



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

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
EN PERSONAS CON VIH Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA

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

PRESENTA
ROBERTO NERIA MEJÍA

TUTORA PRINCIPAL

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

MIEMBROS DEL COMITÉ

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

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
Facultad de Psicología, UNAM.

DR. KIRK STROSAHL
University of Washington Seattle.

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

Ciudad de México, Noviembre de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A **Rafaela y Roberto**,
mis padres,
por educarme de una manera adelantada para su época,
por aceptarme tal cual soy, sin actitud de juicio
y por amarme tanto como yo los amo.

Mamá

Gracias por enseñarme a no juzgarme, por estar a mi lado en todas esas oscuras noches de mi vida, en las que con su infinito amor y sabiduría me enseñó que la noche también es parte de la vida; que lo que no nos mata nos hace más fuertes; que lo que vale la pena requiere esfuerzo, trabajo y dedicación; que aprendiera a valerme por mí mismo; que no hablara sobre mí con mi boca (palabras), sino con mis manos (mis actos); que no olvidara que cualquiera puede tener dinero, éxito y esas cosas, pero no cualquiera, a pesar de las tentaciones del mundo, conserva sus principios y se guía por sus valores personales; que no olvidará nunca quien soy, porque eso que soy, es lo que realmente me hace valioso.

Papá

Gracias por ser un padre flexible y con una visión científica del mundo. Le admiró por siempre tener una respuesta sensata cuando yo no sabía que pensar, por darme la libertad de elegir, pero de advertirme que en el mundo hay cosas malas y buenas y que todas mis elecciones tendría consecuencias, por aconsejarme que leer un libro era malo, porque entonces me quedaría con una sola visión del mundo, así que leyerá todo lo que me fuera posible, que no me casará con una idea, porque las ideas sólo son ideas, más no la realidad, y que por más que conociera, nunca lo sabría todo y que no servía de nada saber, si ese saber, me impedía experimentar todo lo maravilloso que hay en el mundo.

A mis abuelos que ya han fallecido:

Victoria (abuela materna)
y **Jesús** (abuelo paterno)

Donde quiera que estén, estoy seguro, que comparten la alegría que siento de este logro académico.

A ti, **Julio**

Gracias por tu amor y por estar a mi lado.
Te admiro porque puedes comprender mis pensamientos y mis afectos.
Eres un hombre inteligente
y siento gratitud con la vida
porque estés a mi lado.

Te amo.

AGRADECIMIENTOS

A la **Casa de la Sal A.C.**

A los **participantes de mi estudio**,
porque sin ellos mi investigación no tendría sentido.

A ustedes:

Dra. Angélica Riveros Rosas y Dr. Juan José Sánchez-Sosa

No tengo palabras para expresar mi gratitud, pues me han acompañado y guiado en este viaje académico, donde de ser un trozo de carbón, me han transformado en la persona que hoy termina su doctorado.

ÍNDICE

Página

Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	iii
Capítulo 1. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana	1
1.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana	1
1.1.1 Tipos de VIH	1
1.2 Epidemiología mundial del VIH y el sida	1
1.3 Epidemiología del VIH y el sida en México	2
1.4 Historia Natural de infección por VIH	3
1.5 Diagnóstico de la infección por VIH	4
1.6 Tratamiento antirretroviral	6
1.7 Adherencia al tratamiento antirretroviral	9
1.7.1 Concepto de adherencia	9
1.7.2 Medición de la adherencia	10
1.8 Sintomatología afectiva e infección por VIH.	10
Capítulo 2. Terapia Cognitivo Conductual en la infección por VIH	13
2.1 Terapia Cognitivo Conductual	13
2.1.1 Primera generación: Terapia de Conducta	13
2.1.2 Segunda generación: Aspectos cognitivos del comportamiento	15
2.1.3 Tercera generación: terapias contextuales	18
2.2 Aportaciones de la TCC a la infección por VIH	19
2.2.1 Niveles de prevención	19
2.2.2 TCC en la prevención primaria de la infección por VIH	19
2.2.3 TCC en la prevención secundaria de la infección por VIH	24
2.3.4 TCC en la prevención terciaria de la infección por VIH	28
2.3 Terapia de Aceptación y Compromiso en la infección por VIH	33
Capítulo 3. Terapia de Aceptación y Compromiso	38
3.1 Aspectos generales de la Terapia de Aceptación y Compromiso	38
3.2 Contextualismo: orígenes y concepto	39
3.2.1 Contextualismo funcional como fundamento de la ACT	42
3.4 Teoría del Marco Relacional	44
3.4.1 Aprendizaje relacional	44
3.4.2 Vinculación mutua o bidireccional	45
3.4.3 Vinculación combinatoria	46
3.4.4 Transformación de funciones	46
3.5 Modelo de flexibilidad psicológica	48
3.5.1 Trastorno de Evitación Experiencial	50
3.6 Procesos clínicos fundamentales de ACT	51
3.6.1 Aceptación	51
3.6.2 Defusión cognitiva	52
3.6.3 Yo como contexto	53

3.6.4 Momento presente	53
3.6.5 Valores	53
3.6.6 Compromiso	54
Capítulo 4. Planteamiento del problema	55
4.1 Justificación	55
4.2 Preguntas de investigación	58
4.2.1 Pregunta principal	58
4.2.2 Pregunta secundaria	58
Capítulo 5 Diseño y pilotaje de la intervención ACT-VIH	59
5.1 Objetivo	59
5.2 Escenario clínico	59
5.3 Procedimiento del diseño y pilotaje	59
5.4 Participantes en el pilotaje	60
5.4.1 Participante 1 del pilotaje	60
5.4.2 Participante 2 del pilotaje	63
5.4.3 Participante 3 del pilotaje	66
5.5 Ajustes realizados	69
5.6 Metáforas propuestas	71
Capítulo 6. Método: Evaluación de la intervención ACT-VIH	72
6.1 Objetivos	72
6.1.1 Objetivos principales	72
6.1.2 Objetivos secundarios	72
6.2 Escenario Clínico	73
6.3 Participantes	73
6.3.1 Criterios de inclusión	73
6.3.2 Criterios de exclusión	74
6.3.3 Criterios de eliminación	74
6.3.4 Datos sociodemográficos	76
6.3.5 Antecedentes de salud	77
6.4 Variable independiente: Intervención ACT-VIH	78
6.4.1 Componente psicoeducativo para la adherencia al TAR	78
6.4.2 Componente ACT	79
6.4.3 Integridad del tratamiento	81
6.5 Variables dependientes y su medición	83
6.5.1 Consumo de sustancias	83
6.5.2 Sintomatología afectiva	84
6.5.3 Conocimientos sobre la infección por VIH y el TAR	86
6.5.4 Adherencia al TAR	86
6.5.5 Satisfacción al TAR	87
6.5.6 Marcadores biológicos	87
6.5.7 Flexibilidad psicológica percibida	88
6.5.8 Evitación experiencial	88
6.5.9 Fusión cognitiva	90
6.5.10 Atención plena	91
6.5.11 Valores personales	92
6.5.12 Satisfacción con la vida	95
6.5.13 Actitudes disfuncionales	96

6.6	Diseño de investigación	97
6.7	Procedimiento	100
6.8	Análisis de datos	102
Capítulo 7.	Resultados de la intervención ACT-VIH	105
7.1	Resultados de la evaluación del componente psicoeducativo	105
7.2	Resultados del componente ACT	111
7.2.1	Formulación ACT	111
7.2.2	Resultados del diseño pre-post del componente ACT	116
7.2.3	Resultados del diseño AB del componente ACT	120
7.2.4	Modelo para personas con VIH y sintomatología afectiva	135
7.3	Consumo de sustancias	137
Capítulo 8.	Discusión y conclusiones de la intervención ACT-VIH	139
8.1	Discusión de los resultados	139
8.2	Conclusiones	148
8.3	Limitaciones	149
Referencias		151
Anexos		168
Anexo A	Consentimiento informado	169
Anexo B	Ficha de identificación	170
Anexo C	Instrumentos de medición	171
Anexo D	Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH	184

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1.1 Estadios de la infección por VIH según la Organización Mundial de la Salud	5
Tabla 1.2 Estadios de la infección por VIH según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades	5
Tabla 1.3 Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral	7
Tabla 1.4 Potenciales ventajas y desventajas del inicio temprano de tratamiento antirretroviral	8
Tabla 5.1 Sintomatología afectiva del participante 1 del pilotaje	61
Tabla 5.2 Procesos ACT medidos en el participante 1 del pilotaje	61
Tabla 5.3 Sintomatología afectiva de participante 2 del pilotaje según el IMADIS	63
Tabla 5.4 Sintomatología afectiva de participante 2 del pilotaje según el HADS-VIH	64
Tabla 5.5 Procesos ACT medidos en el participante 2 del pilotaje	64
Tabla 5.6 Sintomatología afectiva de participante 3 del pilotaje según el IMADIS	68
Tabla 5.7 Sintomatología afectiva de participante 3 del pilotaje según el HADS-VIH	68
Tabla 5.8 Procesos ACT medidos en el participante 3 del pilotaje	68
Tabla 6.1 Datos sociodemográficos	76
Tabla 6.2 Antecedentes de salud	77
Tabla 6.3 Subcomponentes del componente ACT	80
Tabla 6.4 Descripción general del componente ACT	82
Tabla 6.5 Niveles de riesgo según el ASSIST	83
Tabla 6.6 Correlaciones entre el BEVS y otras mediciones (N=147)	93
Tabla 6.7 Análisis de componentes principales para todas las variables estudiadas	94
Tabla 6.8 Mediciones del componente psicoeducativo	98
Tabla 6.9 Mediciones pre-post del componente ACT	99
Tabla 6.10 Mediciones AB del componente ACT	99
Tabla 6.11 Procedimiento general de la intervención ACT-VIH	101
Tabla 6.12 Resultados de la prueba de normalidad	102
Tabla 7.1 Resultados por participante de los conocimientos básicos sobre VIH y el TAR	105
Tabla 7.2 Resultados por participante de la adherencia y satisfacción al TAR	108
Tabla 7.3 Resultados por participante pre-post de los marcadores biológicos	109
Tabla 7.4 Resultados por participante de los procesos abiertos según el EAH-ACT	112
Tabla 7.5 Resultados por participantes de los procesos centrados según el EAH-ACT	112
Tabla 7.6 Resultados por participante de los procesos comprometidos según el EAH-ACT	113
Tabla 7.7 Resultados por participante de la flexibilidad psicológica percibida	115

Tabla 7.8 Diferencia de medias de la flexibilidad psicológica percibida (n=11)	115
Tabla 7.9 Resultados por participante de la atención plena	116
Tabla 7.10 Diferencias de media de las variables con diseño pre-post del componente ACT (n=11)	116
Tabla 7.11 Resultados por participante de la satisfacción con la vida	117
Tabla 7.12 Resultados por participante de los valores personales	119
Tabla 7.13 Resultados por participante de la sintomatología afectiva y tamaño del efecto	123
Tabla 7.14 Diferencias de media de la sintomatología afectiva (n=11)	123
Tabla 7.15 Resultados por participante de la depresión y tamaño del efecto	124
Tabla 7.16 Diferencias de media de la depresión (n=11)	124
Tabla 7.17 Resultados por participante de la ansiedad y tamaño del efecto	126
Tabla 7.18 Diferencias de media de la depresión (n=11)	126
Tabla 7.19 Resultados por participante de la evitación experiencial y tamaño del efecto	128
Tabla 7.20 Diferencias de media de la evitación experiencial (n=11)	130
Tabla 7.21 Resultados por participante de la fusión cognitiva y tamaño del efecto	132
Tabla 7.22 Diferencias de media de la fusión cognitiva (n=11)	132
Tabla 7.23 Resultados por participante de las actitudes disfuncionales y tamaño del efecto	133
Tabla 7.24 Diferencias de media de las actitudes disfuncionales (n=11)	133
Tabla 7.25 Coeficientes de regresión para el modelo hipotético propuesto	135
Tabla 7.26 Índices de ajustes para las tres variaciones del modelo hipotético	136
Tabla 7.27 Coeficientes de regresión para el modelo probado	136
Tabla 7.28 Correlación de las variables consideradas en el modelo probado	137
Tabla 7.29 Nivel de riesgo del consumo de sustancias según el ASSIST	138

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1.1 Fases de la infección por VIH	4
Figura 1.2 Impacto psicológico de la infección por VIH	11
Figura 3.1 Modelo de flexibilidad psicológica	49
Figura 3.2 Modelo de inflexibilidad psicológica	49
Figura 5.1 Autoevaluación ACT pre del participante 1 del pilotaje	62
Figura 5.2 Evitación experiencial del participante 2 del pilotaje	65
Figura 5.3 Autoevaluación ACT pre del participante 2 del pilotaje	66
Figura 5.4 Autoevaluación ACT pre-post del participante 3 del pilotaje	67
Figura 5.5 Evitación experiencial del participante 3 del pilotaje	69
Figura 6.1 Diagrama de flujo de los participantes	75
Figura 6.2 Componentes terapéuticos de la intervención ACT-VIH	78
Figura 6.3 Reloj de arena utilizado en la psicoeducación	79
Figura 6.4 Proceso de canalización de los participantes al protocolo ACT	100
Figura 7.1 Resultados grupales de los conocimientos adquiridos	107
Figura 7.2 Resultados del registro conductual de la toma de medicamento	110
Figura 7.3 Resultados grupales por cada proceso ACT (n=11)	113
Figura 7.4 Resultados gráficos por participante de los valores personales	118
Figura 7.5 Análisis gráfico de la sintomatología afectiva por participante	121
Figura 7.6 Análisis gráfico de la depresión por participante	125
Figura 7.7 Análisis gráfico de la ansiedad por participante	127
Figura 7.8 Análisis gráfico de la evitación experiencial por participante	129
Figura 7.9 Análisis gráfico de la fusión cognitiva por participante	131
Figura 7.10 Análisis gráfico de las actitudes disfuncionales por participante	134
Figura 7.11 Modelo hipotético propuesto para explicar la sintomatología afectiva en los participantes	135
Figura 7.12 Modelo probado de la sintomatología afectiva en los participantes	136

Resumen

Las personas que viven con VIH (PVVIH) tienen de dos a cuatro veces mayor incidencia de depresión con una alta comorbilidad de ansiedad. Esta sintomatología afectiva (depresión-ansiedad) influye negativamente en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propone la aceptación de los eventos privados en lugar de su control o eliminación y ha mostrado evidencia en mejorar la sintomatología afectiva en población sin VIH. Los estudios de ACT en PVVIH son limitados. Sin embargo, promover flexibilidad psicológica en PVVIH permite que no se fusionen con su enfermedad y no eviten vivir su propia vida. La aceptación del diagnóstico y la elección de una vida basa en sus valores personales contribuye a un estado de ánimo sano y a conductas valiosas como la adherencia necesaria ($\geq 95\%$) al TAR. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la intervención ACT-VIH en la sintomatología afectiva de PVVIH y promover o mantener la adherencia requerida al TAR. El diseño fue de comparación intra sujetos ($N=1$ con 10 réplicas). Los participantes fueron once hombres mexicanos VIH positivos, con una media de 34.9 años y con sintomatología afectiva. La intervención ACT-VIH consistió en dos componentes. Un componente psicoeducativo basado en *la metáfora del reloj de arena* para la adherencia al TAR con mediciones pre-post y seguimiento, y un componente de ACT para promover la flexibilidad psicológica integrado por siete módulos. En general se calcularon tamaños del efecto individual y grupal y el análisis pre, post y al seguimiento fue con estadística paramétrica, menos en la variable conocimientos sobre VIH y TAR que no mostró normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk. Para el componente ACT algunas variables se evaluaron pre-post y algunas con un diseño AB. Estas últimas se analizaron de forma gráfica y con la Tau-U de Parker que compara la tendencia de la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento).

El componente psicoeducativo mostró eficacia en promover y mantener la adherencia adecuada al TAR ($\geq 95\%$) en todos los participantes, tanto adherentes (63%) como no adherentes (35%). También incrementó los conocimientos básicos sobre VIH y el TAR según la prueba de Wilcoxon ($Z=2.994$; $p=.003$) y todos los participantes al seguimiento lograron la supresión viral (<40 copias) y un aumento en su conteo de células CD4, lo que mejoró el nivel de inmunodeficiencia en el 91% de los participantes. El componente ACT evaluado de forma pre y post mostró mejorías para las variables flexibilidad psicológica ($t=-11.74$; $p=.001$), atención plena ($t=-7.92$; $p=.001$), satisfacción con la vida ($t=-8.76$; $p=.001$) y valores personales ($t=-8.87$; $p=.001$). En cuanto al diseño AB de forma grupal las variables sintomatología afectiva (Tau- $U_{A \text{ vs. } B}=-0.94$; $p=.001$), depresión (Tau- $U_{A \text{ vs. } B}=-0.94$; $p=.001$), ansiedad (Tau- $U_{A \text{ vs. } B}=-0.92$; $p=.001$), evitación experiencial (Tau- $U_{A \text{ vs. } B}=-0.94$; $p=.001$), fusión cognitiva (Tau- $U_{A \text{ vs. } B}=-0.92$; $p=.001$) y actitudes disfuncionales (Tau- $U_{A \text{ vs. } B}=-0.92$; $p=.001$) mostraron mejorías al comparar la tendencia de la fase A versus la fase B y dichas mejorías se mantuvieron al mes de seguimiento. Es interesante que las actitudes disfuncionales de los participantes mejoraron, aunque el tratamiento no promovió su control ni eliminación. Por último, el modelo de la sintomatología afectiva de los participantes probado con un análisis de senderos indicó que la evitación experiencial fue la variable que mejor explicó su sintomatología afectiva ($X^2=0.116$; $gl=3$; $p=0.993$; $GFI=0.995$; $CFI=1.00$; $RMSEA=0.001$). En futuras investigaciones es importante incluir mujeres y evaluar la eficacia de la intervención ACT-VIH en formato grupal.

