficios de esta técnica? “.</p>	La participante responderá las preguntas realizadas por la terapeuta.
Relajación.	La participante mostrará como aplicar la técnica de relajación, en su casa y en su trabajo.	-Hoja con el ejercicio de relajación (Anexo 20).	20 minutos.	<p>La terapeuta le explicará paso a paso como es que se aplica la técnica de relajación.</p> <p>Posteriormente la terapeuta le modelará a la participante como es que la técnica la puede aplicar en 10 minutos en su trabajo y casa.</p> <p>Al finalizar le solicitará a la participante que realice el ejercicio imaginando un contexto en donde pueda emplear la técnica.</p>	La participante modelará a la terapeuta como aplicaría la técnica de relajación.
Ejercicio de relajación.	La participante determinará el	-Cuadro de registro de la	15 minutos.	La terapeuta le solicitará a la	La participante

	horario y el espacio donde aplicara la técnica de relajación.	técnica de relajación (Anexo 21).		participante que elija un lugar donde aplicar la técnica de relajación diariamente y en un horario específico.	registrará la frecuencia de la realización del ejercicio en casa.
Cierre.	La participante expresará como es que se sintió durante la sesión.			Finalmente, la terapeuta le preguntará a la participante como es que se sintió durante la sesión. Se agendará la próxima cita.	La participante responderá a la pregunta de la terapeuta.
Asignación de tareas.	La participante empleará una conducta saludable que es la toma de medicamento, registrando la frecuencia.	-Registro de adherencia al tratamiento y de la técnica de relajación (Anexo 11 y 21) -	5 minutos	Se le solicitará que para la próxima semana lleve los registros contestados.	

Apéndice 8.

Obtención de medicamentos.

Sesión:8 Obtención de medicamentos.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante determinará el transporte a sus citas y la obtención de medicamentos.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Asistencia médica y obtención de medicamentos.	La participante enunciará la frecuencia de asistencia al médico.	-Imágenes de asistencia al médico y obtención de medicamentos (Anexo 22).	40 minutos.	<p>La terapeuta recibirá a la participante y le preguntará como es que esta. Luego le solicitará el registro de toma de medicamentos y le mencionará un breve resumen de la sesión pasada y objetivo de la sesión.</p> <p>Con ayuda de las imágenes, la terapeuta le explicará a la participante la importancia de la asistencia médica y la importancia de asistir a tiempo al médico. Luego le preguntará cómo ha sido la atención que ha recibido y con qué frecuencia asiste al médico.</p> <p>Luego la terapeuta le explicará por medio de las imágenes la importancia de la obtención de medicamento, le preguntará de donde lo obtiene y en dado caso que no lo tenga cuales son las redes de apoyo con las que cuenta.</p>	<p>La participante mencionará la frecuencia con la que asiste al médico.</p> <p>La participante mencionará de donde obtiene el medicamento y cuáles son las redes de apoyo que ha creado ante una situación de falta de medicamento.</p>
Cierre.	La participante expresará como se sintió durante la sesión.		10 minutos.	La terapeuta le preguntará a la participante cómo es que se sintió en la sesión. Luego se dará paso a agendar	La participante responderá la pregunta que le haga la terapeuta.

				la próxima sesión.	
Asignación de tareas.	La participante empleará una conducta saludable que es la toma de medicamento, registrando la frecuencia.	-Registro de adherencia al tratamiento (Anexo 11). -	5 minutos.	Se le solicitará que para la próxima semana lleve el registro de la toma de medicamentos.	

Apéndice 9.

Afrontamiento de toma de medicamentos y evaluación Post-test.

Sesión:9 Afrontamiento de toma de medicamentos y evaluación Post-test.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante analizará las estrategias para afrontar los efectos secundarios y recaídas ante la toma de medicamentos.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Afrontamiento de efectos secundarios.	La participante incrementará estrategias para afrontar los efectos secundarios.	-Láminas con información respecto a las recomendaciones para manejar los efectos secundarios (Anexo 23). -Hoja y pluma.	20 minutos.	La terapeuta recibirá a la participante y le preguntará como es que se encuentra. Luego le solicitará el registro de la sesión pasada. Le dará un breve resumen de la sesión pasada y el objetivo de la sesión. La terapeuta mediante una charla informativa expondrá el tema respecto a los efectos secundarios y algunas recomendaciones para afrontarlos. Luego se le dará una hoja y una pluma y se le solicitará que escriba como mínimo 3 soluciones que pueda implementar cuando manifieste un efecto secundario del medicamento.	La participante escribirá tres soluciones cuando llegue a manifestar efectos secundarios el medicamento.
Costo y beneficio de tomar el medicamento.	La participante discriminará beneficios a corto y largo plazo de la toma de medicamentos.	-Videos de testimonios de personas que tienen más de 15 años viviendo con VIH y un video de una persona que comparta su testimonio de corto plazo en la toma de medicamentos. (Anexo 24).	20 minutos.	Posteriormente la terapeuta le dirá lo siguiente a la paciente: "A continuación le voy a presentar un video de una persona que vive con VIH desde hace 15 años". Una vez puesto los videos le preguntará qué opina al respecto.	La participante escribirá dos beneficios a corto plazo y dos beneficios a largo plazo respecto a la toma de medicamentos.

		-Una hoja de papel y lápiz.		<p>Luego se le mostrará un video de una persona que tenga menos de 5 años tomando medicamentos. Después de ver los videos se analizarán los beneficios a corto y largo plazo de ser adherente al tratamiento.</p> <p>Se le solicitará que en una hoja de papel escriba 2 beneficios a corto plazo de tomar medicamentos y 2 beneficios a largo plazo de tomar medicamento.</p> <p>La terapeuta le expondrá la importancia de visualizar siempre el lado positivo que brinda el ser adherente al tratamiento y en dado caso que identifique que su adherencia ya no es constante que solicite ayuda profesional.</p>	
Fase de Evaluación. -Post-test.	Obtener información posterior a la intervención sobre la calidad de vida de la participante, para valorar los efectos de la intervención.	<p>-Para evaluar calidad de vida, <i>WHOQOL-BREF</i>. Tiempo de aplicación 20 minutos (Anexo 5).</p> <p>-Para evaluar depresión, se aplicará el <i>Inventario de Beck</i>. Tiempo de aplicación 10 minutos (Anexo 6).</p> <p>-Para evaluar adherencia al tratamiento, se aplicará el instrumento <i>SMAQ</i>. Tiempo</p>	40 minutos.	La terapeuta le mencionará a la participante lo siguiente: "A continuación vamos a pasar a la fase Post-test, la cual consiste en contestar tres instrumentos, que me permitirán evaluarla".	La participante responderá todos los reactivos de los tres instrumentos (<i>WHOQOL-BREF</i> , <i>Inventario de Beck</i> y <i>SMAQ</i>) y responderá las preguntas respecto al servicio que se le brindo.