Palabras claves: Terapia de Aceptación y Compromiso, VIH-SIDA, depresión, ansiedad, adherencia, tratamiento antirretroviral.

Abstract

People living with HIV (PLWHIV) have two to four times the incidence of depression with high anxiety comorbidity. This affective symptomatology (depression-anxiety) negatively influences adherence to antiretroviral therapy (ART). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) proposes the acceptance of private events instead of their control or elimination and has shown evidence in improving affective symptomatology in the general population without HIV. Studies of ACT in PLHIV are limited. However, promoting psychological flexibility in PLHIV allows them not to fusion with their disease and avoid living their own life. Accepting the diagnosis and choosing a life based on personal values contributes to a healthy state of mind and to do engaged actions such as the required adherence ($\geq 95\%$) to ART.

The objective of this study was to evaluate the impact of the ACT-HIV intervention on the affective symptomatology of PLWHIV and to promote or maintain the required adherence to ART. The design was an intra-subject comparison ($N=1$ with 10 replicates). The participants were eleven HIV positive Mexican men, with a mean of 34.9 years and with affective symptomatology. The ACT-HIV intervention consisted of two components. A psychoeducational component based on the *hourglass metaphor* for adherence to ART with pre-post measurements and follow-up, and an ACT component to promote psychological flexibility integrated by seven modules. In general, individual and group effect sizes were calculated, and the pre, post, and follow-up analyzes were using parametric statistics, except for the variable knowledge of HIV and ART that did not show normality according to the Shapiro-Wilk test. For the ACT component, some variables were evaluated pre-post and some with an AB design, which were analyzed graphically. And it was also evaluated by Parker's Tau-U to compare the trend of phase A (without treatment) versus phase B (with treatment).

The psychoeducational component showed efficacy in promoting and maintaining adequate adherence to ART ($\geq 95\%$) in all participants, both adherent (63%) and non-adherent (35%). It also increased basic knowledge of HIV and ART according to the Wilcoxon test ($Z=2,994$; $p=.003$) and all participants at follow-up achieved viral suppression (<40 copies) and an increase in their CD4 cell count, which improved the immunodeficiency level in 91% of the participants. The ACT component was evaluated pre and post showing improvements for the variables psychological flexibility ($t = -11.74$; $p=.001$), mindfulness ($t = -7.92$; $p=.001$), life satisfaction ($t = -8.76$; $p=.001$) and personal values ($t = -8.87$; $p=.001$). Regarding the AB design, the affective symptomatology (Tau- $U_{A \text{ vs. } B} = -0.94$; $p = .001$), depression (Tau- $U_{A \text{ vs. } B} = -0.94$; $p = .001$), anxiety (Tau- $U_{A \text{ vs. } B} = -0.92$; $p = .001$), experiential avoidance (Tau- $U_{A \text{ vs. } B} = -0.94$; $p = .001$), cognitive fusion (Tau- $U_{A \text{ vs. } B} = -0.92$; $p = .001$) and dysfunctional attitudes (Tau- $U = -0.92$; $p = .001$) showed improvements when comparing the trend of phase A versus phase B and these improvements were maintained at one month of follow-up. Interestingly, the dysfunctional attitudes of participants improved, even though the treatment did not promote their control or elimination. Finally, the model of the affective symptomatology of the participants tested with a path analysis indicated that experiential avoidance was the variable that best explained their affective symptomatology ($X^2 = 0.116$; $gl = 3$; $p = 0.993$; $GFI = 0.995$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = 0.001$). In future research it is important to include women and assess the efficacy of the ACT-HIV intervention in group format.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, HIV-AIDS, depression, anxiety, adherence, antiretroviral therapy.

INTRODUCCIÓN

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de salud pública mundial y su atención requiere de intervenciones provenientes de diversas áreas, entre ellas, la psicología. En principio, las personas que viven con VIH requieren conocer su diagnóstico de manera temprana y oportuna y tener la posibilidad de acceder al tratamiento antirretroviral.

Una vez con acceso al tratamiento antirretroviral es necesario procurar y mantener la adherencia requerida al medicamento para conseguir el control de la infección por VIH. Además, las personas con VIH no sólo se enfrentan a una enfermedad altamente estigmatizada, sino también tienen un mayor riesgo de padecer depresión y ansiedad (síntomatología afectiva) por lo que se requieren intervenciones psicológicas, que apoyen tanto a la adherencia como al manejo de la sintomatología afectiva.

El presente trabajo evalúa la intervención ACT-VIH que se integra de un componente psicoeducativo basado en la *metáfora del reloj de arena* para procurar y mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral y un componente ACT para promover la flexibilidad en personas con VIH y sintomatología afectiva.

En los primeros capítulos (del uno al tres) se muestran los antecedentes del tema relacionados con la infección por VIH, las principales aportaciones de la Terapia Cognitivo Conductual a la infección por VIH y una descripción general de la Terapia de Aceptación y Compromiso. En el capítulo cuatro se realiza el planteamiento del problema y en el capítulo cinco se describe la creación y pilotaje de la intervención evaluada en esta investigación. En el capítulo seis se presenta propiamente la evaluación de la intervención ACT-VH y en los últimos capítulos (siete y ocho) se presentan los resultados, la discusión de estos, las conclusiones y las limitaciones de la intervención ACT-VIH.

CAPITULO 1

Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

*Quando el sufrimiento toca a tu puerta
y tú le dices que no hay una silla para él,
él te dice que no te preocupes
porque él ha traído su propia silla.*

Chinua Achebe (1964).

1.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) fue identificado en 1983 como el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (Barré-Sinoussi et al., 1983). El VIH pertenece a la familia *retroviridae*, subfamilia *lentivirus*, es de forma esférica con un diámetro de entre 100 a 120 nanómetros, su núcleo se llama *core* y tiene un citoplasma y una membrana externa denominada envoltura. El *core* contiene dos cadenas de ARN con nueve genes que regulan la replicación viral y que requieren tres enzimas esenciales para el ciclo vital del VIH que son: transcriptasa inversa, integrasa y proteasa (Lozano de León, 2014; Romero, 2007).

1.1.1 Tipos de VIH

Existen dos tipos de VIH. El VIH-1 es el más agresivo y es el responsable de la epidemia mundial de VIH. Por lo general, cuando se habla de VIH sin especificar el tipo se refiere al VIH-1. El VIH-2 es menos agresivo, es menos prevalente y casi exclusivo de África Occidental (Delgado, 2011; Lozano de León, 2014).

1.2 Epidemiología mundial del VIH y el sida

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2019) estima que desde el comienzo de la epidemia del VIH hasta el 2018, han fallecido 32 millones de personas en el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida, que 74.9 millones de personas han contraído la infección por VIH y que durante el 2018 a nivel mundial 37.9 millones de personas vivían con VIH.

1.3 Epidemiología del VIH y el sida en México

En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2019) reportó que hasta junio de 2019 se registraron 172,390 casos notificados de personas viviendo con VIH/sida y 7,668 casos notificados de nuevas infecciones. Además, que durante el año 2018 hubo 3,941 defunciones por sida.

La epidemia en México se encuentra concentrada en poblaciones clave como son hombres trabajadores sexuales (24.1%), hombres que tienen sexo con otros hombres (17.3%), mujeres trans (15-20%), personas usuarias de drogas inyectadas (5.8%) y mujeres trabajadoras sexuales (0.7%) (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2018).

De las personas con VIH/sida contabilizadas en México desde 1983 hasta el 30 de junio de 2019, en cuanto al sexo, el 82.2% son hombres y 17.8% son mujeres, siendo el rango de edad con mayor número de casos de VIH/sida el de 15 a 49 años. En cuanto a la forma de transmisión la vía principal es la sexual (94.9%), después la vía sanguínea (1.8%), le sigue la vía vertical (1.9%) y finalmente los usuarios de drogas inyectables (1.4%) (CENSIDA, 2019).

El 70% de las infecciones en hombres se relacionan con el concepto epidemiológico de transmisión por prácticas de hombres que tienen sexo con otros hombres, lo cual, es consistente con que el 23% de hombres con VIH declaran haberse infectado por una relación heterosexual (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2016).

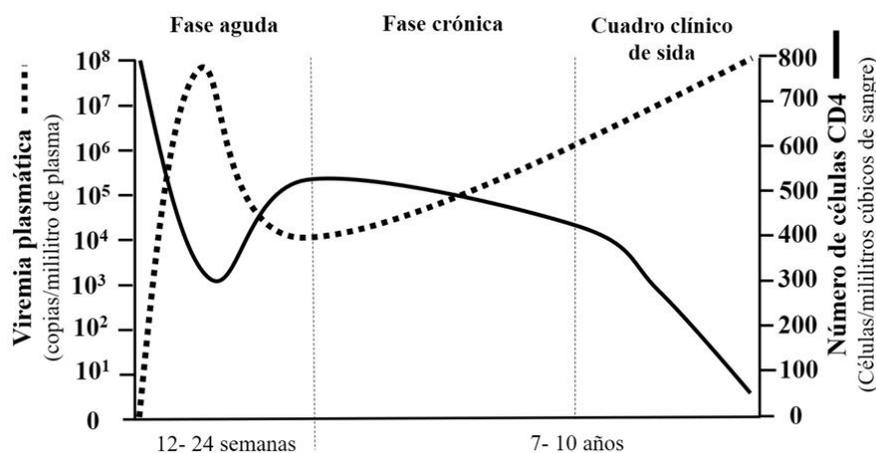
1.4 Historia natural de la infección por VIH

La historia natural de la enfermedad es la evolución de los procesos morbosos (una enfermedad) sin intervención terapéutica (Álvarez & Álvarez, 2009; Guiscafré & Salmerón, 1994). La noción de historia natural de la enfermedad fue introducida por Burnet (1940) y retomada por Leavell y Clark (1965) en su propuesta sobre los niveles de prevención de la enfermedad.

La historia natural de la infección por VIH comienza cuando el VIH entra por alguna vía de contagio. El VIH puede infectar a una persona por vía sanguínea (transfusiones o uso de jeringas infectadas), vertical (de madre a hijo) (Azkune et al., 2011), y sexual (cuando se mantienen relaciones sexuales sin protección con una persona seropositiva) (Lozano de León, 2014).

Al ingresar al cuerpo el VIH infecta principalmente a las células CD4, que son células mediadoras en la respuesta inmunitaria y que tienen como función detener procesos infecciosos y neoplásicos. En las primeras semanas el VIH no produce los suficientes antígenos para ser identificado, por lo que el VIH no puede ser detectado y a esto se llama periodo de ventana (Miró et al., 2011). Los síntomas que pueden presentarse son variados siendo los más comunes una afección de tipo gripal, diarreas recurrentes, sudoraciones nocturnas y síndrome general de desgaste (Lozano de León, 2014).

La primera fase de la infección por VIH se denomina fase aguda y en ella los CD4 comienzan un descenso, seguido de una recuperación hacia la fase crónica en la que se estabilizan y finalmente colapsan en la fase de sida. La carga viral en la fase aguda incrementa y disminuye en la fase crónica, permaneciendo relativamente estable para finalmente incrementar en la fase de sida. La historia natural del VIH concluye con la muerte (ver figura 1.1).

Figura 1.1**Fases de la infección por VIH**

Nota. Evolución de la viremia plasmática y las células CD4 sin Tratamiento Antirretroviral. Adaptado de “HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment”, por V. Simon, D. D. Ho, y K. Q. Abdool, 2006, *The Lancet*, 368(9534), p. 493 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69157-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69157-5)).

1.5 Diagnóstico de la infección por VIH

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza con técnicas que detectan la presencia de anticuerpos específicos que se encuentran prácticamente en el 100% de las personas infectadas con VIH. Las pruebas que miden la presencia de anticuerpos como la prueba ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) son altamente confiables con una sensibilidad de 99%. No es posible conseguir el 100% por dos situaciones en las que puede ocurrir un falso negativo. La primera se debe a que la seroconversión se da entre las primeras 3-4 semanas de la infección y la segunda por defectos inmunitarios (García et al., 2011).

La prueba ELISA en 1985 detectaba anticuerpos a los 40 días de la infección. En la actualidad las técnicas de ELISA denominadas de cuarta generación permiten detectar los anticuerpos y el antígeno p24, reduciendo el periodo de ventana a 13 o 15 días y con una sensibilidad de 99.9%. Sin embargo, el diagnóstico debe ser confirmado. Las pruebas confirmatorias son Western Blot y el inmunoblot recombinante o inmunoensayo en línea

(LIA). Las dos pruebas tienen la misma sensibilidad que la prueba ELISA. Además, permiten diagnosticar si la infección es por el VIH-1 o el VIH-2 (García et al., 2011).

Con el diagnóstico por VIH la determinación de la viremia plasmática o carga viral, que es el número de copias de ARN del virus por mililitro de plasma sanguíneo, y la cifra de linfocitos CD4 por milímetro cúbico de sangre (conteo de CD4), se puede establecer la situación clínica del paciente con VIH y establecer las decisiones terapéuticas (García et al., 2011; Guerrero et al., 2014; Ruiz et al., 2014). Ver tabla 1.1 y 1.2.

Tabla 1.1

Estadios de la infección por VIH según la Organización Mundial de la Salud.

Estadio clínico	Linfocitos T CD4/mm ³	Inmunodeficiencia
1	≥500	Ninguna o no significativa
2	350-499	Leve
3	200-349	Avanzada
4	<200	Grave

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

Tabla 1.2

Estadios de la infección por VIH según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades.

Estadios	Linfocitos T CD4/mm ³	Inmunodeficiencia
1	≥500	No sida
2	200-499	No sida
3	<200	Alguna condición de sida
4	Sin información	Sin información

Nota. Adaptado de “Revised Surveillance Case Definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection s and AIDS among children aged 18 months to < 13 years - United States”, por Centers for Diseases Control, 2008), *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 57(RR-10). (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm>)

Para establecer el estadio clínico de la inmunodeficiencia ocasionada por el VIH existen dos clasificaciones. Por una parte, la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2006) establece su clasificación basada en la gravedad de la enfermedad y omite la palabra sida, lo que es una ventaja en términos de estigma. Por otra parte, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (Centers for Diseases Control [CDC], 2008) basan su clasificación en términos del cuadro clínico definitorio de sida y proporciona un estadio para cuando no se tiene información sobre el número de CD4 de una persona con VIH.

1.6 Tratamiento antirretroviral

En 1983 Luc Montagnier y Françoise Barré-Sinoussi obtuvieron el premio Nobel de Medicina por identificar al VIH como el agente causal del sida (Barré-Sinoussi et al., 1983). El descubrimiento del VIH propició el desarrollo de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) o simplemente Tratamiento Antirretroviral (TAR) como se nombrará en lo subsecuente. El TAR ha demostrado eficacia en el control de la infección por VIH (Alonso et al., 2000) y su objetivo es lograr la supresión viral, es decir, una carga viral plasmática inferior a 50 o 40 copias/ml de sangre, dependiendo de la técnica utilizada, lo que se denomina indetectabilidad (Lozano & Domingo, 2011).

La eficacia del TAR permite que la infección por VIH se convierta en una enfermedad crónica controlable para las personas con VIH que inician TAR de forma oportuna, lo que hace posible que su esperanza de vida se aproxime a la de la población general (Ribera et al., 2011). Sin embargo, el TAR puede producir algunos efectos secundarios (Lozano & Domingo, 2011; WHO, 2004).

Los efectos secundarios del TAR se pueden clasificar de acuerdo con el perfil temporal de los fármacos en dos tipos: toxicidad de aparición temprana o tolerabilidad y toxicidad crónica o a largo plazo (ver tabla 1.3).

Tabla 1.3

Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral.