		de aplicación 10 minutos (Anexo 7).			
Cierre.	La participante expresara como es que se va de la sesión.		5 minutos.	<p>La terapeuta brevemente de dirá lo siguiente a la participante: "Me da gusto que haya decidido participar en este proyecto y que se haya dado la oportunidad de llegar hasta esta sesión. Para ir cerrando me gustaría que con una palabra me diga cómo es que se va de esta sesión."</p> <p>Una vez respondida la pregunta, se agendará la próxima sesión.</p>	La participante contestará a la pregunta de cómo es que se va de la sesión.
Tarea asignada.	La participante empleará una conducta saludable que es la toma de medicamento, registrando la frecuencia de esta conducta.	-Registro de adherencia al tratamiento (Anexo 11). -	5 minutos.	Se le solicitará que para la próxima semana lleve el registro de la toma de sus medicamentos.	

Apéndice 10.

Cierre.

Sesión:10 Cierre.					
Fecha: _____					
Objetivo General: La participante concretará la intervención psicológica cognitivo conductual y expondrá su punto de vista respecto al servicio que se le impartió.					
Actividad.	Objetivo particular.	Materiales.	Tiempo.	Descripción.	Criterio de logro.
Informe.	La terapeuta le expondrá a la participante el informe de todas las sesiones que recibió y las puntuaciones de las pruebas psicométricas.	-Informe realizado por la terapeuta para la participante.	20 minutos.	La terapeuta saludará a la participante y le preguntará como es que se ha sentido. Luego le dará un breve resumen de la sesión anterior y le planteará el objetivo de la última sesión. Posteriormente le solicitará el último registro de adherencia y dará paso a exponerle el informe por sesión.	La terapeuta mencionará el informe a la participante, aclarándole dudas y haciendo énfasis en los logros que obtuvo la paciente.
Evaluación del servicio.	La participante evaluará el servicio que recibió.		15 minutos.	Posteriormente la terapeuta le mencionará lo siguiente: "A continuación le voy a solicitar a una compañera de la Red Mexicana de personas que viven con VIH, que le pregunte respecto a la calidad del servicio que se le brindo. Es importante mencionarle que si no desea que alguien le pregunte está en todo su derecho y se respetara su decisión".	La participante responderá las preguntas.
Cierre	La participante mencionará lo que le agradado de la intervención.		20 minutos.	La terapeuta le expresará lo siguiente: "Para finalizar la intervención me gustaría saber qué es lo que le gusto de este tratamiento"	La participante responderá a la pregunta realizada por la terapeuta.

ANEXOS.

Anexo 1.

Datos generales.

Fecha:

Terapeuta:

Nombre de la usuaria:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Número de teléfono:

Lugar de Origen:

Lugar que radica:

Personas con las que vive:

Estado civil:

Nivel de estudios:

Ocupación:

Creencia religiosa:

Temporalidad de ser diagnosticada con VIH:

Otras enfermedades:

Medicamentos que actualmente consume:

Demanda de consulta:

Anexo 2.

Aviso de privacidad.

Fecha:

La Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/Sida, A. C. es la responsable del uso y protección de sus datos personales y al respecto le informa lo siguiente:

Los datos personales de usted serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Investigación, de acuerdo al Código Ético del psicólogo. En este caso para la realización de tesis empírica a nivel superior de la psicóloga antes mencionada. Reportando los datos obtenidos con responsabilidad y respetando la confidencialidad de los mismos.
- Para registrar las sesiones terapéuticas y localizarla en dado caso de que la terapeuta tenga algún retardo o se le complique asistir a la sesión. Para tener una mejor comunicación y brindarle un buen servicio.

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso, se utilizarán datos personales como: nombre completo, edad, sexo, domicilio, empleo actual, creencias, número telefónico local y/o celular donde se pueda localizar. Aclarando que se utilizaran datos sensibles que requieren de mayor protección: datos ideológicos, historia personal, opiniones políticas, de salud, orientación sexual y étnico o racial.

Es importante hacerle conocer que en el transcurso de la intervención tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para que los utilizamos y el uso que se les están dando, así como ejercer el derecho a la corrección de su información, en caso de que sea inexacta o cuando considere que esta no está siendo utilizada de acuerdo a los principios y deberes previstas en la normativa.

Por lo que si considera que su derecho a la protección de sus datos ha sido lesionado o presume alguna violación, puede interponer su inconformidad o denuncia Ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la información y Protección de Datos Personales (INAI).

Finalmente, se le informa que este aviso de privacidad puede sufrir modificaciones por cuestiones de nuevos requerimientos legales o de las propias necesidades que se presenten en la realización de la tesis empírica. Por lo que me comprometo a mantenerla informada.

Otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo señalado en el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma.

Anexo 3.

Consentimiento informado.

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Fecha:

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MEXICANAS QUE VIVEN CON VIH.

Por medio de la presente me dirijo a usted para aprobar su autorización de manera voluntaria al proyecto de tesis titulado “Intervención en adherencia terapéutica en mujeres que viven con VIH: estudio de caso”, que tiene como objetivo evaluar la efectividad de un tratamiento para la adherencia al tratamiento, la depresión y fortalecimiento de la calidad de vida desde la perspectiva cognitivo conductual en mujeres mexicanas que viven con VIH. Realizado por la P. Psicóloga Rosa Ariana Santiago Canales, bajo la supervisión de la directora de tesis: Mtra. Assol Cortés Moreno. Aclarando que su participación deberá de ser de manera voluntaria, cumpliendo los criterios de elegibilidad establecidos.

Las intervenciones psicológicas se realizarán en las instalaciones de la RED mexicana de personas que viven con VIH/Sida, impartiendo una sesión por semana, con duración de una hora, durante aproximadamente mes y medio, sin costo alguno. Durante este proceso no existirá ningún riesgo contra su salud, al contrario, podrá obtener beneficios como: tener una mejor calidad de vida, ser adherente al tratamiento, abordar depresión, afrontamiento de la enfermedad, entre otros.

Es importante mencionar que la información obtenida de su caso, será utilizada con respeto y confidencialidad de acuerdo al Código Ético del Psicólogo.

Finalmente, si usted durante el transcurso de esta investigación decide desertar, está en todo el derecho de hacerlo sin ninguna repercusión alguna.

Participante.

Acepto participar.

Nombre y firma.

Lugar y fecha.

Psicóloga.

Nombre y firma.

Lugar y fecha.

Testigo.

Nombre y firma.

Lugar y fecha.

Anexo 4.

Carta compromiso.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

A ____ de _____ del 20__

Por medio de la presente, yo _____ me comprometo en el transcurso de las sesiones terapéuticas del proyecto de tesis titulado: "Intervención en adherencia terapéutica en mujeres que viven con VIH: estudio de caso" por la P. Psicóloga Rosa Ariana Santiago Canales y bajo la supervisión de la directora de tesis Assol Cortés Moreno a:

- Tener disponibilidad en las sesiones terapéuticas, asistiendo un 90% del total a impartir, llegando puntual a las sesiones de acuerdo al horario establecido y en dado caso de no poder asistir avisar con 24 hrs de anticipación.
- Realizar la fase de Pre-test y Post-tets (contestar todos los reactivos de las pruebas psicológicas.)
- Cumplir con las breves tareas solicitadas semanalmente.
- Al término del tratamiento, realizar una evaluación escrita y oral externado la calidad del servicio recibido.

Nombre y firma

Anexo 5.

Instrumento psicométrico para evaluar calidad de vida, WHOQOL-BREF.



Affluencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

Anexo 3
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF VERSION EN ESPAÑOL*
 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instrucciones

Fate contestando la pregunta sobre su estado actual acerca de su calidad de vida, salud, y vida diaria en su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está siempre de acuerdo con la respuesta que está a su izquierda, por favor selecciona sólo uno, la que le parece más apropiada. Escríbala en un círculo, la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus actitudes, esperanzas, planes y preocupaciones. Responda preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
1. ¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

* Traducción y adaptación: Consuelo Coll, M A y Sánchez-Sosa, J (2002) Sin trabajo es parte de la tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Affluencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Affluencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera marcará en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O marcará con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describe.

Ahora puede comenzar:

	Muy pobre	Pobre	Ni Pobre Ni Buena	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

Affluencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15. ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Affluencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o mal se siente usted acerca de ciertos aspectos de su vida. Marque en las dos últimas semanas.

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	No satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho está con su suerte?	1	2	3	4	5
17. ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Qué insatisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19. ¿Cuánto se satisface con su vida?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cuán se acuerda con el apoyo que le brinda su pareja?	1	2	3	4	5

Affluencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

23. ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho está con los métodos de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le dijo alguien a usted a besar esta forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 6.

Instrumento psicométrico para evaluar depresión, Inventario de Beck.

BDI-II'

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta a mí mismo.</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>	<p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
 Traducción y adaptación con permisos.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1 Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>
<p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p>	<p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
<p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
<p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total

Anexo 7.

Instrumento psicométrico para evaluar adherencia al tratamiento, instrumento SMAQ.

Adherencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH

Anexo 4

SMAQ

Contesta las siguientes preguntas en función a la forma en que tomas tu tratamiento, según la respuesta que tú consideres es la que más te describe. Marca con una X según corresponda tu respuesta.

CUESTINARIO ADHERENCIA SMAQ	Respuesta Posible	
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	Sí	No
2. Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí	No
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí	No
4. Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí	No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10	
6. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:	

Anexo 8.

Entrevista.

DIAGNÓSTICO.

- ¿Hace cuánto tiempo que le diagnosticaron VIH?
- ¿Dónde se enteró?
- ¿Cuál fue su reacción ante esta situación?
- ¿Tiene conocimiento de quien le transmitió VIH?
- ¿Quiénes la han acompañado en este proceso?
- ¿Actualmente qué significado tiene en su vida el vivir con VIH?

AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

- ¿A quiénes les ha compartido el diagnóstico?
- ¿Existen personas a las que le gustaría compartir el diagnóstico?
- Desde que la diagnosticaron ¿Cómo cree que ha ido afrontando el vivir con VIH?

SALUD FÍSICA.

- ¿Con que frecuencia asiste al médico?
- ¿Hace cuánto tiempo que toma medicamentos?
- ¿Actualmente que medicamentos toma?
- ¿Qué efectos secundarios tienen los medicamentos?
- ¿Cómo afronta estos efectos secundarios?

CALIDAD DE VIDA.

- ¿Ha escuchado este término?
- ¿Qué acciones ha realizado desde que la diagnosticaron para estar “estar bien”?

ESTADO EMOCIONAL.



- En los últimos 20 días ¿Cómo ha sido su estado emocional?
- Actualmente ¿Qué emociones predominan en usted?


ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

- ¿En algunos momentos ha vivido sucesos de estigma y discriminación por vivir con VIH?
- En dado caso que sí. ¿En qué lugares los ha vivido?
- ¿Qué implicaciones cree que tiene el hecho de ser mujer y vivir con VIH?

Anexo 9.

Cuadro de horarios de medicamentos.

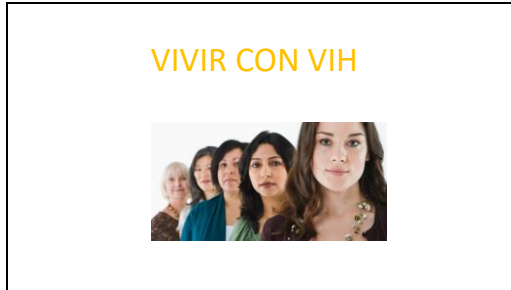
HORARIO DE TOMA DE MEDICAMENTOS							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
							
							

Anexo 10.

Presentación en power point- psicoeducación.

Diapositiva 1



Diapositiva 2

DEFINICIÓN DE VIH

A más de 30 años del reconocimiento del VIH. La Organización Mundial de la Salud define el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como aquel que *"infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia"* (OMS, 2018, párr.1).



OMS

Diapositiva 3

Para Díaz 1996 (como se citó en Enriquez & Manterola, 2011) el VIH evoluciona en cuatro etapas:

- **Periodo de ventana (Window Period):** El sistema inmunológico no detecta el virus y las pruebas tampoco ya que la cantidad de defensas no se pueden medir, teniendo que esperar de 3 a 6 meses aproximadamente para poder medirlas. Sin embargo, desde que el VIH entra en el organismo comienza a destruir las defensas y muchas ocasiones el ser portador de VIH sin conocimiento, puede provocar daño físico y sobre todo al no estar informado del diagnóstico y al momento de ejercer vida sexual, otras personas pueden adquirirlo. Es importante señalar que en este periodo el VIH puede transmitirse.
- **Seropositivo:** Se detecta la presencia del virus, aunque en la mayoría de los casos no se presentan síntomas. Este periodo dura aproximadamente de cinco a diez años y la persona portadora del virus es capaz de transmitirlo.
- **Etapas sintomática:** conforme va evolucionando, se presentan algunos malestares como: fiebres, diarreas, sudoraciones, pérdida de peso, entre otros.
- **Sida:** Etapa final de la infección del VIH.