Toxicidad	Tipo	Ejemplo
Temprana	Alteraciones cutáneas e hipersensibilidad	Erupciones
	Trastornos gastrointestinales	Náusea, vómito, diarrea
	Hiperbilirrubinemia	Ictericia conjuntival y/o cutánea
	Toxicidad mitocondrial	Acidosis láctica
	Efectos adversos neuropsiquiátricos	Sueños vívidos, somnolencia, insomnio, mareos, dificultad para concentrarse, confusión, cefalea, irritabilidad, nerviosismo y depresión
A largo plazo	Anomalías metabólicas	Resistencia a insulina y diabetes mellitus
	Distribución de grasa corporal	Lipodistrofia
	Nefrotoxicidad	Disminución del filtrado glomerular
	Otros efectos adversos	Osteopenia, osteoporosis, hipertensión arterial, disfunción sexual

Nota. La tabla es un resumen basado en el trabajo “Manejo de la toxicidad por fármacos antirretrovirales”, por P. Domingo y F. Lozano, 2011, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(7), p. 535-644. (<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.12.001>)

Es importante mencionar que los efectos secundarios varían según el esquema de fármacos antirretrovirales. Además, no afectan al cien por ciento de los pacientes. Por ejemplo, la combinación lopinavir/ritonavir puede producir náusea en un rango de 4% a 8%. Otro ejemplo es efavirenz, que puede producir efectos adversos neuropsiquiátricos como sueños vívidos, depresión y somnolencia entre otros, que desaparecen en las primeras 24 semanas e incluso entre la segunda y cuarta semana en la mayoría de los pacientes y que sólo en un 10% al 15% de pacientes, los efectos secundarios se presentan por periodos prolongados (Domingo & Lozano, 2011). El inicio del TAR está indicado

una vez realizado el diagnóstico positivo de VIH. Las ventajas y desventajas del inicio temprano del TAR se indican en la tabla 1.4.

Tabla 1.4

Potenciales ventajas y desventajas del inicio temprano de tratamiento antirretroviral.

Ventajas	Desventajas
Minimiza: -Desgaste del sistema inmune -Evolución del VIH. -Diseminación del VIH a reservorios celulares y órganos santuarios	Requiere un óptimo cumplimiento en su toma y en caso de NO tener buena adherencia: - Desarrollo de falla virológica y resistencia viral. -Limita opciones terapéuticas subsiguientes - Transmisión de cepas virales resistentes. -Evolución viral hacia mayor virulencia.
Disminuye la incidencia de enfermedades no defintorias de sida: - Cardiovasculares - Renales - Hepáticas - Neurobiológicas - Oncológicas	Riesgos de efectos secundarios y tóxicos de los medicamentos: - Gastrointestinales - Cardiovasculares - Renales - Hepáticos - Cutáneos
Evita la presentación de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas al sida.	Percepción de menor riesgo de transmitir o de reinfectarse por el VIH y el no cumplimiento de relaciones sexuales protegidas.
Alarga la expectativa de supervivencia.	Expectativa de que la terapia es meramente un método de «sexo seguro» para tener relaciones sexuales no protegidas.
Evita la pérdida de pacientes de la cadena de atención médica.	Representa un mayor costo inmediato para el sistema de salud, aunque a la larga se traducirá en importantes ahorros monetarios.
Disminuye la posibilidad de transmisión del VIH.	

Nota. Tomado de “Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH”, por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida, & la Secretaría de Salud, 2018, p. 22. (https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411867/Gu_aARV_2019_09Noviembre.pdf).

El objetivo del inicio temprano del TAR independientemente del conteo de CD4 es principalmente reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir la transmisión del VIH (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida [CENSIDA], & Secretaría de Salud, 2018). En personas con VIH que han conseguido la supresión viral (indetectabilidad), el TAR elimina la posibilidad de transmisión del VIH por vía sexual (Cohen et al., 2016; Eisinger, et al., 2019; Rodger et al., 2018), mejoran su calidad de vida y pueden tener una vida laboral (Secretaría de Salud, & CENSIDA, 2018).

El TAR es una intervención farmacológica eficaz para controlar la infección por VIH y es la vértebra del tratamiento médico (Badowski et al., 2016). Sin embargo, la infección por VIH es una enfermedad que supera las cuestiones médicas e implica intervenciones multidisciplinarias que incluyen a los tratamientos psicológicos (Ballester, 2005). Por ejemplo, propiciar la adherencia requerida al TAR o el manejo de la sintomatología afectiva ante el diagnóstico de una enfermedad crónica y altamente estigmatizada.

1.7 Adherencia y tratamiento antirretroviral.

Como se ha descrito en el apartado anterior, el TAR es la vertebra del tratamiento de la infección por VIH y la adherencia requerida para que el TAR logre la supresión viral debe ser $\geq 95\%$, lo que implica una toma del medicamento casi perfecta, por lo que propiciar y mantener la adherencia al TAR es de vital importancia (Paterson et al., 2000).

1.7.1 Concepto de adherencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define adherencia como: “El grado en el que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3).

Con respecto a la adherencia al TAR Knobel et al. (2004) proponen que la “adherencia es la capacidad de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (p. 222).

Además, existen algunos factores predictivos de la adherencia al TAR que pueden dividirse en dos grandes grupos. El primero está relacionado con el régimen de tratamiento que incluye su complejidad y sus efectos secundarios. El segundo está

relacionado con el paciente e incluye aspectos como apoyo social y/o familiar, consumo de sustancias, depresión, comorbilidades psiquiátricas, baja percepción de autoeficacia, conocimientos y creencias acerca del tratamiento, la confusión y el olvido, la relación paciente-prestadores de servicios de salud e incluso la accesibilidad al hospital o clínica que brinda atención médica y proporciona el TAR (Knobel et al., 2004; OMS, 2004).

1.7.2 Medición de la adherencia.

La medición de la adherencia puede realizarse de manera directa por parámetros analíticos de determinación sanguínea de los niveles plasmáticos del fármaco o de manera indirecta con base en los datos de farmacia, con información proporcionada por el propio paciente, a través de cuestionarios y por medios electrónicos, lo que requiere dispositivos especiales (Lozano & Domingo, 2011; Nogués et al., 2007). Sin embargo, la carga viral y la evolución clínica de la enfermedad no deben considerarse como métodos de estimación de adherencia, sino como una consecuencia de ésta (Knobel et al., 2004).

1.8 Sintomatología afectiva e infección por VIH.

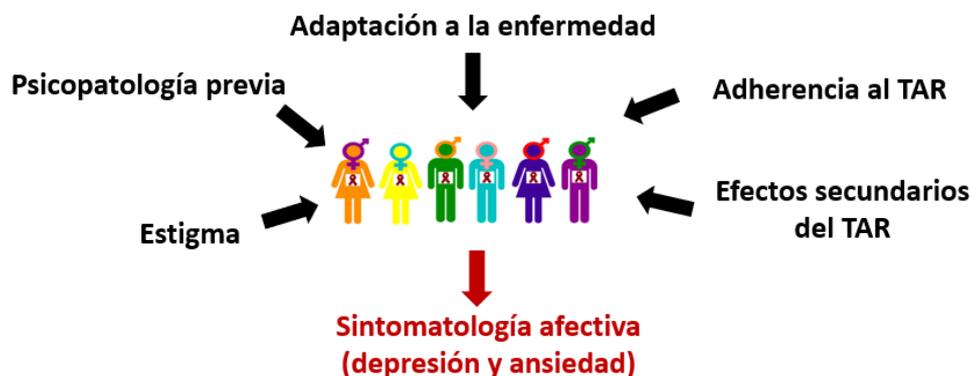
Las personas con VIH se enfrentan a la pérdida de la salud, la adaptación a una enfermedad crónica altamente estigmatizada (Campero et al., 2010; Cantú et al., 2012), el inicio de la toma de un medicamento de por vida, que requiere una adherencia casi perfecta ($\geq 95\%$) y a los efectos secundarios de éste. Y aunado a ello, se enfrentan a su psicopatología previa a la infección por VIH (Cantú et al., 2012; Meza-Rodríguez et al., 2011), lo que significa que la infección por VIH es un evento más en la historia de vida de las personas con VIH y no su vida misma.

Lo anterior son factores que contribuyen a la sintomatología afectiva, principalmente depresión y ansiedad, que las personas con VIH, por lo general, afrontan

de manera racional y evitando un afrontamiento emocional (Gaviria et al., 2009). La figura 1.2 puntualiza los aspectos mencionados.

Figura 1.2

Impacto psicológico de la infección por VIH



Nota. TAR=Tratamiento Antirretroviral. Se muestran los factores principales que contribuyen a la sintomatología afectiva en personas con VIH. Imagen elaborada por el autor del presente trabajo.

La depresión en personas con VIH es altamente prevalente y dependiendo del método utilizado y la población específica con VIH estudiada, la depresión oscila entre 18% y 81%. En particular las mujeres que viven con VIH tienen cuatro veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos. Y en general la población con VIH en su conjunto tienen de dos a cuatro veces más incidencia de depresión con respecto a la población en general (ONUSIDA, 2016b; Wolff et al., 2010). Además, la ansiedad es el diagnóstico con más alta comorbilidad a la depresión en personas con VIH (Hellmuth et al., 2017).

La depresión es un factor que influye en la adherencia en tratamientos crónicos como el tratamiento antirretroviral, el cual requiere de un alto grado de adherencia. En particular, en las personas con VIH que presentan sintomatología afectiva (depresión y ansiedad), ésta se correlaciona con una baja adherencia al tratamiento antirretroviral (Brandt et al., 2018; Hellmuth et al., 2017; Piña-López et al., 2008). Por lo anterior, es

importante brindar a las personas con VIH y sintomatología afectiva un tratamiento psicológico no sólo para la depresión y ansiedad, sino también, para mantener o mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Dentro de los tratamientos psicológicos, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el enfoque que mayor evidencia empírica ha generado en su aplicación a la infección por VIH. Por tal motivo, en el siguiente apartado se describirá qué es la TCC y cuales han sido sus principales aportaciones a los diferentes niveles de prevención de la infección por VIH.

CAPITULO 2

Terapia Cognitivo Conductual en la Infección por VIH

*No es la realidad la que nos causa problema,
es lo que pensamos de ella.*
Epicteto, Siglo I

2.1 Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un enfoque heterogéneo que dificulta la propuesta de una definición formalmente consensuada (Kazdin, 2015). Sin embargo, un criterio unificador de los diversos tratamientos considerados TCC es la evidencia empírica de su eficacia (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). La TCC podría definirse como la aplicación clínica de la Psicología en su carácter científico (Plaud, 2001). Por lo anterior, las aportaciones de la Psicología a la infección por VIH, que considera este apartado, son las intervenciones que se ubican dentro de la TCC.

Hayes (2004) ha propuesto una categorización de la TCC en tres olas o generaciones. Sin embargo, las fronteras que dividen a la TCC, al igual que una frontera geográfica, son líneas *imaginarias*. El propio Hayes (2004) sugiere la metáfora de *olas* para indicar que en el mar una ola no tiene una frontera *real* con respecto a la siguiente ola. Por lo tanto, las tres olas o generaciones son parte de la misma aproximación terapéutica: la TCC.

2.1.1 Primera generación: Terapia de Conducta

La Terapia de Conducta (TC) o modificación conductual constituye la primera generación de la TCC. London (1972) sugiere que la TC se entiende mejor como un conjunto de técnicas. Franks (2015) propone que la TC es un enfoque con una fuerte, pero no exclusiva, predilección de la teoría del aprendizaje. Para Kazdin (2015) la TC es un enfoque de tratamiento para la conducta desadaptativa y la disfunción clínica.

Históricamente la TC surge como alternativa clínica ante el descontento de las propuestas psicodinámicas (Kazdin, 2015). Filosóficamente la TC se basa en el conductismo. Sin embargo, el conductismo no es un sistema filosófico unitario (Pérez-Acosta et al., 2002). En sus inicios la TC centró su discusión teórica entre el conductismo metodológico y el conductismo radical (Vázquez, 2003).

El conductismo metodológico considera la existencia de los eventos privados, pero los excluye para su estudio científico por no ser públicamente observables (Watson, 1913). El conductismo radical, según Skinner (1938), incluye los eventos privados, pero los asume en términos de conductas cognitivas o verbales. Metafóricamente estos eventos privados ubicados entre el estímulo y la respuesta se conocen como *la caja negra*.

La TC se basó inicialmente en dos principios básicos para propiciar la adquisición y cambio de conducta. El primer principio es el condicionamiento clásico (Pavlov, 1906), que es un aprendizaje por asociación. El segundo principio de la TC es el condicionamiento operante (Skinner, 1938) que es un aprendizaje por las consecuencias obtenidas. En estos dos principios se basaron los primeros tratamientos de la TC, por citar un ejemplo, la Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958) basada en el condicionamiento clásico y los programas de reforzamiento basados en el condicionamiento operante.

Según Dowd (1997), las investigaciones empíricas realizadas por los conductistas permitían percatarse de que entre estímulos y respuestas o entre respuestas y sus consecuencias *la caja negra* podría ser responsable, más de lo esperado, de la varianza encontrada. Y comenzó la búsqueda de una explicación para tal variabilidad.

El determinismo recíproco propuesto por Bandura (1977) implicaba una interacción entre la conducta, la cognición y el ambiente. Bandura consideró tanto la

importancia de los estímulos externos (condicionamiento clásico) como las contingencias de reforzamiento (condicionamiento operante) y utilizando la teoría de la autoeficacia y del modelado, los enlaza en su teoría del aprendizaje social (Franks, 2015). Bandura logró demostrar que era suficiente que una persona observará a otra (un modelo) para reforzar la realización de una conducta. El tercer principio de la TC se había consolidado: el aprendizaje observacional, vicario o *efecto del modelado* (Dowd, 1997). Algunos ejemplos, de un tratamiento de TC basado en la teoría del aprendizaje social son las técnicas de modelado y el entrenamiento en habilidades sociales.

Por lo anterior, la TCC en su primera generación tenía por consenso la teoría del aprendizaje como aspecto unificador entre sus diferentes posturas. Sin embargo, paralelamente a la evolución de la TC se desarrollaron los sistemas de terapia cognitiva (Dowd, 1997). La cognición como un elemento de la modificación conductual será el centro de la segunda generación de TCC.

2.1.2 Segunda generación: Aspectos cognitivos del comportamiento

La terapia cognitiva es considerada el centro de la segunda generación de TCC y es quien le otorga propiamente su nombre. La terapia cognitiva es un enfoque que enfatiza los eventos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Más que una terapia unificada la terapia cognitiva es un conjunto de modelos con posturas diferentes que tiene por común lo cognitivo.

Según Caro (2003) la evolución y definición de las terapias cognitivas se entiende mejor desde una perspectiva social y cultural. En un principio la terapia cognitiva comenzó por ser modernista y luego se ubicó en la posmodernidad. La modernidad concibe un individuo con alma y un aparato psíquico interno, la posmodernidad deja de

considerar al individuo el centro del universo, y lo coloca en una cultura de consumo y actitud eclética donde todo vale.

Siguiendo a Caro (2003) los tres modelos básicos de la terapia cognitiva son propiamente los cognitivo-comportamentales, los de reestructuración cognitiva, y los construccionistas. A su vez, los dos primeros pueden considerarse dentro de la modernidad y el último en la posmodernidad.

Dentro de los modelos cognitivo-comportamentales Albert Ellis formuló propiamente el primer sistema de TCC (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), denominado Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con el objetivo de modificar las cogniciones disfuncionales (ideas irracionales) defendiendo que esto contribuye a un cambio conductual y emocional (Ellis, 1957). Dentro de estos modelos cognitivo-comportamentales podríamos incluir el Entrenamiento en Inoculación del Estrés (Meichenbaum, 1985) y la Terapia de Solución de Problemas (D’Zurilla, 1986) por citar algunos ejemplos.

En los modelos de reestructuración cognitiva encontramos el modelo de Beck (1976), que fue evaluado inicialmente para la depresión y posteriormente se extendió a otras áreas como la ansiedad y los trastornos de personalidad. En el modelo de Beck los esquemas negativos propician errores en el procesamiento de la información que denomina distorsiones cognitivas. La terapia cognitiva de Beck se dirige a la modificación de estos esquemas cognitivos disfuncionales.

Los modelos constructivistas sugieren que la mente no es un simple procesador de información, sino un constructor activo de la realidad (Guidano, 2001). Según Niemeyer y Mahoney (1998) el ser humano no tiene acceso a una realidad totalmente

cognoscible. Filosóficamente el constructivismo propone que la realidad más que representacional es socialmente construida.

Epistemológicamente las terapias cognitivas de orientación constructivista no pueden asumir la noción de *distorsión* de la realidad. Esto implica una realidad no distorsionada que es de fácil acceso para el terapeuta. Los enfoques constructivistas asumen que las construcciones del paciente o consultante, aunque inadecuadas para el observador-terapeuta tienen un sentido para el paciente (Feixas, 2003).

El papel del terapeuta no es el de un maestro que corrige distorsiones y enseña la realidad, el terapeuta y el cliente son expertos por igual en la búsqueda de los cambios en los sistemas de significado personal (Neimeyer & Feixas, 1997). El terapeuta no enseña la realidad, aprende del cliente sus significados para juntos continuar en un trabajo interpretativo, donde significado y realidad no son lo mismo.

Las terapias cognitivo-constructivistas como la Psicoterapia Estructural de Guidano y Lioti (1983), la Terapia de los Constructos Personales de Neimeyer, (1993) y la Terapia Constructivista de Mahoney (1997) se distancian de lo que es propiamente TCC.

El constructivismo se centra en el significado de los eventos cognitivos, mientras que la TCC de primera generación se basa en el cambio conductual, la segunda generación en el control de los eventos cognitivos y en particular, dentro de la tercera generación la ACT se basa en la aceptación de dichos eventos cognitivos, metafóricamente, de salir de la mente y entrar en la propia vida, como lo sugiere el título del libro de Hayes (2011) *Sal de tu mente, entra en tu vida*.

2.1.3 Tercera generación: terapias contextuales.

Las terapias que surgen del enfoque contextual son propiamente las terapias consideradas de tercera generación, o bien, nuevas terapias de conducta. Es importante enfatizar que la tercera ola de TCC no significa una ruptura con las generaciones anteriores. Con respecto a lo anterior, Pérez-Álvarez (2001) sugiere que estas nuevas propuestas contextuales son una evolución natural de la terapia de conducta y una continuación de la importancia de los eventos privados.

Dentro las terapias contextuales encontramos a la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991) que se fundamenta en el análisis y moldeamiento de la conducta verbal del paciente en tiempo real durante las intervenciones (Kohlenberg et al., 2005). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés que enfatiza su propuesta de actuar-en-contexto) se basa en la Teoría del Marco Relacional y se dirige a la aceptación de los eventos privados en lugar de su control (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Y la Terapia de Conducta Dialéctica que se basa en la creación de contextos validantes para reconstruir la regulación emocional dirigida especialmente al Trastorno Límite de la Personalidad (Linehan, 1987).

Las tres generaciones de TCC son un abanico de terapias que ofrecen evidencia empírica de sus intervenciones. Esta característica hace de la TCC el enfoque considerado como la aplicación clínica de la Psicología como ciencia. La descripción general de las principales características de las TCC en sus tres generaciones fue el preámbulo a la reseña que presenta el siguiente apartado sobre las aportaciones de la TCC a los diferentes niveles de prevención de la infección por VIH.

2.2 Aportaciones de la TCC a la infección por VIH

Las aportaciones de la TCC a la infección por VIH se presentan conforme los niveles de prevención, por lo que primero serán definidos de forma puntual y posteriormente se reseñarán las principales aportaciones de la TCC en los niveles de prevención en la infección por VIH.

2.2.1 Niveles de prevención.

Los niveles de prevención propuestos inicialmente por Leavell y Clark (1965) distinguen tres prevenciones. La prevención primaria incluye la promoción de la salud y la protección específica; la prevención secundaria incluye el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno; la prevención terciaria consiste en rehabilitación (Guiscafré & Salmerón, 1994). Los niveles de prevención propuestos por Leavell y Clark han sido ampliamente utilizados en la literatura médica (Cuba & Morera, 2016).

En 1995 Jamouille y Roland propusieron un cuarto nivel de prevención. La prevención cuaternaria se refiere a las medidas adoptadas para evitar el sobre diagnóstico, el uso excesivo e innecesario de medicamentos (sobre medicación), y las intervenciones invasivas sin un referente científico y ético (Jamouille & Roland, 1995; Jong-Myon & Jamouille, 2015). Sin embargo, para la siguiente reseña serán consideradas las aportaciones de la TCC en los primeros tres niveles de prevención.

2.2.2 TCC en la prevención primaria de la infección por VIH

La promoción de la salud en la infección por VIH se ha realizado principalmente desde intervenciones Psicoeducativas con el objetivo de proporcionar educación sexual. Estas intervenciones han mostrado eficacia en cambios cognitivos y actitudinales (Remor et al., 2008). La protección específica se ha centrado principalmente en intervenciones

conductuales dirigidas al uso correcto del condón. Estas intervenciones han mostrado eficacia en la adquisición de habilidades para la colocación correcta del preservativo y la negociación de su uso (Davis & DiClemente, 2016).

Las intervenciones de naturaleza Psicoeducativas dirigidas a adolescentes y jóvenes para la prevención primaria de la infección por VIH, usualmente incluyen información sobre otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y métodos anticonceptivos con el fin de prevenir el embarazo no planificado (Lopez et al., 2016; Torres et al., 2006).

En una revisión sistemática realizada por Lopez et al. (2016) con el objetivo identificar intervenciones escolares que proporcionaran educación sexual para mejorar el uso de anticonceptivos en adolescentes, de entre 10 y 19 años, buscó Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) en bases especializadas (PubMed, CENTRAL, ERIC, Web of Science, POPLINE, Clinical Trials y ICTRP) desde sus primeros registros hasta junio de 2016. Encontró que de los 11 estudios que cumplieron los criterios de su objetivo, la principal estrategia de anticoncepción fue el uso correcto del condón para prevenir el VIH, ITS y embarazo no planificado. Se concluyó que la calidad general de la evidencia fue baja. Las razones principales para degradar la evidencia fue la información limitada sobre la fidelidad de las intervenciones y su efecto a largo plazo. Además, aunque las intervenciones mostraron eficacia en la adquisición de conocimientos y cambio de actitudes de los participantes hacia la importancia del uso del condón para prevenir el VIH, ITS y el embarazo no planificado, no es fácil constatar que a largo plazo los cambios cognitivos y actitudinales se relacionen directamente con un número menor de infecciones por VIH, una frecuencia menor de embarazos o una frecuencia mayor del uso del condón, por lo que estos resultados se consideran en ese sentido limitados.

Las intervenciones dirigidas a la prevención primaria del VIH según Remor et al. (2008) además del cambio cognitivo y actitudinal, deben incluir el cambio en variables conductuales. Las intervenciones conductuales según Davis y DiClemente (2016) son las que han mostrado mayor eficacia en la adquisición de habilidades para el uso correcto del condón como protección específica para evitar la infección por VIH e ITS (Torres et al., 2006).

La adquisición de la habilidad del uso correcto del condón en población adolescente y joven ha mostrado eficacia desde intervenciones conductuales. Por ejemplo, un estudio realizado por Robles et al. (2014) en 939 jóvenes universitarios de México mayoritariamente mujeres (62.5%) con un promedio de edad de 19 años, reportaron una correlación positiva entre el nivel de conocimientos y la habilidad para colocar y retirar el condón masculino correctamente en un modelo de pene para la enseñanza ($r=0.373$, $p<0.01$). La intervención fue de una sesión, con consentimiento informado, en la que se aplicaban los instrumentos de evaluación y se grababa en video la ejecución del participante al colocar y retirar el condón.

La revisión sistemática realizada por Lopez et al. (2016) es consistente con el diagnóstico realizado por DeMaria et al. (2009) en 27 países de América Latina y el Caribe (incluido México) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y permite ubicar mejor la investigación realizada por Robles et al. (2014).

DeMaria et al. (2009) a través de una encuesta auto-aplicable dirigida a los ministerios de salud y organizaciones no gubernamentales, con el objetivo de mostrar el panorama legislativo y curricular sobre sexualidad y prevención contra el VIH en el ámbito escolar, contrastándolo con los comportamientos sexuales reportados en encuestas demográficas y de salud, encontró que los países consideran en sus programas de educación pública el uso del condón para la prevención del VIH, ITS y el embarazo no

planificado. Sin embargo, ninguno incluye el problema de la discriminación por orientación o preferencia sexual. En cuanto a las encuestas de salud éstas indican que la frecuencia del uso del condón en prácticas sexuales de riesgo es baja en adolescentes y jóvenes que, aunque la mayoría ha escuchado sobre el VIH/Sida, su conocimiento correcto sobre el VIH es bajo.

En mujeres heterosexuales las intervenciones cognitivo-conductuales se han centrado en la negociación del uso del condón masculino con sus parejas sexuales incluido el esposo. (El-Bassel et al., 2003; Harvey et al., 2008; Mize et al., 2002; Noboa & Serrano-García, 2006; Robles et al., 2006). Sin embargo, existen limitaciones para aplicar las habilidades de negociación porque las mujeres aún se encuentran en relaciones de poder desiguales y en contextos en lo que se les niega su derecho a decidir (Domingo et al., 2007; Lara et al., 2008; Pérez-Jiménez et al., 2010).

Según, Pérez-Jiménez et al. (2010) la prevención dirigida a parejas heterosexuales es escasa, por lo que estos autores realizaron un estudio exploratorio con una intervención de cinco sesiones dirigida a cuatro parejas heterosexuales para proporcionar información y la adquisición de prácticas como el sexo seguro y la negociación del uso de condón dentro de la pareja. Los resultados reportaron percepciones positivas sobre la intervención por lo que los autores sugieren continuar investigando en esta área poco estudiada.

Continuando con las intervenciones dirigidas a población heterosexual una revisión sistemática realizada por Lopez et al. (2013) tuvo el objetivo de examinar ECA de intervenciones conductuales que utilizaran el condón (masculino y femenino) como método dual (prevenir VIH/ITS y embarazos no planificados) que incluye la negociación para usarlo, versus un tratamiento habitual, otra intervención conductual o ninguna intervención. Los ECA se buscaron en bases especializadas (MEDLINE, PubMed, Cochrane, POPLINE, EMBASE y LILACS) desde sus primeros registros hasta

septiembre de 2013. Los estudios podían ser individuales, de pareja o en grupos, dirigidos a participantes hombres y mujeres heterosexuales y tenía por criterio proporcionar resultados biológicos como pruebas de embarazo y de VIH/ITS. Se encontraron siete ECA y se concluyó que existe poca evidencia clínica para las intervenciones que promueven el uso del condón como método de protección dual, debido a que no se encontraron datos favorables para el embarazo y el VIH en los seguimientos, a pesar de que los participantes mostraban cambios cognitivos, actitudinales y de habilidades después de las intervenciones.

En población no heterosexual la literatura reporta datos contrarios. Por ejemplo, una revisión sistemática realizada por Johnson et al. (2008), con el objetivo de localizar ECA y diseños cuasi-experimentales que evaluaran los efectos de intervenciones conductuales para la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Se buscaron estudios en la base Medline entre 1988 y 2007 y se encontraron 44 ECA que cumplieron los criterios de su objetivo, en los que las mediciones fueron de auto-reporte y/o resultados biológicos sobre VIH e ITS. La conclusión fue que las intervenciones conductuales muestran evidencia a favor en la reducción de la práctica de sexo anal sin protección en HSH en un 27%, según los resultados de sus pruebas biológicas a seguimiento.

El uso del condón ha tenido críticas principalmente por grupos religiosos que consideran la abstinencia como el mejor método para evitar la transmisión del VIH, las ITS y el embarazo no planificado. Sin embargo, en una revisión sistemática realizada por Underhill et al. (2007), con el objetivo de evaluar los efectos de los programas exclusivos de abstinencia para la prevención de embarazos, VIH e ITS en los países de altos ingresos definidos por el Banco Mundial, encontraron 13 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) dirigidos a adolescentes de Estados Unidos, que promovían la abstinencia y concluyeron

que las intervenciones basadas sólo en abstinencia no mostraron eficacia. Entre las mediciones posteriores a la intervención se encontraban la frecuencia de actividad sexual reportada por los participantes y pruebas biológicas positivas de embarazo, VIH e ITS, que no vieron modificada su incidencia. Los autores cuestionan si es necesario seguir invirtiendo fondos económicos en investigaciones dirigidas a la abstinencia.

Aunque las intervenciones psicoeducativas y conductuales han mostrado eficacia en cuanto a proporcionar conocimientos, propiciar cambios actitudinales y en la adquisición de la habilidad del uso correcto del condón, no es noticia nueva, que en general, las intervenciones en materia de prevención primaria son un punto que ha mostrado evidencia limitada y que como sugiere el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2016a) es importante volver a considerar a la prevención primaria de la infección por VIH como un elemento crucial para lograr los objetivos internacionales de salud pública que pretenden poner fin a la epidemia de VIH y sida, sino en el 2030 como ONUSIDA lo ha propuesto, quizá algún día.

2.2.3 TCC en la prevención secundaria de la infección por VIH

La prevención secundaria inicia con el diagnóstico temprano, para lo cual, la estrategia utilizada es el asesoramiento voluntario para la prueba de VIH, que se denomina comúnmente consejería. Con el diagnóstico establecido se puede proceder al tratamiento oportuno, en este caso el tratamiento antirretroviral (TAR). Las intervenciones de TCC se centran en procurar la adherencia que requiere el TAR y para ello se dirigen al tratamiento de la sintomatología afectiva y a proporcionar psicoeducación sobre el TAR (Gaviria et al., 2009; Meza-Rodríguez et al., 2011).

En cuanto al diagnóstico oportuno, promover la prueba de detección del VIH es punto clave y los medios de comunicación representan una manera importante para psicoeducar y promover la prueba de detección del VIH en forma masiva. Una revisión sistemática realizada por Vidanapathirana et al. (2005), con el objetivo evaluar el efecto de las intervenciones de los medios de comunicación a nivel de población general o en poblaciones específicas, para realizarse la prueba de VIH, buscó estudios que evaluaban intervenciones multimedia o un tipo de estrategia mediática en relación con la promoción de la prueba del VIH versus un control. Los estudios se buscaron en bases especializadas (MEDLINE, PsycINFO, Cochrane, NLM, CINAHL, AIDSearch, Sociological abstracts y Communication studies) desde el inicio del registro de las bases hasta el 2004. Se encontraron dos ensayos controlados aleatorios, tres estudios controlados no aleatorios y nueve series temporales interrumpidas. La conclusión fue que las intervenciones de los medios de comunicación tienen efectos inmediatos y generales en la promoción de la prueba del VIH, aunque no se observaron efectos a largo plazo.

El asesoramiento voluntario para la prueba de VIH incluye estrategias conductuales (como enseñar el uso correcto del condón), elementos de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991) y de Psicoeducación (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, & Ministerio de Salud de Panamá, 2007) como estrategias efectivas para el asesoramiento pre, post y a seguimiento de la prueba diagnóstica de VIH.

El asesoramiento voluntario para la prueba de VIH incluye intervenciones pre, post y en casos necesarios seguimiento después de la prueba para VIH (Fonner et al., 2012). Una revisión sistemática realizada por Fonner, et al. (2012) con el objetivo examinar la eficacia del asesoramiento voluntario para la prueba de VIH en la modificación de comportamientos de riesgo relacionados con el VIH (uso del condón y

número de parejas sexuales), en países en desarrollo (según el Banco Mundial) en distintas poblaciones entre 1990 y 2010, buscó estudios de asesoramiento pre, post y después de la prueba de VIH con un diseño pre-post y seguimiento a la intervención en bases especializadas (PubMed, EMBASE, PsycINFO, Sociological Abstracts y CINAHL). Con los 17 estudios que cumplieron el objetivo, la conclusión fue favorable en el sentido de que el asesoramiento voluntario para pruebas de VIH puede cambiar las conductas de riesgo sexual relacionadas con el VIH, reduciendo así el riesgo relacionado con el VIH y confirmando su importancia como estrategia de prevención tanto primaria (para quienes resultaron negativos) como secundaria (para quienes resultaron positivos).

Una de las estrategias propuestas para promover el asesoramiento voluntario para la prueba de VIH ha sido realizarlo de forma domiciliaria. Sin embargo, una revisión sistemática realizada por Bateganya et al. (2010) con el objetivo de establecer el efecto del asesoramiento voluntario para la prueba de VIH en el hogar sólo encontró un ECA que cumplió su objetivo en las bases especializadas en las que buscó (MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, AIDSearch, LILACS, CINAHL y Sociofile) desde sus primeros registros hasta 2007. La conclusión fue que el asesoramiento voluntario para la prueba de VIH en los países en desarrollo, no muestran datos suficientes para recomendar la implementación a gran escala de pruebas de VIH en el hogar *versus* realizarlo en una institución, por lo que se necesitan más estudios para determinar su viabilidad.

Una vez establecido el diagnóstico por VIH la incidencia de depresión en personas con VIH es alta (ONUSIDA, 2016b), y como ya se ha mencionado, la depresión se relaciona con un efecto negativo sobre la adherencia al TAR (Brandt, et al., 2017; Hellmuth et al., 2017; Piña-López et al., 2008;). Por tal motivo las intervenciones de TCC dirigidas al manejo de la depresión se relacionan por lo general con la adherencia al TAR.

La TCC ha demostrado repetidamente su eficacia en el tratamiento de la sintomatología depresiva y en propiciar adherencia al TAR (Newcomb et al., 2015). La intervención *Life-Steps* o Pasos Vitales como se tradujo y adaptó para su aplicación en población mexicana (Sánchez-Sosa & Riveros, 2002) es un ejemplo de una intervención basada en Psicoeducación, solución de problemas (D'Zurilla, 1986) y entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991) que ha reiterado en múltiples estudios su eficacia para disminuir la sintomatología depresiva y promover la adherencia al TAR (Berg et al., 2008; Mayer et al., 2017; Safren et al., 2001; Safren et al., 2004; Safren et al., 2012; Safren et al., 2016; Simoni et al., 2013; Soroudi et al., 2008).