Diapositiva 4

DEFINICIÓN DE SIDA

La Organización Mundial de la Salud define el Sida como "La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse" (OMS, 2018, párr.13).

De acuerdo con esta misma referencia las personas con Sida, pueden contraer infecciones y síntomas de gravedad como: inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos, que en ausencia de tratamiento pueden padecer: tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

Diapositiva 5

TRANSMISIÓN DEL VIH

- Las vías de transmisión del VIH, es uno de los temas donde existen creencias falsas respecto a cómo se puede transmitir a consecuencia del desconocimiento del tema.
- Las tres vías de transmisión de VIH son: transmisión sexual: incluido el sexo oral, vaginal y anal, ya que se aloja en fluidos preesaculatorios, seminales y vaginales; transmisión vertical: es decir, de madre a hijo ya que el virus se transmite a través de la leche materna y transmisión parenteral: por medio de la sangre en las transfusiones, punciones accidentales de agujas o al compartir jeringas (Lamotte 2014).



Diapositiva 6

DETECCIÓN DEL VIH

De acuerdo a las necesidades de hacer un diagnóstico temprano en relación al VIH, se implementó el uso de pruebas rápidas (PR), las cuales mediante la obtención de sangre por punción capilar dan a conocer resultados comparables en sensibilidad (99%) y especificidad (99%) en muestras de suero.



Diapositiva 7

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR VIVIR CON VIH



Diapositiva 8

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO




Diapositiva 9

¿QUÉ ES LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO?

"El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia voluntaria" (OMS, 2004).


La adherencia resalta la capacidad de las personas con VIH para realizar cambios en su diario vivir y seguir al pie de la letra los tratamientos indicados por su médico.


Diapositiva
10

IMPORTANCIA DE SER ADHERENTE AL TRATAMIENTO

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2015) la adherencia:


- Permite mantenerse en un óptimo estado de la salud por un tiempo indefinido y es necesario tomar el medicamento en tiempo y forma con ayuda de recordatorios para obtener beneficios.


Diapositiva
11

BENEFICIOS DE SER ADHERENTE AL TRATAMIENTO

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2015) la adherencia:

- La disminución de carga viral hasta hacerla indetectable.
- Mejora el funcionamiento del Sistema Inmunológico.
- Disminuye la posibilidad de resistencia a los medicamentos.



Diapositiva
12

**FACTORES QUE PUEDEN HACER DIFÍCIL
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.**

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2015) la adherencia:

- En ocasiones los efectos secundarios pueden ser desagradables y pueden influir en la motivación de ser adherente al tratamiento.
- Olvidar tomarlas por quedarse dormido (a).
- No contar con estrategias para mejorar la toma de medicamentos.
- Exceso de actividades o rutinas que requieren tiempos prolongados.
- Cuando se siente enfermo o deprimido.
- Algún problema con el uso y abuso de alcohol y/o drogas.

Diapositiva
13

UNA BUENA ADHERENCIA

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2015) :

- Tomar al 100% los medicamentos en tiempo y forma que el médico lo haya establecido.
- Consentimiento informado de la persona que vive con VIH.
- Estar informados respecto a los medicamentos que toma.
- Establecer horarios.
- Tener un compromiso consigo mismo
- Hacer uso de estrategias recordatorias (reloj, notas, alarma, persona que recuerde, llamada telefónica o mensaje de texto).



Diapositiva
14

BAJA ADHERENCIA

- Esto ocurre cuando hay una ausencia en la toma de medicamentos.
- Existe un desorden en tiempo y forma a la toma de medicamentos.
- El medicamento no tiene el efecto adecuado.



Diapositiva
15

TÉCNICAS PARA DETERMINAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2019):

- Asistencia a las citas.
- Recuento de la medicación sobrante.
- Evolución clínica.

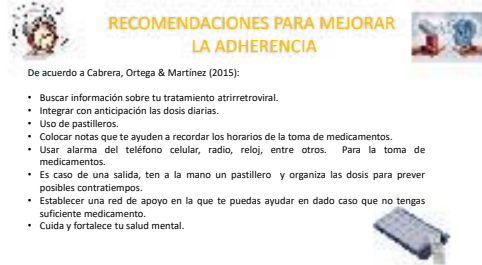


Diapositiva
16

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2015):

- Buscar información sobre tu tratamiento antirretroviral.
- Integrar con anticipación las dosis diarias.
- Uso de pastilleros.
- Colocar notas que te ayuden a recordar los horarios de la toma de medicamentos.
- Usar alarma del teléfono celular, radio, reloj, entre otros. Para la toma de medicamentos.
- En caso de una salida, ten a la mano un pastillero y organiza las dosis para prevenir posibles contratiempos.
- Establecer una red de apoyo en la que te puedas ayudar en dado caso que no tengas suficiente medicamento.
- Cuida y fortalece tu salud mental.



Diapositiva
17



RECORDATORIOS QUE TE PUEDEN FACILITAR EL SER ADHERENTE



Diapositiva
18

De acuerdo a Cabrera, Ortega & Martínez (2015):

- Alarma del celular.
- Alarma del reloj.
- Uso del pastillero.
- Contar tu medicamento.
- Marcar notas en espacios que te recuerden que la toma de medicamentos (refrigerador, cerca de tu cama, en el baño entre otros.).
- Marcar en el calendario fecha de obtención de medicamentos y fecha de la próxima obtención de medicamento.
- Siempre considera tener una reserva de medicamentos por cualquier contratiempo.

Diapositiva
19

BIBLIOGRAFÍA

Cabrera, R. G., Ortega, A. C. G. & Martínez, B. J. (2015). *Guía de Adherencia a Tratamientos Antiretrovirales para personas con VIH*. Red de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C.

OMS (2018). *Temas de salud. VIH/SIDA*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Enríquez, M. O & Monterola, M. M. (2011). Cap. 1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). *Adherencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH* (pp.6-15). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Lamotte, C. J. A. (2014). Infección por VIH/ Sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18 (7). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1028-30192014000700015

Diapositiva
20



ANEXO 11.