La adherencia al TAR se ha propiciado desde la TCC con Psicoeducación. En una revisión sistemática realizada por Rueda et al. (2009) con el objetivo de revisar ECA que evaluaban intervenciones para proporcionar educación para mejorar la adherencia al TAR en personas que viven con VIH. Se buscaron los estudios en bases especializadas (Medline, CINAHL, HEALTHSTAR, Cochrane CENTRAL, PsycInfo, EMBASE, International Pharmaceutical Abstracts, Sociological Abstracts and Science Citation Index) de 1996 hasta mayo de 2005. Se encontraron 19 estudios que cumplieron el objetivo. Las intervenciones aplicadas para promover adherencia fueron de TCC: Solución de Problemas, Entrevista Motivacional, Modificación conductual y Psicoeducación. Las intervenciones de TCC mostraron eficacia en el incremento de la adherencia al TAR, aunque no siempre mostraban una relación directa con los marcadores biológicos.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, ésta presenta comorbilidad con la sintomatología depresiva. En un estudio realizado por Hellmuth et al. (2017) en hombres tailandeses, la mayoría hombres que tienen sexo con hombres (97%), se midió con escalas la ansiedad y depresión durante la fase aguda de la infección por VIH entre el diagnóstico

y antes de iniciar TAR. El estudio encontró una alta frecuencia de ansiedad (65.8%) y depresión (55.0%). Además, midieron la neopterinina (un marcador indirecto de la actividad linfocitaria o activación inmunitaria en el plasma sanguíneo) y reportaron una correlación entre la activación inmunitaria y los niveles altos de depresión y ansiedad. La activación inmunitaria significa que los linfocitos están en un estado de alerta y desgaste inmunológico que limita su efectividad y que se asocia a estados de ansiedad y depresión. Después del ingreso al TAR disminuyó la ansiedad y la depresión y esto se relacionó con una menor activación inmunitaria, es decir, un menor desgaste inmunológico, lo cual podría indicar que la activación inmunitaria está asociada a la respuesta de ansiedad y depresión. Sin embargo, se requiere más investigación debido a que la activación inmunitaria también se debe a la propia infección por VIH.

Con respecto al estrés en una revisión sistemática realizada por Weinstein y Li (2016) con el objetivo de conocer cómo se mide el estrés y si éste tiene un impacto en las personas que viven con VIH, buscaron estudios empíricos, que podían ser epidemiológicos, desde los primeros registros de bases especializadas (MEDLINE, PubMed, PsycInfo, y Web of Science) hasta julio de 2014. En los 23 estudios que cumplieron sus criterios el estrés se midió con escalas de estrés percibido y se encontró que puntuaciones altas de estrés se relacionaban con niveles bajos de CD4 y con aumentos en la carga viral. La recomendación de este estudio fue continuar investigando en esta línea.

2.3.4 TCC en la prevención terciaria de la infección por VIH

La rehabilitación es la actividad que caracteriza a la prevención terciaria. La TCC ha contribuido en la rehabilitación de las personas con VIH mejorando su calidad de vida y reduciendo el estigma relacionado con la infección por VIH.

La calidad de vida es otra variable que se ha trabajado desde la TCC en personas que viven con VIH. La calidad de vida se relaciona con la sintomatología afectiva de las personas que viven con VIH (Teva et al., 2004) y la calidad de vida es mejor de quienes están en TAR (con la adherencia requerida), que quienes están en espera de iniciar TAR (Louwagie et al., 2007). Además, la calidad de vida en personas que viven con VIH se relaciona con la dimensión económica y el apoyo social (Cardona-Arias et al., 2009).

La calidad de vida es un concepto multidisciplinar que implica aspectos objetivos y subjetivos. El grupo de la OMS sobre calidad de vida (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL Group], 1995) la define como “La percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 1405).

La prevalencia de las enfermedades crónicas que no tienen cura (como el VIH) ha aumentado en los últimos años y ha hecho pertinente la incorporación de una medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que esencialmente aporta la percepción de quien padece una enfermedad (Schwartzmann, 2003). Existen algunos puntos de consenso para la medición de la CVRS como el de ser una medida subjetiva, multidimensional (lo que implica incluir aspectos, físicos, emocionales, sociales, interpersonales, etc.), incluir sentimientos positivos y negativos e incluir el momento temporal en que se realiza la medición (WHOQOL Group, 1995).

En una revisión sistemática con metaanálisis realizada Van Luene et al. (2018) se investigó la efectividad de tratamientos psicosociales definidos como intervenciones de TCC (ejercicios de relajación, entrevista motivacional, manejo del estrés, terapia cognitiva, terapia de conducta, mindfulness, meditación y psicoeducación) para la depresión, ansiedad, calidad de vida y bienestar psicológico en personas que viven con

VIH mayores de 18 años. Se buscaron ECA en bases especializadas (PubMed, PsycINFO y Embase) desde sus primeros registros hasta septiembre de 2014 y se encontraron 62 estudios que cumplían el objetivo de este estudio. La revisión concluyó que las intervenciones psicosociales tienen un efecto beneficioso en la calidad de vida y bienestar psicológico de las personas con VIH que presentan depresión y ansiedad.

Otra variable asociada a la infección de VIH que ha sido abordada desde la TCC es el problema del estigma. El estigma relacionado con el VIH es un fenómeno complejo debido a que el propio VIH está asociado a comportamientos ya marginados como el uso de drogas inyectables, la promiscuidad sexual y la conducta homosexual (Earnshaw y Chaudoir, 2009).

Estigma es un término de origen griego utilizado para referirse a signos corporales (cortes o quemaduras en la piel) con el objetivo de exhibir algo malo o poco habitual en el estatus de quien lo portaba (Goffman, 1970). En el trabajo clásico de Goffman (1963) se define estigma como “un atributo que es profundamente desacreditado” (p. 13) y aclara que el estigma no es la “marca” en sí, es la construcción de un grupo social que desacredita a la persona que lo posee (Parker & Aggleton, 2003).

El estigma relacionado con el VIH/Sida, según Earnshaw y Chaudoir (2009), conduce a resultados perjudiciales tanto en las personas sin VIH como en las personas que viven con VIH. Las personas sin VIH ejercen mecanismo de estigma como prejuicios, estereotipos y discriminación, que las llevan a un distanciamiento social de los grupos que estereotípicamente consideran más propensos a contraer el VIH. Las personas sin VIH que consideran no pertenecer a estos grupos estereotipados para contraer el VIH como homosexuales o trabajadores sexuales suelen tener el prejuicio de no necesitar hacerse la prueba de VIH, ni tener una participación de apoyo en las políticas sobre las acciones a considerar con respecto al VIH/Sida, porque tienen la creencia de que no es

una enfermedad que pueda afectarles. En las personas que viven con VIH el estigma puede ser externo, que también se denomina promulgado, discriminación o experimentado (por ejemplo, la vivencia de ser estigmatizado o el acto de estigmatizar), o bien, interno y puede ser de dos tipos: anticipado (la persona cree será discriminada si se sabe su condición) o internalizado (auto-estigma).

En un estudio transversal que midió el estigma relacionado con el VIH con la escala de Berger y la adherencia al TAR con la encuesta SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) en 339 participantes mayoritariamente hombres (74%) de un hospital de Perú, encontró una asociación entre un alto nivel de estigma relacionado con el VIH y falta de adherencia al TAR. La recomendación fue realizar intervenciones dirigidas a reducir el estigma relacionado con la divulgación del estatus en las mujeres y el relacionado a actitudes públicas en hombres (Zafra-Tanaka & Ticona-Chavez, 2016).

Otro aspecto relacionado con el estigma es la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales. Las personas con VIH pueden ocultar su diagnóstico y no protegerse en la actividad sexual para evitar el estigma y el rechazo de sus parejas sexuales. En un estudio que tuvo por objetivo determinar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la revelación del diagnóstico y el uso del condón en personas con VIH, que consistía en seis módulos impartidos en 10 sesiones individuales a 10 participantes hombres y una mujer, con promedio de edad de 39.82 años y un diseño de N=1 y réplicas, mostró un efecto positivo hacia la intervención con respecto al uso correcto del condón masculino, el establecimiento de reglas de revelación (revelar antes de un contacto sexual o no revelar pero usar condón), malestar emocional (depresión-aniedad) y calidad de vida sexual. Este estudio contribuye en realidad a los tres niveles de prevención para la infección por VIH (Caballero, 2015).

Brown et al. (2003) realizaron la primera revisión sistemática sobre las intervenciones para reducir el estigma relacionado con el VIH y establecieron cuatro categorías en las que se pueden ubicar estas intervenciones 1) enfoques basados en proporcionar información, 2) desarrollo de habilidades para reducir actitudes negativas, 3) asesoramiento en grupos de apoyo para personas que viven con VIH y 4) contacto con los grupos afectados (exposición).

La revisión sistemática realizada por Brown et al. (2003), siguiendo como criterios de inclusión las cuatro categorías antes mencionadas, buscó ECA en bases especializadas (AIDSLINES, MEDLINE, SOCIOFILE, PSYCINFO y POPLINE) hasta 2001 y encontró 22 estudios que cumplieron los criterios y concluyeron que algunas intervenciones de reducción del estigma parecían funcionar a corto plazo, pero que se necesitaba más investigación para comprender la efectividad de los diversos componentes de las intervenciones, la duración requerida y el impacto por género.

Siguiendo la clasificación de Brown et al. (2003), Sengupta et al. realizaron una revisión sistemática de intervenciones para reducir el estigma relacionado con el VIH. Se buscaron ECA, estudios pre-post sin grupo control aleatorizado o con un solo grupo en bases especializadas (PubMed, PsychInfo, CINAHL, Social Work Abstracts, ISI Web of Science, Google Scholar, Aegis y NC Live) del 2002 al 2013. Se identificaron 19 estudios que cumplieron el objetivo y se concluyó que las intervenciones para reducir el estigma relacionado con el VIH eran efectivas, particularmente aquellas con testimonios de las personas que viven con VIH se asociaron con menores actitudes de estigma entre los participantes. Las recomendaciones de Sengupta et al. (2011) fueron mejorar los instrumentos de medición sobre el estigma relacionado al VIH y los diseños de las intervenciones para lograr un mayor impacto en la salud pública.

Stangl et al. (2013) realizaron una revisión sistemática posterior a la realizada por Sengupta et al. (2011), que retoma de nuevo las categorías de Brown et al. (2003) para identificar intervenciones para disminuir el estigma relacionado con el VIH con un diseño pre y post test. Esta revisión comenta en sus antecedentes también la revisión sistemática de Sengupta et al. (2011) y aporta la inclusión de estudios que consideran estructurales o biomédicos, entendidos como estudios que reducen el estigma en instituciones y hospitales. Los estudios se buscaron en bases especializadas (PubMed, Scopus, EBSCO Host-CINAHL Plus, Psycinfo, Ovidio, Sociofile y Popline) entre el 2002 y 2013. Identificaron 48 estudios que cumplieron los objetivos y concluyeron que las intervenciones eran efectivas y se había avanzado en el campo de las intervenciones para reducir el estigma relacionado con el VIH. Sin embargo, sugieren que un obstáculo en la aplicación de estas intervenciones a nivel público se relaciona con cuestiones gubernamentales.

Las intervenciones para disminuir el estigma relacionado con el VIH se centran en el cambio de actitudes negativas, la psicoeducación y la exposición a personas que viven con VIH, lo que representa avances y retos en cuanto a cuidar aspectos éticos en las intervenciones de convivencia con personas con VIH, que son las que encuentran más eficacia en la sensibilización de las personas con actitudes negativas.

2.3 Terapia de Aceptación y Compromiso en la infección por VIH

Las intervenciones de TCC de primera y segunda generación, principalmente de naturaleza psicoeducativa, han sido dirigidas a la prevención primaria de la infección por VIH, mismas que han mostrado eficacia en cuanto a proporcionar conocimientos, propiciar cambios actitudinales y en la adquisición de la habilidad del uso correcto del condón. Sin embargo, su impacto en la reducción de infecciones de VIH muestra

evidencia limitada (Davis & DiClemente, 2016; Lopez et al., 2016; Remor et al., 2008; Torres et al., 2006).

Las intervenciones de TCC dirigidas a la prevención secundaria y terciaria de la infección por VIH se han realizado principalmente desde su segunda generación. Estas intervenciones se han dirigido a tratar la depresión, ansiedad, estrés, fallas en la adherencia, propiciar conductas de salud, aumentar la calidad de vida y disminuir el estigma en personas con VIH, mostrando evidencia favorable a corto plazo. Por lo que es conveniente continuar evaluando sus efectos a largo plazo (Berg et al., 2008; Brown et al., 2003; Caballero, 2015; Cardona-Arias et al., 2009; Gaviria et al., 2009; Meza-Rodríguez et al., 2011; Mayer et al., 2017; Safren et al., 2001; Simoni et al., 2013; Soroudi et al., 2008).

Según Sandín et al. (2012) el transdiagnóstico ha recibido recientemente un alto interés por la psicopatología y la TCC, especialmente en la sintomatología ansiosa y depresiva. La integración de los diagnósticos categoriales y transversales parece ser el siguiente paso teórico en una psicología clínica desde un punto de vista científico.

Particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por su acrónimo en inglés) como terapia de tercera generación de TCC (que se detallará en el siguiente capítulo), hace posible ir más allá de los diagnósticos tradicionales preestablecidos por nosologías principalmente psiquiátricas e integrar diagnósticos transversales como la evitación experiencial. Además, a diferencia de la primera y segunda generación de la TCC, la ACT propone la aceptación de los eventos privados en lugar de su control y la orientación de acciones hacia valores personales.

Con respecto a lo anterior, en una revisión realizada por Ruiz (2010) se concluyó que la ACT ha mostrado mayor eficacia en un amplio rango de problemas como el dolor

crónico, el trastorno bipolar, la ansiedad generalizada y depresión en contraste con las intervenciones que se basan en el control de los síntomas como sugiere principalmente la segunda generación de TCC.

El tratamiento de la ACT tiene por objetivo propiciar flexibilidad psicológica como proceso relacionado con la salud mental (Hayes et al., 1999). La flexibilidad psicológica ha mostrado ser un aspecto fundamental de la salud mental (Kashdan, 2010). En una revisión sistemática sobre ACT se encontró una correlación entre inflexibilidad psicológica y depresión (22 estudios) y ansiedad (15 estudios) (Ruiz, 2010). Posteriormente, en una revisión sistemática con metaanálisis comparó intervenciones para sintomatología afectiva (depresión, ansiedad, estrés) de TCC tradicional versus ACT y encontró evidencia favorable para ACT (Ruiz, 2012).

En relación con la infección por VIH en un estudio transversal realizado por Delaney y O'Brien (2012) en el que participaron 76 militares veteranos caucásicos VIH+ se encontró una correlación entre flexibilidad psicológica y salud mental. En cuanto a intervenciones de ACT en personas con VIH, en una revisión sistemática realizada por Grahama et al. (2016) con el objetivo de identificar ensayos clínicos aleatorizados, estudios pre-post y estudios de caso sobre la eficacia de la ACT en enfermedades crónicas, incluida la infección por VIH, se reportó que, desde las fechas iniciales de las bases de MEDLINE, EMBASE y PsycINFO hasta el 2015, sólo había un estudio de casos, en formato grupal dirigido a personas con VIH.

El estudio identificado por Grahama et al. (2016) fue el realizado por Moitra et al. (2011) un estudio exploratorio con 16 participantes en su mayoría hombres (88%), que iniciaban TAR, recibieron una intervención de ACT en grupos de 3-5 participantes, con entre 3 a 5 sesiones de 60 minutos por semana, mostrando eficacia en los resultados de

conteo de CD4 y carga viral. Sin embargo, no realizaron mediciones de flexibilidad psicológica.

Posteriormente Moitra et al. (2015) realizaron otro estudio exploratorio en el que participaron nueve personas con VIH mayoritariamente hombres (67%) a quienes se les aplicaron dos sesiones cortas, la primera de 20 minutos y la segunda (dos a cuatro semanas después de la primera) de 15 minutos, con el objetivo de probar una intervención breve de ACT en personas con diagnóstico reciente por VIH. Los resultados reportados fueron un incremento de la aceptación, disminución de síntomas depresivos y estigma relacionado con la infección por VIH. Sin embargo, no se reportaron variables biológicas de conteo de CD4 y carga viral.

En un estudio exploratorio un programa psicoeducativo para la adherencia al TAR, que incluyó una metáfora como estrategia para reforzar la información proporcionada a 10 participantes hombres VIH+, que estaban por iniciar TAR, recibió evaluaciones positivas y se reportaron cambios significativos en la disminución de carga viral y aumento en el conteo de CD4 (Neria, 2016).

Por lo anterior la ACT es una alternativa viable para continuar investigando la aceptación de los eventos privados en el manejo de la sintomatología afectiva y el trabajo terapéutico de acciones orientadas hacia valores personales en personas con VIH.

Las personas con VIH requieren una adherencia casi perfecta a su TAR, que puede verse disminuida por sintomatología afectiva, que además afecta su calidad de vida. Como sugiere la literatura científica es pertinente explorar intervenciones como la ACT, para explorar su eficacia en la sintomatología afectiva de personas que viven con VIH, lo que podría ser útil para tratar la sintomatología afectiva en personas con VIH y mejorar o mantener la adherencia necesaria al tratamiento antirretroviral.

Por último, la ACT permite teóricamente contribuir a la evaluación de intervenciones no solo con diagnósticos basados en síndromes preestablecidos, sino que integra un diagnóstico transversal y una intervención orientada a promover procesos como la flexibilidad psicológica, en lugar de dirigirse únicamente al diagnóstico categorial. En el siguiente capítulo se explicará con más detalle qué es la Terapia de Aceptación y Compromiso.