Registro de adherencia al tratamiento.

Nombre: _____

Fecha: _____

Conducta a observar: _____

Número de semana: _____

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?	¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?	¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?	¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?	¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?	¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?	¿Cómo se siente después de tomar o no tomar los medicamentos?



Anexo 12.

Cuadro de solución de problemas.

Tarea para la usuaria: A continuación, va a realizar un autoregistro, el cual consiste en registrar a diario dos o tres situaciones problemáticas que se le presentan cada día.

Fecha:

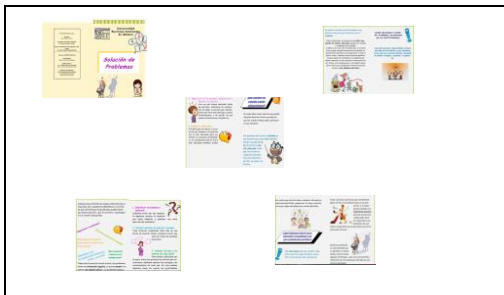
Lunes.	
Martes.	
Miércoles.	
Jueves.	

Viernes.	
Sábado.	
Domingo.	

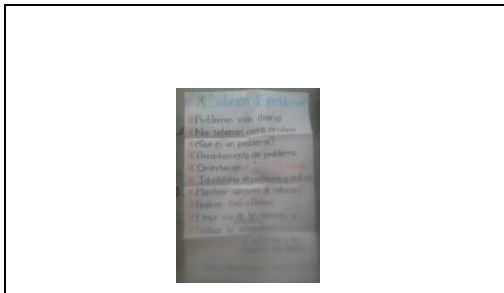
Anexos 13 y 14.

Folleto de la técnica de toma de decisiones y hoja con la información sintetizada.

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Anexo 15.

Presentación en power point y ejemplos de pensamientos racionales e irracionales.

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Diapositiva 3

► Objetivo de la terapia: Que el paciente identifique pensamientos irracionales o disfuncionales y los reemplace por racionales o eficientes que le permitan alcanzar sus metas, mejorar sus relaciones y por lo tanto el estado de ánimo.

Trujano (2013):
Los pensamientos racionales suponen menos efectos negativos que los irracionales (llegan a conclusiones erróneas).

La característica de los pensamientos racionales son aquellos que están basados en datos empíricos, secuencia lógica entre premisas y conclusiones



Diapositiva 4

Pensamientos irracionales y racionales

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales
1. Es horrible, espantoso	Es un contratiempo, una contrariedad
2. No puedo soportarlo	Puedo tolerar lo que no me gusta
3. Soy una estúpida	Mi comportamiento fue estúpido
4. Es un imbécil	No es perfecto.
5. Esto no debería ocurrir	Esto ocurre por que es parte de la vida
6. Debo ser condenada	Fue mi culpa y merece sanción, pero no tengo que ser condenada
7. Todo sale a veces mal	A veces, tal vez frecuentemente las cosas salen mal.

Diapositiva 5

IDENTIFICA CUALES SON PENSAMIENTOS IRACIONALES Y RACIONALES.

- Soy una tonta.
- Todo me sale mal.
- Por ahora me siento triste pero si trabajo en mi persona mejorare.
- Puedo mejorar.
- Soy persona y llevo a equivocarme.
- Esto es el fin del mundo.
- La vida siempre me castiga.
- Si trabajo puedo ganar dinero y comprarme algo que me gusta.

Ahora los pensamientos que identificaste como irracionales modificalos a racionales

Diapositiva 6

AHORA ES TU TURNO



IDENTIFICA 10 DE TUS PENSAMIENTOS
IRRACIONALES Y MODIFICALOS A PENSAMIENTOS
RACIONALES.

Diapositiva 7

Ejercicio

Pensamientos Irracionales	Pensamientos Racionales
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Diapositiva 8

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL



Diapositiva 9

¿Qué es la activación conductual?
Bianchi & Henao (2015):

- Es un tratamiento que ha beneficiado a personas que padecen depresión, ansiedad y otras enfermedades crónicas degenerativas.
- La implementación de actividades o el retomar actividades es su principal característica.

¿Qué opinas?



Diapositiva 10

Ejercicio.
Describe las actividades que realizas durante el día.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Actividades						

Diapositiva 11

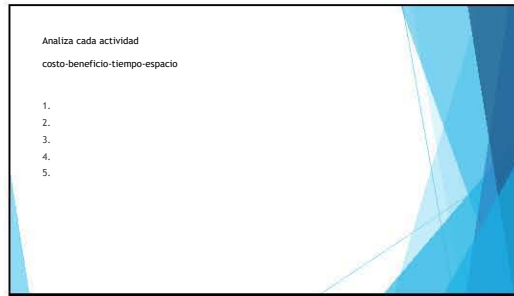
Escribe actividades que te gustaría realizar o retomar.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Diapositiva 12

Analiza cada actividad
costo-beneficio-tiempo-espacio

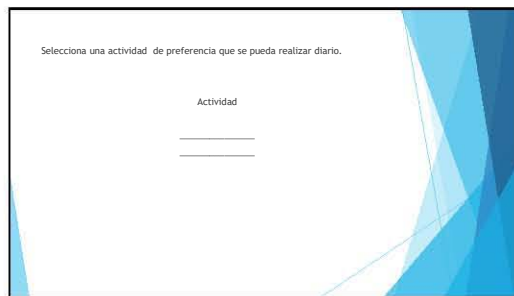
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

The slide features a white background with a blue geometric pattern on the right side. The text is positioned in the upper left, and a numbered list follows.

Diapositiva 13

Selecciona una actividad de preferencia que se pueda realizar diario.

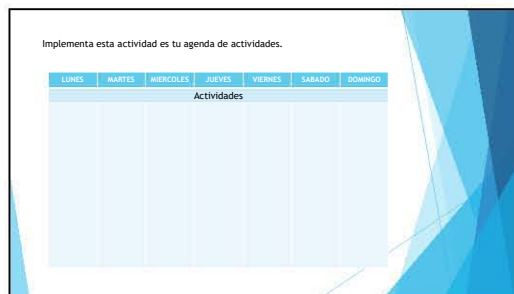
Actividad

The slide has a white background with a blue geometric pattern on the right. It contains a single line of text, a label 'Actividad', and two horizontal lines for input.

Diapositiva 14

Implementa esta actividad en tu agenda de actividades.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Actividades						

The slide features a white background with a blue geometric pattern on the right. It includes a header row for days of the week and a table with a header 'Actividades' and one empty row for scheduling.