CAPITULO 3

Terapia de Aceptación y Compromiso

*Serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar lo que puedo y
sabiduría para reconocer la diferencia.*

Reinhold Niebuhr, 1951

3.1 Aspectos generales de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) que conserva su acrónimo en inglés como metáfora de su propuesta basada en el *acto*, se ha presentado a sí misma como una terapia de tercera *ola* o generación dentro de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Hayes, 2004; Hayes et al., 1999). La metáfora de *las tres las olas*, fue propuesta por Hayes (2004) e implica que, aunque cada *ola* tiene características propias, al mismo tiempo son parte del mismo mar, es este caso la TCC.

Metafóricamente la tercera *ola* o generación de TCC es el mismo vino, pero más añejo. Sin embargo, Hayes (2016) puntualiza que lo que quiere decir con *ola* “es un conjunto o formulación de supuestos, métodos y objetivos dominantes, algunos implícitos, que ayudan a organizar la investigación, la teoría y la práctica” (p. 870), dentro de la terapia de conducta.

Continuando con la ACT, es una terapia que surge en el siglo pasado en la década de los años ochenta, siendo el artículo de Hayes (1984) el primero en describir los supuestos que conducirían al desarrollo de la ACT. Sin embargo, para Barraca (2007) los verdaderos orígenes de la ACT se remontan al desarrollo teórico del análisis experimental de la conducta de Skinner (1953) y a los trabajos de Sidman sobre las relaciones de equivalencia (Sidaman, 1971; Sidman & Tailby, 1982).

La ACT se ubica dentro de una filosofía contextual de la ciencia (Hayes et al., 2013), se basa en la Teoría del Marco Relacional (Hayes et al., 2001), propone un modelo de salud mental basado en la *flexibilidad psicológica* que al mismo tiempo es un modelo psicopatológico basado en la *inflexibilidad psicológica* (Hayes et al., 1999; 2014) y enfatiza el uso de metáforas como herramientas terapéuticas (Hayes et al., 1999; McCurry & Hayes, 1992). En esencia la ACT busca cambiar la función de los eventos privados no su forma, frecuencia o control de ellos (Hayes y Wilson, 1994). Estos puntos que caracterizan a la ACT serán descritos a continuación.

3.2 Contextualismo: orígenes y concepto

Pérez-Álvarez (2014) sugiere que el eslogan de terapias de tercera generación de TCC no dice nada sobre las terapias que incluye, por lo que sería mejor denominarlas *terapias contextuales*, debido a que el contextualismo es el marco filosófico del que parten. El contextualismo es una las cuatro hipótesis para entender el mundo propuestas por Pepper (1942) siendo las otras tres el formismo, el mecanicismo y el organicismo. Cada una de estas cuatro hipótesis son una cosmovisión basada en una metáfora raíz.

El formismo tiene como metáfora raíz a la *similitud* y su criterio de verdad es la *correspondencia*. Dentro de esta cosmovisión existen dos variantes. El *formismo inmanente* que se basa en la percepción de los objetos en cuanto a que son similares y con ello categorizarles, por ejemplo, estos dos objetos son árboles porque son similares. Y el *formismo trascendente* que se basa en la percepción de los objetos en cuanto a que se ajustan a una forma o patrón preconcebido, por ejemplo, este es un árbol porque sigue el patrón (concepto) de un árbol (Fox, 2008). El formismo según Pérez-Álvarez (2014) se encuentra en la investigación psicología cuando se trata de comprobar hipótesis derivadas de teorías y principalmente en las terapias cognitivas que tratan de hacer corresponder los

pensamientos con la realidad, particularmente las propuestas de Ellis (1957) y Beck (1976).

El mecanicismo tiene como metáfora raíz a la *máquina* y su criterio de verdad es la manera en que los *modelos o formulaciones verbales* (Hayes, 1993) revelan la organización que se asume, tiene el mundo. El mecanicismo no supone que los eventos u objetos sean formas separadas definibles y no conectadas como lo propone el formismo, sino que son partes integradas de un solo sistema (Fox, 2008). El mecanicismo incluye la noción de verificación predictiva, que es compatible con el objetivismo y el positivismo, y que en psicología se representa en los modelos de construcciones hipotéticas que predicen el comportamiento (Biglan & Hayes, 1996; Fox, 2008).

El organicismo tiene como metáfora raíz *el desarrollo orgánico* y su criterio de verdad es la *coherencia*. El organicismo ve a los eventos como sistemas orgánicos que viven crecen y cambian, concuerda con el mecanicismo en cuanto que todos los eventos están interrelacionados, pero no considera que el todo sea una simple compilación de sus partes, más bien el todo es primario y sus partes son significativas dependiendo de la relación que guarden con el sistema general. En el organicismo el cambio es algo esperado, lo que hay que explicar es la constancia y estabilidad de los eventos. En psicología el organicismo se observa en las teorías del desarrollo del aprendizaje como el trabajo de Piaget (Fox, 2008).

El contextualismo tiene como metáfora raíz el *acto-en-contexto* y su criterio de verdad es el *trabajo exitoso o acción efectiva*. Según Fox (2008) el contextualismo es “una cosmovisión filosófica en la que cualquier evento se interpreta como un acto continuo inseparable de su contexto actual e histórico y en el que se adopta un enfoque radicalmente funcional de la verdad y el significado” (p. 56). Esto significa que la verdad

no es estática, lo verdadero o válido está en función de las acciones que permitan el logro de algún objetivo.

El contextualismo se basa en una filosofía pragmática por lo que el *acto-en-contexto* y su criterio de verdad no tendrían sentido sin el logro de un *objetivo analítico*, es decir, de un propósito, pues para el contextualismo el significado de una idea se define por sus consecuencias prácticas que se válida por el grado en que refleja una acción exitosa, lo que no sería posible sin algún objetivo analítico (Fox, 2008).

Para el contextualismo, el *contexto* se refiere tanto al contexto actual como al contexto histórico de un acto, por lo que todos los fenómenos son analizados como *actos-en-contexto*. Los eventos y sus contextos se entienden como conjuntos integrados, que se separan sólo para lograr un propósito práctico y no para revelar la verdadera estructura u organización del mundo, porque el universo y todo el tiempo se consideran parte del contexto de cualquier evento, siendo el objetivo analítico de un determinado evento lo que caracteriza y limita el análisis de su contexto (Fox, 2008).

Dentro del contextualismo el conocimiento se ve afectado por los objetivos analíticos e incluso dentro del mismo dominio los objetivos y enfoques pueden ser muy diferentes. Por un lado, algunos contextualistas pueden estar interesados en establecer una ciencia natural, mientras que otros en establecer una historia natural, lo que produce teorías contextuales muy diferentes, pese a estar dentro la misma cosmovisión. Estas teorías contextuales se pueden dividir en dos categorías que son: contextualismo descriptivo y contextualismo funcional (Fox, 2008; Hayes, 1993). El contextualismo descriptivo según Fox (2008) es:

Una variante del contextualismo que tiene como objetivo principal comprender la complejidad y la riqueza de todo un evento a través de la apreciación de sus

participantes y sus características. Busca que la construcción del conocimiento sea específica, personal, efímera y espaciotemporalmente restringida, como una narración histórica. (p. 56)

Fox (2008) aclara que los constructivistas rara vez se identifican como contextualistas, pero que es claro que la mayoría de las formas del constructivismo se basan en la cosmovisión contextual, particularmente el contextualismo descriptivo, pues la premisa del constructivismo es que el conocimiento se construye, más que descubrirse. Y como afirma Mancuso (1993) los principios básicos del constructivismo como epistemología, exigen la aceptación de una cosmovisión contextualista.

Lo expuesto en este apartado permite una mejor comprensión sobre los orígenes del contextualismo funcional, que es el enfoque dentro del contextualismo, en el que se ubica la ACT y que será descrito en el siguiente apartado.

3.2.1 Contextualismo funcional como fundamento de la ACT

La ACT se fundamenta en una filosofía de la ciencia denominada contextualismo funcional (Hayes et al., 2014). Según Fox (2008) el contextualismo funcional es:

Una filosofía de la ciencia y una variante del contextualismo que tiene como objetivo principal la predicción y la influencia de los eventos con precisión, alcance y profundidad utilizando reglas y conceptos con base empírica. Busca que la construcción del conocimiento sea general, abstracta y espaciotemporalmente sin restricciones, como un principio científico. (p.56).

En particular para la ACT el contextualismo funcional tiene como objetivo “la predicción-influencia de los acontecimientos psicológicos con precisión, alcance y profundidad” (Hayes et al., 2014, p. 64). Además, para la ACT la verdad se entiende desde un punto de vista pragmático, donde la *verdad* no es concebida de forma abstracta

como la correspondencia entre enunciados y realidad, sino que lo que importa es conseguir que las cosas se realicen. De esta manera la verdad se define en la ACT como aquello que funciona para lograr un objetivo, pero como los objetivos pueden servir para lograr otro objetivo y así *ad infinitum*. La ACT aclara que existen objetivos últimos que entienden cómo valores. Por ejemplo, un cliente con ansiedad puede decir al terapeuta que su objetivo es quitar la ansiedad, y el terapeuta preguntar que cuando la ansiedad ya no esté ¿qué sucederá? Entonces el cliente podría decir “si yo fuera menos ansioso tendría amigos”. La ACT propone que, si para el cliente es importante tener amigos, y tener amigos no es un medio para obtener otro objetivo entonces, tener amigos es importante para el cliente, es decir, es valioso porque no es un medio para conseguir otro objetivo y no requiere de una justificación (Hayes et al., 2014).

Hayes et al. (2014) proponen para entender las principales características del contextualismo funcional que éste es como *ir a la tienda*, lo que representa el acontecimiento global que está sucediendo y que sucede por un propósito general. Además, ir a la tienda implica un contexto tanto histórico (lo que sucedió antes y que originó la necesidad de ir a la tienda) como un contexto situacional (lo que sucede en el propio acto de ir a la tienda). Y como el objetivo es ir a la tienda, no importa si se va caminando o en bicicleta, pues el criterio de éxito es el hecho de haber llegado a la tienda, y por lo tanto la verdad es lo que haya funcionado para lograr el éxito del objetivo. Y si este objetivo es un objetivo último, entonces es importante (valioso) para quien ha realizado el acto.

El contextualismo funcional es la postura filosófica de la ACT y es el lugar epistemológico desde donde se propone una teoría del lenguaje y de la cognición humanos, que sitúa como clave del lenguaje humano al *aprendizaje relacional*. En el

siguiente apartado se describirán los principales aspectos de la Teoría del Marco Relacional.

3.4 Teoría del Marco Relacional

La importancia del lenguaje y la cognición humanos no es exclusivo de la ACT, pues diversas escuelas de filosofía y psicología se han centrado en el lenguaje como un aspecto clave para entender la naturaleza humana (Hayes et al., 2014). Sin embargo, lo que distingue a la ACT es el desarrollo de una teoría post-Skinneriana con evidencia experimental del lenguaje y la cognición superior denominada Teoría del Marco Relacional (TMR). Hayes et al. (2001) resumen los aspectos elementales de la TRM en el siguiente párrafo:

La Teoría del Marco Relacional es una aproximación analítico comportamental del lenguaje y la cognición. La TMR entiende el comportamiento relacional como una operante generalizada, y por tanto apela a una historia de entrenamiento con múltiples ejemplos. Los tipos específicos de comportamiento relacional, denominados marcos relacionales, se definen en términos de tres propiedades de implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funcionales. Los marcos relacionados son aplicables arbitrariamente, aunque no se aplican necesariamente de manera arbitraria en el contexto del lenguaje natural. (p141).

3.4.1 Aprendizaje relacional

Para la TMR el aprendizaje relacional es el punto clave de las actividades humanas complejas que define la conducta verbal. El aprendizaje relacional es definido en términos funcionales como “responder a un evento en términos de otro” (Wilson & Luciano, 2002, p.52). Donde el estímulo es definido verbalmente a partir de sus funciones que vienen dadas por su participación en un marco relacional y como la derivación de relaciones de

estímulo son conductas aprendidas por lo tanto son operantes generalizadas (Wilson & Luciano, 2002).

El aprendizaje relacional puede ser no arbitrario o arbitrario. El aprendizaje relacional no arbitrario se da cuando se relacionan, por ejemplo, las llamas de fuego con el calor, pues el calor no es un atributo arbitrario del fuego y el aprendizaje relacional arbitrario se da cuando se relacionan, por ejemplo, el fuego con la palabra *fuego*. La derivación de relaciones de estímulo se explica según la TMR mediante los siguientes tres tipos de relaciones aprendidas.

3.4.2 Vinculación mutua o bidireccional.

La vinculación mutua entre los estímulos se refiere a su bidireccionalidad sea esta simetría o no. Por ejemplo, si A se relaciona con B, entonces B se relaciona con A. Wilson y Luciano (2002) explican que existen múltiples ejemplos de este tipo de relación como son los siguientes:

- Relaciones básicas de coordinación: Si en Y condiciones A es igual a B, entonces se deriva que en tales condiciones B es igual a A.
- Relaciones de oposición: si A es opuesto a B en X condiciones, entonces se deriva que B también es opuesto a A.
- Relaciones de comparación: si en X condiciones A es más que B, entonces se deriva que en tales condiciones B es menos que A.
- Relaciones de temporalidad: si en Z condiciones después de A ocurre B, entonces se deriva que en Z condiciones antes de B ocurre A.
- Relaciones espaciales: si A esta encima de B, entonces B esta debajo de A.

3.4.3 Vinculación combinatoria

La vinculación combinatoria es un producto derivado de la vinculación mutua, pues especifica la multiplicación de relaciones entre más de dos estímulos. La vinculación combinatoria básicamente supone que en un contexto determinado A se relaciona con B y B se relaciona con un tercero C, y C está relacionado con D, se derivan las siguientes relaciones indirectas entre estímulos: D se relaciona con A y B, y C se relaciona con A. Wilson y Luciano (2002) explican los siguientes ejemplos de este tipo de relación:

- Si en condiciones X, A es mayor que B y B es mayor que C, entonces se deriva que A es mayor que C y que C es menor que A.
- Si en condiciones Y, A es igual a B y B es igual a C, entonces se deriva que, en tales condiciones, C es igual a A.
- Si en condiciones H, A es opuesto a B y B es opuesto a C, entonces se deriva que en tales condiciones C y A no son opuestos.
- Si en condiciones Z, después de A ocurre B y después de B ocurre C, entonces se deriva que, en tales condiciones, C ocurre después de A.

3.4.4 Transformación de funciones

Una forma más compleja en que se da el aprendizaje relacional es cuando las funciones dadas a un estímulo dentro de un marco relacional, ya sea por combinación mutua o combinatoria, se transfieren a otros estímulos con los que tengan algún tipo de relación. Por ejemplo, en un marco conformado en X condiciones donde A es mayor a B y B es mayor a C, puede A además de ser mayor a B como lo es en este marco, estar relacionada en otro marco con una función adversa, por lo que se transferirá que C es menos adverso que A y B y B menos adverso que A. Wilson y Luciano (2002) explican la transformación de funciones con el siguiente ejemplo:

“Javier sabe (opina, conoce, piensa...) que *vestir de color rosa* es una característica de sensibilidad (esto es, dada su historia, *vestir rosa es igual a sensibilidad*), y para él la sensibilidad es una propiedad reforzante, de modo que cuando observa a Ángela vestir de rosa nota que le gusta. Si por el contrario *la sensibilidad* se hubiera condicionado para él como una propiedad aversiva, Ángela vestida de rosa no sería del agrado de Javier, y en ambos casos estaríamos ante funciones derivadas por vía relacional. Más aún, supongamos que la sensibilidad tuviera un valor reforzante para Javier pero sólo en relación a mujeres. Entonces, ver a Ángela vestida de rosa tendría propiedades reforzantes y discriminativas para determinadas funciones, mientras que ver a Pedro vestido de rosa podría suponer una sensación o reacción de rechazo hacia él, ya que Pedro está en relación de igualdad con varón, pero varón está en relación de oposición con mujer. En este caso, las funciones relacionadas con sensibilidad son transformadas (de reforzantes a no reforzantes) en ese marco de oposición. El resultado sería que en varones vestir de rosa y sensibilidad sería aversivo, y para Javier, Pedro tendría una función derivada aversiva y discriminativa opuesta a la que tendría Ángela. Dando un paso más, supongamos ahora que *vestir de rosa* está en relación de equivalencia con bailar, y esto, a su vez, se relaciona con oler a rosas. Debido a este marco de relación, para Javier Ángela podría sugerir bailar y oler a rosas, mientras que Pedro sugeriría cualquier otra cosa en oposición a tales estímulos. Por último, el hecho de oír su música preferida para bailar le trae a Javier el recuerdo de Ángela y el del olor a rosas, y también sería factible que oler a rosas mientras pasea por un parque haría que Javier pudiera pensar en bailar y en Ángela” (p. 57).

El aprendizaje relacional es el principio que explica los marcos relacionales y por es importante puntualizar lo que Hayes et al. (2001) entiende por un marco relacional:

Un “*Marco* no es un tecnicismo nuevo, no es una estructura, entidad mental o proceso cerebral. Un *marco* es una *metáfora* que se refiere a un rasgo característico de algunas clases de respuesta puramente funcionales: la clase de comportamiento proporciona un patrón funcional general, pero el contexto actual proporciona las características formales específicas que ocurren en partes específicas de ese patrón (p.27).

Como se ha visto en este apartado la TMR parte de que los seres humanos podemos aprender con facilidad a relacionar eventos arbitrarios y hacerlo de muchas formas posibles, al grado que los patrones relacionales aprendidos son aplicados a nuevos estímulos en los que se identifican las mismas claves de relación o contextuales, que se generaron históricamente (Wilson y Luciano, 2002). Después de haber revisado los aspectos básicos de la TMR pasemos a revisar el modelo de flexibilidad psicológica que la ACT propone como centro de su práctica clínica.

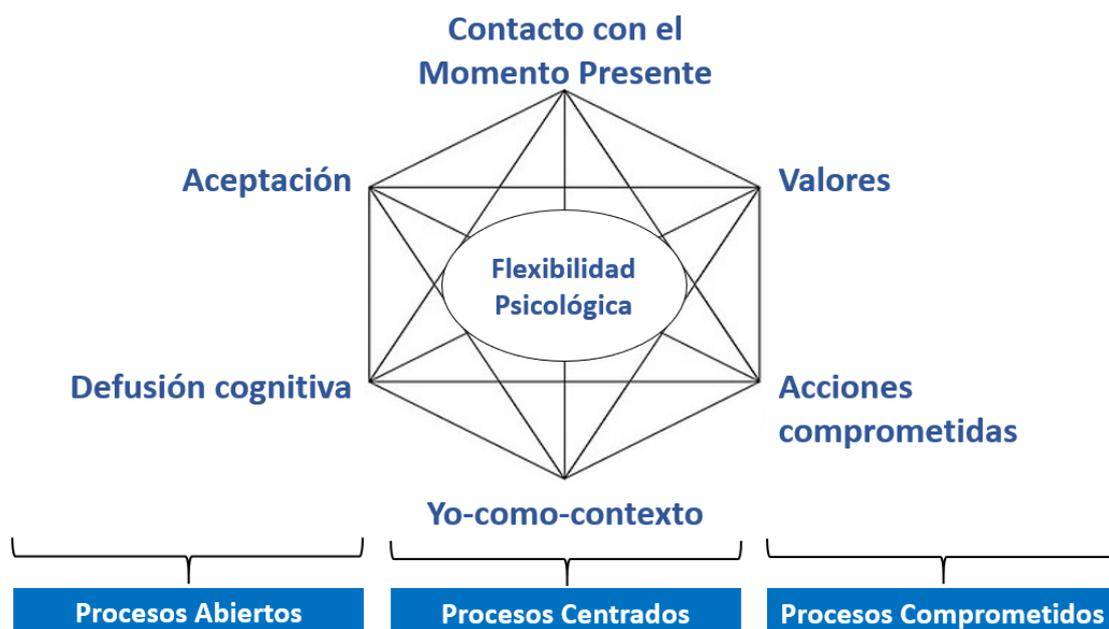
3.5 Modelo de flexibilidad psicológica

La ACT tiene como objetivo terapéutico promover la flexibilidad psicológica, misma que se considera un aspecto fundamental de la salud mental (Kashdan, 2010). La flexibilidad psicológica se define como:

“El hecho de estar en contacto con el momento presente, como ser humano consciente, de manera total y sin necesidad de defensa —tal y como la realidad es y no como uno se dice que es— y persistir en una conducta, o cambiarla, en función de los valores elegidos” (Hayes et al., 2014, p. 158).

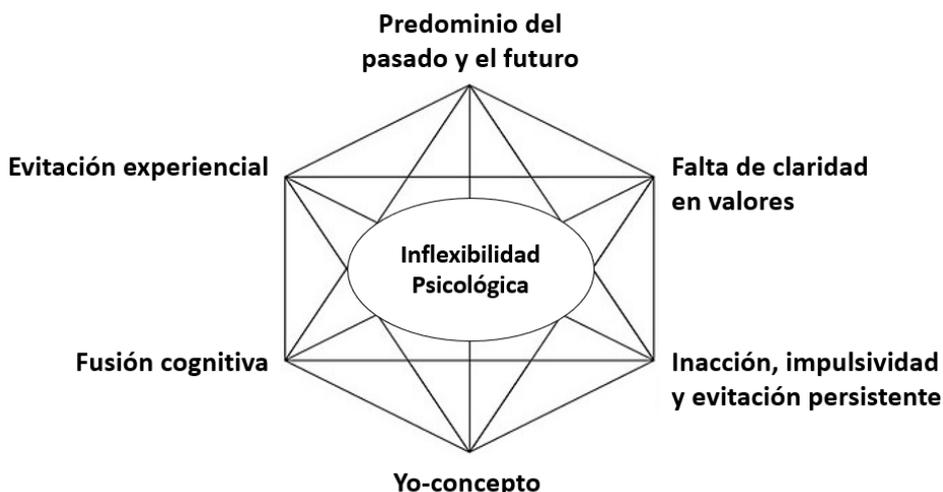
El modelo propuesto por la ACT incluye al mismo tiempo su propuesta psicopatológica, pues dicho modelo es un continuo que va de la flexibilidad psicológica a la inflexibilidad psicológica y viceversa (ver figuras 3.1 y 3.2).

Figura 3.1
Modelo de Flexibilidad Psicológica



Nota. Procesos que integran el modelo de flexibilidad psicológica clasificados en procesos abiertos (aceptación y defusión cognitiva), centrados (momento presente y yo como contexto) y comprometidos (valores y acciones comprometidas). Adaptado de “Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consiente (Mindfulness)”, por S. C. Hayes, K. Strosahl y K. G. Wilson, 2014, p.109.

Figura 3.2
Modelo de Inflexibilidad Psicológica



Nota. Procesos que integran el modelo de inflexibilidad psicológica que es contrario al modelo de flexibilidad psicológica. Adaptado de “Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consiente (Mindfulness)”, por S. C. Hayes, K. Strosahl y K. G. Wilson, 2014, p.108.

3.5.1 Trastorno de Evitación Experiencial

La ACT tiene por premisa básica que el dolor es una experiencia inevitable y que los intentos por tratar de evitar el dolor solo aumentan el sufrimiento, por lo que el dolor es natural y forma parte de la condición humana. Sin embargo, el sufrimiento es opcional, pues el sufrimiento surge de la evitación experiencial. Aunque, como veremos más adelante, la aceptación no es resignación y mucho menos no hacer nada ante lo que se puede cambiar. La ACT propone como entidad nosológica el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) que tiene por centro a la propia evitación experiencial, misma que se define como:

Un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona. (Hayes et al., 1996, p. 1154).

Además, la evitación experiencial se alienta en la cultura, principalmente occidental, al asumir que debemos tener eventos privados *correctos* o *apropiados*, el problema viene cuando las personas experimentamos eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, impulsos, recuerdos) que supuestamente no deberíamos experimentar, entonces la solución es eliminarlos, siendo *la solución* el verdadero problema. Sin embargo, la evitación experiencial no es un fenómeno intrínsecamente psicopatológico, sino que como indican Wilson y Luciano (2002):

En conclusión, la evitación es perjudicial cuando a pesar de parecer muy razonable el modo en que una persona está resolviendo un problema (evita que el dolor, el miedo, la inseguridad o la angustia se hagan presentes) finalmente *no resuelve*

nada porque esta actuación se interpone en lo que esa persona desea para su vida. (p. 76).

El TEE es una dimensión funcional que se encuentra en diversas formas de psicopatología recogidas en los principales sistemas de clasificación sindrómicos como la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) e incluso en problemas clínicos no sindrómicos (Hayes et al., 1996). “Desde la perspectiva del TEE, personas cuyos trastornos recibirán nombres diferentes funcionalmente estarían luchando (o trabajando) para terminar con, o evitar, los eventos privados que vivencian aversivamente y que conciben como obstáculos o barreras para su vida” (Wilson & Luciano, 2002, p. 77). Por lo que en todos esos casos habría un TEE.

Después de haber descrito de forma general el TEE en el siguiente apartado se describirán de manera puntual los procesos clínicos y psicopatológicos del modelo propuesto por la ACT.

3.6 Procesos clínicos fundamentales de la ACT

Como ya se ha dicho, el modelo propuesto por la ACT es un continuo entre flexibilidad e inflexibilidad psicológicas, por lo que cada proceso ACT tiene un *hermano* psicopatológico. Así, en los siguientes apartados se describirán los seis procesos ACT asociados a la salud mental y su contraparte psicopatológica (ver figuras 3.1 y 3.2).

3.6.1 Aceptación

Lo contrario a la aceptación es la *evitación experiencial*, misma que ya se ha definido en el apartado del Trastorno de Evitación Experiencial, por lo que en este rubro se centrará en la aceptación. La aceptación según la ACT “es la adopción voluntaria de

una postura intencionalmente abierta, receptiva, flexible y externa de juicios en relación con el momento presente” (Hayes et al., 2014, p. 398).

La aceptación no significa dejar las cosas tal como está cuando es posible cambiarlas. No es ceder, resignación o rendición, es fortalecer el cambio cuando este es posible. No es fracaso, es reconocer que una determinada estrategia no ha funcionado o no está dando resultado. La aceptación no es tolerar, sino una apertura a la propia experiencia. La aceptación consiste en elegir en función de valores y vivir una vida significativa (Hayes et al., 2014).

3.6.2 Defusión cognitiva

La fusión cognitiva se refiere a la dominación de lo verbal sobre la regulación del comportamiento. La fusión cognitiva se fundamenta en la Teoría del Marco Relacional que propone la omnipresencia de los contextos literales. Aunque la fusión no es necesariamente perjudicial, se vuelve así cuando se extiende demasiado y las personas comienzan a tomar sus pensamientos literalmente, sin notar el proceso de pensar en sí mismas. La fusión cognitiva es el proceso en el que la persona se vuelve una misma con sus pensamientos tratando de conseguir ser lo que ha conceptualizado de sí misma (Hayes et al., 2014).

Lo contrario a la fusión cognitiva es la defusión cognitiva “que significa establecer un contacto más directo con los fenómenos verbales como lo que son en realidad y no con lo que dicen ser” (Haye et al., 2014, p.359-360). En un sentido metafórico la defusión cognitiva “equivale a separar al *ser humano* (el oyente) de la *mente* (el hablante)” (Hayes et al., 2014, p. 359).

3.6.3 *Yo como contexto*

La ACT propone tres dimensiones del yo. En principio se puede hablar de un *yo como proceso* que es metáfora de nuestra autoconciencia continua, es decir, ese yo que somos desde que nacemos hasta que morimos y que paradójicamente cambia sin dejar de ser percibido como nosotros mismos. Sin embargo, cuando elaboramos una versión construida verbalmente de nosotros mismos y nos fusionamos con esa construcción verbal, dicho proceso es el *yo-concepto*, que usualmente produce sufrimiento porque es inflexible y se guía por reglas verbales impuestas. La ACT sugiere que la elección de nuestros actos en función de nuestros valores personales y no de “lo pensado” constituye un *yo como contexto* que es la capacidad de mantenerse centrado en el presente mediante la toma de perspectiva (Hayes et al., 2014).

3.6.4 *Momento presente*

Lo contrario al momento presente es el predominio de los contenidos del pasado o el exceso de poner atención a las proyecciones hipotéticas del futuro. Después de todo, como sugiere la ACT, futuro y pasado son maneras que tenemos de hablar para el cambio; un mero truco del lenguaje, pues los recuerdos y proyecciones hacia el futuro siempre ocurren en el presente. Para la ACT el momento presente se refiere a vivir de manera flexible el aquí y el ahora, y constituye lo que ahora se entiende como Mindfulness desde la propuesta de Kabat-Zinn (1990) que lo define como prestar atención de manera intencional al momento presente sin juzgar.

3.6.5 *Valores*

La orientación hacia los valores personales es un distintivo de la ACT, quien diferencia que los valores no son sentimientos, ni deseos, ni objetivos, los valores son elecciones y propiamente actos (Hayes et al., 2014). Según Wilson y DuFrene (2009):

Los valores se eligen libremente y son consecuencias elaboradas verbalmente de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo que determinan los reforzadores principales de tal actividad y son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa. (p.66).

Para la ACT no tener claros nuestros valores personales y/o la lejanía con los mismos es lo que considera psicopatológico. Por lo que trabajar con los valores permite a los sistemas conductuales evolucionar hacia cualidades y patrones de respuesta elegidos (Hayes et al., 2014).

3.6.6 Compromiso

El compromiso en la ACT se entiende como un *compromiso en acción*, un actuar en dirección de los propios valores (de ahí la importancia de conservar su acrónimo de ACT). “El compromiso en acción consiste en una acción, basada en valores, que tiene lugar en un momento temporal concreto y que está vinculada a la formación de una pauta de acción que sirva a ese valor” (Hayes et al., 2014, p. 475).

“La conducta basada en el compromiso es una elección para comportarse de una manera particular con un propósito” (Hayes et al., 2014, p. 477). Las elecciones se entienden en el sentido de valores personales, por lo que lo contrario al compromiso es no guiar nuestras acciones según nuestro propio sistema de valores, manifestándose como inacción, impulsividad y evitación persistente. Por lo que el compromiso es actuar en función de nuestros valores personales y por el concepto rígido que nuestra mente dice que somos.

Después de esta descripción general de los principales aspectos de la ACT y con lo abordado en los capítulos 1 y 2 de este trabajo, se puede entender mejor el planteamiento del problema que a continuación se presenta.

CAPÍTULO 4

Planteamiento del problema

No podemos controlar el viento, sólo podemos ajustar las velas.
Dicho popular chino.

4.1 Justificación

Social y epidemiológicamente, la infección por VIH es un problema de salud pública mundial que afecta a México en ciertas poblaciones clave y que, para su atención es indispensable la adherencia adecuada al Tratamiento Antirretroviral (TAR) (CENSIDA, 2019; ONUSIDA 2019; Secretaria de Salud & CENSIDA, 2018). Además, las personas que viven con VIH tienen de dos a cuatro veces mayor incidencia de depresión con una alta comorbilidad de ansiedad (ONUSIDA, 2016b; Wolff et al., 2010). Esta sintomatología afectiva afecta la adherencia al TAR (Brandt et al., 2018; Hellmuth et al., 2017; Piña-López et al., 2008), por lo que intervenciones eficaces dirigidas al tratamiento de la sintomatología afectiva en personas con VIH, que además promuevan la adherencia requerida al TAR, son necesarias. Todo lo anterior se ha detallado en el capítulo uno de este documento.

Teóricamente dentro de la psicología clínica, de acuerdo con Sandín et al., (2012) el transdiagnóstico ha recibido, desde por lo menos hace dos décadas, un mayor interés en la psicopatología y en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), especialmente en la sintomatología afectiva (ansiedad y depresión). Así, la integración de diagnósticos categóricos y transversales parece ser el siguiente paso teórico en una psicología clínica desde un punto de vista científico.

Con respecto a los tratamientos psicológicos, dentro de la tercera ola o generación de la TCC, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) permite ir más allá de los diagnósticos categoriales preestablecidos por nosologías principalmente psiquiátricas e

integrar diagnósticos transversales como el modelo de flexibilidad psicológica (Hayes, 2004; Hayes et al., 2014). La ACT por tanto permite contribuir con intervenciones basadas no sólo en un diagnóstico categorial, sino que integra también un diagnóstico transversal, que es la pauta de la intervención psicoterapéutica. Por lo que el objetivo terapéutico, en el caso de la sintomatología afectiva, no es la eliminación de la ansiedad y depresión, sino el propiciar flexibilidad psicológica, lo que permite la regulación del estado de ánimo (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2014).

Como ya se ha revisado en detalle en el capítulo dos y tres de este trabajo, la ACT presenta diferencias en el tratamiento de los eventos privados con respecto a la TCC tradicional. De forma breve estas diferencias son que la ACT no sugiere el control o eliminación de los eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones e impulsos). Por el contrario, la ACT propone no luchar con los eventos privados pues son parte de la condición humana, así que el tratar de evitarlos resulta ser el verdadero problema. El no luchar con nuestras experiencias internas es lo que la ACT denomina aceptación (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2014).

La aceptación no significa resignación o rendición. La aceptación implica reconocer que los eventos privados son inherentes a nuestra condición humana y que el problema, es la solución de primero eliminarlos para después tener vidas que valgan la pena. Para ello, la ACT sugiere, además de la aceptación de nuestras vivencias internas, poner en marcha conductas orientadas hacia los valores personales, lo que contribuye a la salud mental y la regulación de nuestro estado de ánimo (Hayes et al., 1999; Patrón, 2010; Patrón, 2013).