Diapositiva 15

Registro

Día	Actividad realizada
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	

Diapositiva 16

Bibliografía

Bianchi, J. & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica, 33 (2).

Trujano, S. R. & Olivera, M. J. (2013). Terapia racional emotivo-conductual. *Psicoterapia Cognitivo-Conductual técnicas y procedimientos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Anexo 16.

Link de video de comportamiento asertivo.

[https://www.youtube.com/watch?v=kXUOVYiNG58.](https://www.youtube.com/watch?v=kXUOVYiNG58)

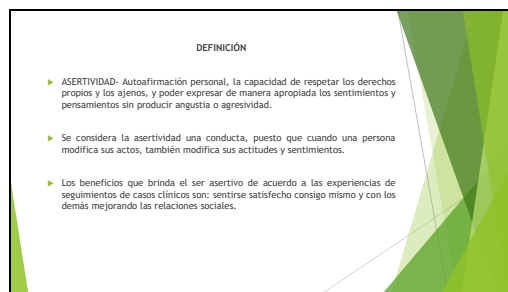
Anexo 17.

Asertividad presentación en power point.

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Diapositiva 3

CONCEPCIONES ACERCA DE LA ASERTIVIDAD

- ▶ La asertividad permite la expresión adecuada, saber decir no y dar y recibir afecto. Todas las anteriores sin agresividad y con autoafirmación.
- ▶ Autoafirmación: significa respetar mis deseos, necesidades y valores (valerme por mí mismo, ser quien soy, tratarme con respeto)
- ▶ Se hace énfasis en: no permitirles a las personas ni permitirse a sí mismo, conductas devaluativas que atenten contra la integridad del yo (**saber decir "no"**).
- ▶ Ejemplo: se puede estar en una relación de intimidad, sin dejar la identidad propia, se puede ser amable sin sacrificio personal.)



Diapositiva 4



Diapositiva 5

INDICADORES EXPRESIVOS VERBALES Y NO VERBALES DE LA ASERTIVIDAD.

- ▶ Mirar a los ojos: la mirada huidiza es típica de las personas no asertivas, se manifiesta desconfianza, la persona tiene algo que esconder.
- ▶ El volumen de la voz: sentimiento de intimidación (por figuras de autoridad), proyecta inseguridad.
- ▶ Modulación y entonación de la voz: la entonación comunica e implica interés.
- ▶ Fluidez verbal: Espontaneidad y seguridad. Los tiempos muy prolongados para dar una respuesta debido a que se piensa demasiado, generan angustia en la persona que está esperando. Las personas inseguras o inasertivas, consideran que cada pregunta es un problema a resolver.
- ▶ La postura: comunica actitudes con la presencia física. Siendo difícil acercarse afectivamente a una persona que no se acepta a sí misma.
- ▶ Los gestos: estos son la entonación del cuerpo, sobre todo en el rostro donde más se manifiesta lo que la persona es. Las personas no asertivas suelen estar desafiadas respecto del lenguaje hablado.
- ▶ Contenido verbal del mensaje: Es la transcripción de palabras de lo que se desea, el mensaje debe ser claro, explícito, franco, considerado y respetuoso, de los derechos de las demás personas.

Diapositiva 6

COMPORTAMIENTOS NO ASERTIVOS

- ▶ La conducta pasiva: se relaciona con sentimientos de culpabilidad, ansiedad y baja autoestima. Siempre se tiene el temor de molestar a los demás, tienen dificultades para afrontar una negativa o un rechazo y sufren de sentimiento de inferioridad.
- ▶ Conducta agresiva: puede parecer favorable, por que consiguen sus propósitos, generando odio y resentimiento en los otros. Provocando a largo plazo que las personas eviten la relación interpersonal con el agresor o la agresora.
- ▶ El desvalimiento: su buena voluntad, simpatía y piedad.
- ▶ La culpabilidad: son personas que causan culpa a otros.
- ▶ Crítica: busca el ridículo y dudar de los motivos de los demás.
- ▶ Huida: escapar de la situación y no afrontarla.
- ▶ Lucha: emplea violencia física y verbal.

Diapositiva 7

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

- ▶ Funcional: la persona expresa con firmeza sus emociones, pero también esta dispuesta aclarar y clarificar. Acepta la responsabilidad por lo que piensa, siente escucha y por sus acciones.
- ▶ Disfuncional: NO interpreta de forma adecuada los mensajes que llegan del entorno, por cuanto tampoco es una persona abierta a lo que ella misma piensa y siente.

FORMAS DE COMUNICACIÓN INCORRECTAS.

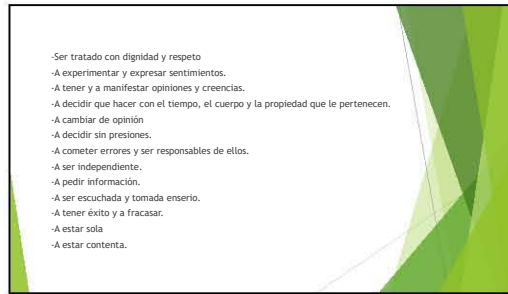
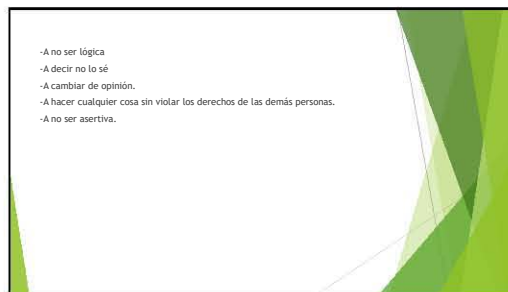
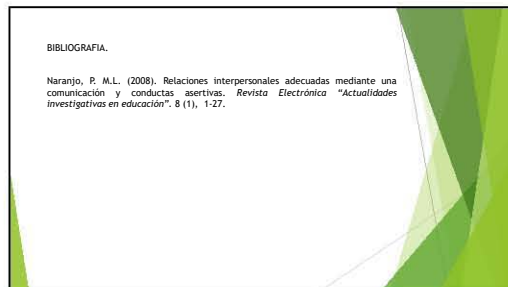
Huidizas, conformistas, mártires, cambiadoras del tema, adivinas del pensamiento, tramposas, acumuladoras de agresividad, bromistas, pequeñas tiranas, jueces, golpe bajo, castigadoras, saboteadoras, entre otros.

Diapositiva 8

PRINCIPIOS Y DERECHOS DE LA ASERTIVIDAD.



Diapositiva 9

Diapositiva
10Diapositiva
11

Anexo 18. Imágenes.

Diapositiva 1



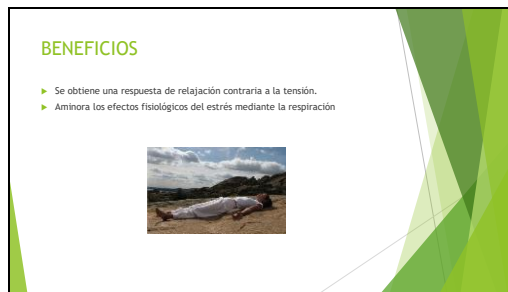
Anexo 19.

Presentación técnica de relajación.

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Diapositiva 3

► El estrés: caracterizado por aumento del ritmo cardiaco, aumento de la presión arterial, consumo de oxígeno y aumento de la tensión muscular.



Diapositiva 4

Las técnicas de relajación basadas en las propuestas de Jacobson y Schultz son:

- Técnicas de respiración
- Meditación.
- Diferentes métodos de relajación a través de ejercitación y masajes.

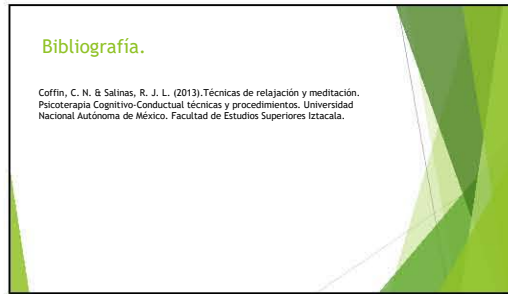


Diapositiva 5

Ejercicio



Diapositiva 6



Bibliografía.

Coffin, C. N. & Salinas, R. J. L. (2013). Técnicas de relajación y meditación. Psicoterapia Cognitivo-Conductual técnicas y procedimientos. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Anexo 20.

Ejercicio de relajación.

Técnica de relajación.

Una semana antes se le solicitará a la usuaria llegar con ropa cómoda y preparada para quitarse los zapatos o tenis y será opcional poder llevar un tapete.

De acuerdo con Goldfried y Davidson (1976, como se citó en Valladares y Rentería, 2013) antes de dar inicio es importante comentarle a la participante que aprenderá a relajarse, informándole que si presenta alguna de las siguientes situaciones no es recomendable que realice el ejercicio.

- Malos recuerdos de la infancia.
- Enfermedades físicas graves.
- Heridas y tensiones musculares.
- Operaciones recientes.
- Sofocaciones con anterioridad.
- Desmayos.
- Ataques epilépticos.
- Utilización de fármacos psicodélicos.
- Diabetes.
- Narcolepsia.
- Transtorno o tratamiento psiquiátrico.
- Estados histéricos o de disociación.
- Educación religiosa particularmente estricta.
- Testigos de accidentes estresantes.
- Trastornos emocionales.

También se le debe mencionar que durante el ejercicio puede llegar a sentir: mareos (es recomendable que avise), hormigueo o sensación de flotar (consideradas las dos últimas, señales positivas que indican que se está relajando).

Posteriormente la terapeuta modelará el respirar por la nariz dirigiendo el aire a la parte baja del vientre (colocando las manos en la parte baja del vientre) y soltará el aire después de 3 segundos suavemente entre los labios, la usuaria realizará esta respiración junto con la terapeuta por 3 veces. Luego le darán las siguientes indicaciones:

“Cierre los ojos, si le resulta más cómodo puede dejarlos abiertos. Inicie inspirando aire por su nariz y diríjalo a la parte baja de su vientre, no lo suelte aún. Cuente mentalmente y de manera lenta: 1, 2,3 y suelte el aire suavemente entre sus labios. Repita esta respiración por cuatro veces mes.

Comencemos por la cabeza, suba las cejas todo lo que pueda hacia arriba, note la

tensión tan molesta y desagradable que se produce en su frente, sienes y zonas cercanas a su nariz. Ahora suavemente deje caer sus cejas hacia la posición inicial. Note lo agradable que es liberarse de esa tensión. Inspire suavemente aire por la nariz hacia la parte baja del vientre, retenga y cuente lentamente: 1, 2,3 y suelte con suavidad entre sus labios, repita esta respiración 4 veces más.

Ahora apriete fuertemente sus párpados contra sus ojos, note la tensión tan molesta y desagradable de la zona cercana de la nariz y la frente. Suelte suavemente los músculos y sienta lo agradable que es estar relajado. Respire suavemente por la nariz hacia la parte baja del vientre, retenga y cuente lentamente: 1, 2,3 y suelte con suavidad entre sus labios, repítase “tranquila y relajada. Continúe respirando de esta manera 4 veces más.

Abra los orificios de su nariz tanto como pueda, note la sensación tan molesta de la nariz y mejillas. Suavemente suelte esa tensión y note lo agradable que es tener los músculos sueltos y relajados. Inspire aire por su nariz hacia la parte baja del vientre reténgalos, cuente 1, 2, 3 y suéltelo entre sus labios, repítase tranquila y relajada, repita esta respiración 4 vece más.

Tire las comisuras o extremos de los labios, como si forzara una sonrisa. Mantenga esta tensión. Note lo desagradable que resulta soltar esa tensión. Respire profundamente de la manera indicada: tomando el aire hacia la nariz hacia la parte baja del vientre. Cuente de uno a tres lentamente y suéltelo entre sus labios repítase las palabras “tranquila y relajada” Repita esta respiración cuatro veces más. Ahora apriete fuertemente sus dientes superiores contra los inferiores. Manténgalos apretados. Ahora suéltelos, libérese de la tensión acumulada en esa zona. Disfrute del estado de relajación cada vez mayor. Respire como lo ha estado haciendo. Repita mentalmente tranquila y relajada. Ahora incline la cabeza hacia adelante todo lo que pueda y manténgala ahí, note la tensión en el cuello, garganta y nuca, tensión molesta que suavemente suelta. “Tranquila y relajada. Tome el aire por su nariz hacia la parte baja del vientre. Cuente: 1, 2, 3, y lo suelta suavemente entre sus labios. Siga repitiendo esta respiración cuatro veces más. Ahora incline la cabeza hacia atrás todo lo que pueda. Manténgala así un momento, note la tensión molesta en el cuello y la nuca. Ahora suéltela. Vuelva la cabeza a su posición inicial. Libérese de la tensión: “tranquila, relajada”. Respire profundamente. Cuente hasta tres y suelte el aire entre sus labios, Continúe ahora subiendo los hombros lo más que pueda hacia arriba. Note la tensión en esa zona.....tensión molesta que ahora va a asaltar. Libérese de la tensión. “Tranquila, relajada. Respire profundamente de la misma manera. Repita la respiración cuatro veces más. Ahora doble los codos todo lo que pueda. Note la tensión en esa zona. Suelte la tensión. Deje las manos sobre las nalgas. Se ha liberado de la tensión acumulada. “Tranquila, relajada. Respiración profunda y tranquila como viene haciéndolo. Repítala cuatro veces más. Ahora apriete el pecho hacia afuera, sacando pecho. Note la tensión en esa zona.....tensión molesta. Suelte la tensión acumulada “Tranquila y relajada”.....respire profundamente.....cuatro veces más. Se libera de la tensión y respira lenta y profundamente. Repite esta respiración cuatro veces más, suavemente. Cada vez está más relajada. Ahora, apriete el estómago hacia adentro todo lo que pueda.....note la tensión en esa zona.....tensión molesta.....que ahora

suelta. Se libera de la tensión....."Tranquila y relajada".....Respira profundamente....Cuatro veces más. Ahora levante su brazo derecho como si golpeará al frente con el puño cerrado....Note la tensión en el hombro, codo, antebrazo, mano, palma de la mano y dedos.....Libere esta tensión. Deje caer lentamente la mano hacia la nalga.....Se libera de la tensión. "Tranquila y Relajada. Respiración profunda.....Lleve el aire hacia la parte baja del vientre. Cuento: 1...2...3, y lo suelta suavemente entre sus labios...Repita cuatro veces esta respiración. Y ahora haga lo mismo con el brazo izquierdo: lo levanta hacia al frente con el puño cerrado.....Tensión molesta en el hombro....Codo, antebrazo.....mano...dedos... y ahora suelte esa tensión....Se libera de ella...."Tranquila, relajada". Respire profundamente y repita esta respiración cuatro veces más. Ahora, levante la pierna derecha todo, lo que pueda. Tire de la punta de los dedos hacia adentro, como si quisiera tocarse la rodilla con los dedos del pie....tensión molesta....que ahora suelta.....se libera de ella....Tranquilo.....Relajado.....Respiración profunda..... Cada vez más tranquila y relajada. Repita esa respiración cuatro veces más. Ahora levante la pierna izquierda de la misma manera, como si quisiera tocarse con los dedos la rodilla, tirando del empeine hacia la rodilla. Tensión molesta....que ahora libera, dejando caer la pierna suavemente. "Tranquila y relajada. Respiración lenta y profunda.

Disfrute de un completo estado de relajación y tranquilidad.

Relajación, tranquilidad, relajación, tranquilidad. Usted mismo lo ha hecho y con la práctica lo hará mejor. Tranquilidad, relajación. Ahora, lentamente, tome aire por la nariz hacia la parte baja del abdomen y suelte suavemente por la boca.

Cada vez que lo haga, contará de 10 hasta 0: 10...9...8...7....6...5...Ahora abra los ojos....4...3...2...1..0...Puede incorporarse . El ejercicio ha terminado." (Psicología-online s.f., como se citó en Valladares & Rentería, 2013).

Una vez terminado el ejercicio la terapeuta le preguntará a la usuaria cómo es que se sintió y se le solicitará lo siguiente:

"A continuación, le voy a dar un cuadrito con las partes del cuerpo que hay que tensar-relajar y este ejercicio de relajación lo tendrá que aplicar en su casa por las mañanas de manera breve. Para poder aclarar dudas, me gustaría que me modele como es que lo aplicaría usted en casa".

Partes del cuerpo

- Cejas.
- Párpados de los ojos.
- Orificios de la nariz.
- Comisuras de los labios.
- Dientes.
- Inclinar la cabeza hacia adelante.
- Inclinar la cabeza hacia atrás.
- Hombros.
- Codos.
- Pecho.
- Estomago.
- Brazo derecho.
- Brazo izquierdo.



Anexo 21.
Registro de la técnica de relajación.



Nombre: _____

Fecha: _____

Conducta a observar: _____

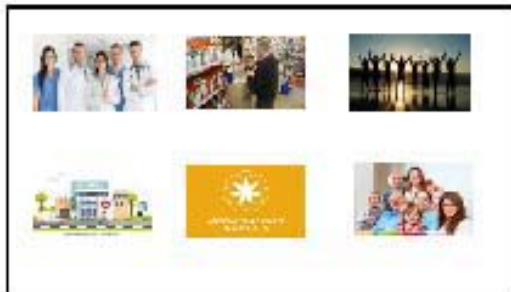
Número de semana: _____

Día.	Realización del ejercicio.
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Anexo 22

Imágenes.

Diapositiva 1



Anexo 23.

Presentación de efectos secundarios.

Diapositiva 1



Diapositiva 2



Diapositiva 3

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

EFFECTOS SECUNDARIOS

- Pueden surgir poco después de iniciar la toma de medicamentos.
- Los efectos suelen disminuir al cabo de unos días, semanas o meses (efectos secundarios de corto plazo: manchas rojizas en el cuerpo, diarreas, náuseas y vómitos).
- Otros efectos secundarios se pueden manifestar tras varios meses o años de tratamiento (efectos secundarios de largo plazo: alteración en el metabolismo, lipodistrofia, neuropatía periférica, alteraciones en el sistema nervioso).

Diapositiva 4

RECOMENDACIONES

- Tener buena comunicación con los profesionales de la salud.
- Tener información de los medicamentos que está tomando y los efectos secundarios que pueda presentar, para disminuir ansiedad y el temor de tomarlos.
- En caso de sentir mal estar fuera de lo indicado por el médico. Se recomienda asistir a cita médica con el profesional de la salud.



Diapositiva 5

RECUERDA QUE EL AFRONTAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO Y EL SER ADHERENTE AL TRATAMIENTO TE DARAN COMO RESULTADO UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA.



Diapositiva 6

BIBLIOGRAFIA.

Cabrera, R. G., Ortega, A. C. G. & Martínez, B. J. (2015). *Guía de Adherencia a Tratamientos Antirretrovirales para personas con VIH*. Red de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C.

Anexo 24.

Links de videos

Mi vida con VIH/ Sida. (2005). Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=16VqUasqIk&t=339s>.

SIDA - VIH Testimonio de Rosemary Rincón quien vive con VIH. (2012). Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=85LQIBWA-Qc>.