En general la ACT ha mostrado eficacia en diversos problemas como el control del dolor crónico, el trastorno bipolar, la ansiedad y depresión en contraste con intervenciones que sugieren el control de dicha sintomatología, así como evidencia

favorable cuando se le compara con la TCC tradicional (Kashdan, 2010; Ruiz, 2010; Ruiz, 2012). Además, en población mexicana Patrón (2013) ha reportado que existe relación entre la evitación experiencial y trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad e incluso psicosis.

Como se detalla en el capítulo dos de este trabajo, en cuanto a la literatura científica sobre la aplicación de la ACT en personas con VIH, ésta es escasa y se reduce a investigaciones piloto que requieren agregar más mediciones por lo menos de forma pre y post a las intervenciones basadas en ACT que se dirigen a personas con VIH (Grahama et al., 2016; Moitra et al., 2011; Moitra et al., 2015). No obstante, la ACT ha mostrado una correlación positiva entre flexibilidad psicológica y salud mental en personas con VIH (Delaney & O'Brien, 2012).

Metodológicamente, el camino a seguir en la investigación de la ACT en personas con VIH son diseños experimentales de replicación intra-sujeto o ensayos clínicos aleatorizados para evaluar los componentes de la ACT y su efecto sobre la sintomatología afectiva (depresión y ansiedad). Sin embargo, debido a la forma de atención del escenario clínico donde se realizó esta investigación, que es principalmente atención individual, y por cuestiones éticas de no dejar a un grupo de personas con VIH y sintomatología afectiva sin tratamiento psicológico para su comparación, lo viable fue un diseño experimental de comparación intra-sujeto ($n=1$) con el mayor número de réplicas posibles.

Por todo lo antes mencionado en cuanto a relevancia social y sentido teórico y metodológico es necesario continuar investigando la aplicación de la ACT en personas con VIH con respecto a su sintomatología afectiva y también promover o mantener la adherencia necesaria al TAR. Por ello, este trabajo se contestaron las siguientes preguntas de investigación.

4.2 Preguntas de investigación

La presente investigación responde las siguientes preguntas.

4.2.1 Pregunta principal

- ¿Qué impacto tendrá la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la sintomatología afectiva (ansiedad y depresión) de personas que viven con VIH?

4.2.1 Pregunta secundaria

- ¿La psicoeducación basada en *La metáfora del reloj de arena* como estrategia individual promoverá los conocimientos básicos sobre la infección por VIH?

Para lograr responder a las preguntas de investigación antes mencionadas, fue necesario primero diseñar el tratamiento que este trabajo evalúa, por lo que a continuación se presenta el diseño y pilotaje que permitió la versión final y manual de la intervención ACT-VIH (ver anexo D).

CAPÍTULO 5

Diseño y pilotaje de la intervención ACT-VIH

Lo que puedas hacer, o sueños que puedes hacer, empíezalo.
Goethe (1749-1832).

5.1 Objetivo

El objetivo de esta etapa fue diseñar y realizar los ajustes metodológicos necesarios que permitieron la versión final de la intervención ACT-VIH, dirigida a personas con VIH, mayores de 18 años y con sintomatología afectiva (ansiedad-depresión).

5.2 Escenario clínico

El escenario clínico fue Casa de la Sal A. C. (LCDLS), que cuenta con una clínica psicológica de atención a personas que viven con VIH. Dicho escenario será descrito con más detalle en el siguiente capítulo.

5.3 Procedimiento del diseño y pilotaje

- Se diseñó una versión inicial de la intervención ACT-VIH para su aplicación en formato individual.
- Se invitó a participar a tres usuarios de LCDLS en la intervención ACT-VIH para su pilotaje, quienes aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado (ver anexo A).
- Durante el pilotaje se probaron los instrumentos de medición para las variables dependientes, lo que permitió seleccionar los instrumentos más adecuados.
- Se evaluó la aplicación de los formatos, cuestionarios y ejercicios *ad hoc*, así como las metáforas propuestas y hojas de trabajo.

- Durante la aplicación del piloto el comité tutor realizó las observaciones pertinentes, que permitieron los ajustes necesarios, que dieron origen al Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH (ver anexo D).

5.4 Participantes del pilotaje

Los tres participantes en el pilotaje fueron hombres con diagnóstico de VIH, mayores de edad, en tratamiento antirretroviral (TAR) y con sintomatología afectiva (depresión-ansiedad). Como estos participantes formaron parte de esta etapa de ajustes metodológicos, en algunos casos no hay medición pre de algunas variables dependientes debido a que no se habían terminado de seleccionar todos los instrumentos y éstos estaban siendo probados. Sin embargo, los tres participantes mejoraron en cuanto sus motivos de consulta y sintomatología afectiva, por lo que pese a ser un piloto se beneficiaron con la intervención. A continuación, se describe a cada uno de los participantes del pilotaje y los beneficios que obtuvieron.

5.4.1 Participante 1 del pilotaje

Masculino de 26 años, homosexual, estudiante de licenciatura, soltero y sin religión. Refiere que su vía de contagio fue sexual. Sin tratamiento psiquiátrico y sin antecedentes de intervenciones psicológicas previas. Su diagnóstico fue en noviembre de 2016 y en ese mismo año comenzó a tomar su TAR (Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina).

A partir de su diagnóstico comenzó a sentirse con síntomas depresivos y ansiosos. El sólo pensar en el diagnóstico o cualquier cosa relacionada con el VIH le causaba malestar. Pensaba que esto no debería haberle pasado.

En la evaluación inicial, el participante 1 del pilotaje presentó depresión y ansiedad grave e ideación suicida leve, y cuando concluyó la intervención la sintomatología afectiva había remitido a puntuaciones no clínicas (ver tabla 5.1).

Tabla 5.1
Sintomatología afectiva del participante 1 del pilotaje

Variable	Pre	Post	Interpretación			
			No clínico	Leve	Moderado	Grave
Ansiedad	46	27	21-29	30-34	35-41	42-105
Depresión	44	20	15-23	24-29	30-35	36-75
Ideación Suicida	22	17	12-18	19-24	25-32	33-60

Nota. La sintomatología afectiva de este participante se midió con el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS, Jurado, 2017)

En cuanto a la evaluación de los procesos ACT, la evitación experiencial mejoró y en la evaluación post su fusión cognitiva era baja y su satisfacción con la vida era alta (ver tabla 5.2).

Tabla 5.2
Procesos ACT medidos en el participante 1 del pilotaje

Variable	Pre	Post	(Mínimo-Máximo)
Fusión Cognitiva ^a	-	9	(7-49)
Satisfacción con la vida ^b	-	24	(5-25)
Evitación Experiencial ^c	34	16	(10-70)

Nota. No hay mediciones pre de fusión cognitiva y satisfacción con la vida porque se estaba en el proceso de elegir los instrumentos de medición apropiados.

^a Medido con el Cuestionario de Fusión Cognitiva. (Romero-Moreno et al., 2014)

^b Medido con el Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena versión mexicana (Padrós et al., 2015).

^c Medido con el Cuestionario de Aceptación y Acción II versión mexicana (Patrón, 2010).

Con respecto al componente psicoeducativo basado en *La metáfora del reloj de arena*, este componente mejoró sus conocimientos sobre el VIH y el TAR medido con el *Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre VIH y el TAR (CCB-VIH-TAR)* (descrito en el siguiente capítulo), que es un cuestionario de 10 preguntas de opción múltiple, en el pasó de una puntuación pre de 5 a una puntuación post de 10.

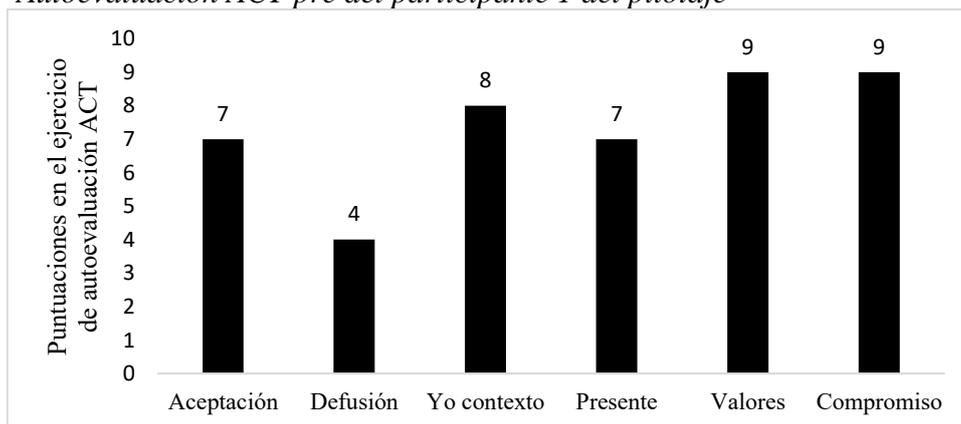
El participante 1 del pilotaje refirió ser adherente al TAR. Sin embargo, sus últimos estudios de laboratorio realizados en julio de 2017 indicaban una carga viral igual a 49 797 copias de VIH y 97 CD4 a un año de haber iniciado su TAR. Según el conteo de CD4 este participante presentaba una inmunodeficiencia avanzada (OMS, 2006). En este paciente había duda de si era no adherente o resistente al TAR. La clínica del seguro

social donde recibía atención médica le realizó un genoma del virus en el que resultó que el VIH que tenía ya era resistente a su TAR, por lo que éste fue cambiado. Al concluir la intervención su conteo de CD4 fue de 131 que, aunque aumentó siguió indicando inmunodeficiencia grave. Este participante refirió que el resultado del estudio de carga viral estaba pendiente en su clínica de atención médica.

En este participante aún no se incluía la medición de atención plena. Sin embargo, con este participante en el módulo dos del componente ACT se probó el *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT*, propuesto *ad hoc* para esta investigación, que mide en una escala visual del cero al diez cada uno de los seis procesos ACT para estimar la flexibilidad psicológica percibida y con ello realizar la formulación ACT del caso. Este ejercicio fue evaluado en su primera versión por un grupo de 8 psicólogos con estudios de posgrado para que realizaran observaciones. Además, de ser revisado por el comité tutor de donde derivó la versión final que se muestra en el anexo C. Los resultados de su aplicación al participante 1 del pilotaje se muestran en la figura 5.1.

Figura 5.1

Autoevaluación ACT pre del participante 1 del pilotaje



Nota. ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso. La figura muestra la flexibilidad psicológica percibida por el participante 1 del pilotaje en la sesión correspondiente al segundo módulo de la intervención ACT.

La aplicación del *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT* sugiere que el estilo de respuesta abierto (aceptación y defusión) era la mayor debilidad al momento

de realizar el ejercicio y que el estilo de respuesta comprometido (valores y compromiso) era la principal fortaleza. Se debe tener en cuenta que este ejercicio se realizó durante la aplicación del segundo módulo del componente ACT y como evaluación pre.

5.4.2 Participante 2 del pilotaje

Masculino de 38 años, homosexual, con maestría, soltero, católico y empleado. Refirió que su vía de contagio fue sexual, sin tratamiento psiquiátrico y que había asistido en dos ocasiones anteriores a LCDLS, para atención psicológica, la primera vez por el diagnóstico reciente de VIH y la segunda por mala adherencia al TAR y problemas de pareja. Su diagnóstico fue en octubre del 2000 e inicio ese mismo año su TAR (Dolutegravir/abacavir/3TC). El esquema actual reportado era el tercero que tomaba. Este participante era referido a terapia por problemas de adherencia al TAR y sintomatología afectiva.

En la evaluación inicial este participante no presentó ideación suicida ni depresión, sólo se encontró ansiedad moderada, misma que remitió después de la intervención (ver tabla 5.3).

Tabla 5.3

Sintomatología afectiva de participante 2 del pilotaje según el IMADIS

Variable	Pre	Post	Interpretación			
			No clínico	Leve	Moderado	Grave
Ansiedad	38	27	21-29	30-34	35-41	42-105
Depresión	23	20	15-23	24-29	30-35	36-75
Ideación Suicida	18	16	12-18	19-24	25-32	33-60

Nota. La sintomatología afectiva se midió con el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS, Jurado, 2017).

En este participante se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión validada en población mexicana con VIH (HADS-VIH, Noguera et al., 2013) por considerarse más específica para medir la sintomatología afectiva en la población

objetivo de este estudio. El HADS-VIH que mide sintomatología afectiva (ansiedad y depresión) en personas con VIH y ratificó la ausencia de dicha sintomatología en su aplicación post, como lo indica la tabla 5.4.

Tabla 5.4

Sintomatología afectiva de participante 2 del pilotaje según el HADS-VIH

Variable	Pre	Post	Interpretación			
			Sin	Leve	Moderado	Grave
Ansiedad-Depresión		7	0-9	10-19	20-29	30-39

Nota. Se utilizó al final de la intervención la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con VIH (HADS-VIH, Noguera et al., 2013), por considerar este instrumento más apropiado a la población estudiada.

Los resultados de las mediciones de los procesos ACT realizadas en este participante se presenta en la tabla 5.5 en las que se observa una mejoría en la evitación experiencial y en la evaluación post baja fusión cognitiva, moderada atención plena y alta satisfacción con la vida. En este participante se incluyó la medición post de atención plena y para ello se probó el *Five Facets Mindfulness Questionnaire Mexican Version* (MMFQ-M, Meada et al., 2015).

Tabla 5.5

Procesos ACT medidos en el participante 2 del pilotaje

Variable	Pre	Post	(Mínimo-Máximo)
Fusión Cognitiva ^a	-	8	(7-49)
Mindfulness ^b	-	75	(19-95)
Satisfacción con la vida ^c	-	24	(5-25)
Evitación Experiencial ^d	17	11	(10-70)

Nota. En este participante se probó el Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena versión mexicana para medir Mindfulness.

^a Medido con el Cuestionario de Fusión Cognitiva. (Romero-Moreno et al., 2014)

^b Medido con el Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena versión mexicana (Meada et al., 2015).

^c Medido con la Escala de Satisfacción con la Vida versión mexicana (Padrós et al., 2015).

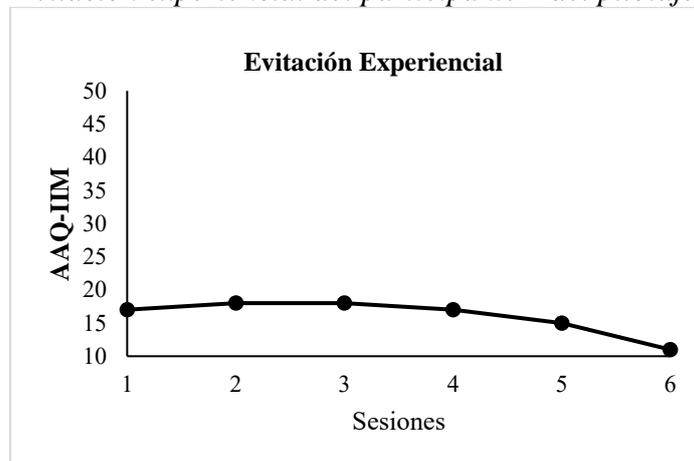
^d Medido con el Cuestionario de Aceptación y Acción II versión mexicana (Patrón, 2010).

El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) adaptado por Patrón (2010) en población mexicana, que mide la evitación experiencial, se comenzó a aplicar en varias sesiones de la intervención ACT a recomendación del comité tutor, con el fin de que

algunos procesos ACT pudieran ser evaluados en cada sesión para un análisis gráfico con diseño AB, como quedó en la versión final de la intervención ACT-VIH (ver figura 5.2).

Figura 5.2

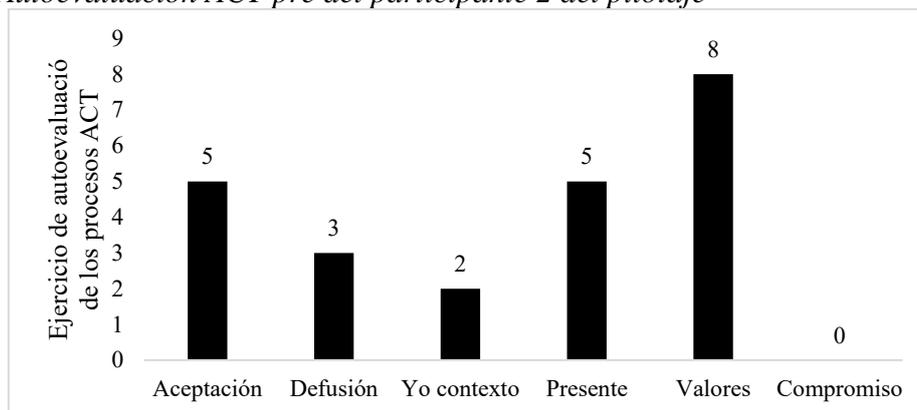
Evitación experiencial del participante 2 del pilotaje



Nota. AAQ-IIM=Cuestionario de Aceptación y Acción II versión mexicana (Patrón, 2010).

En cuanto a la aplicación del componente psicoeducativo basado en *La metáfora del reloj de arena* se obtuvo una calificación previa a la intervención según el CCB-VIH-TAR de 4 puntos y una calificación de 10 puntos posterior a la intervención. El participante 2 del pilotaje refirió ser adherente al momento de iniciar la terapia, su última carga viral en noviembre de 2017 fue indetectable y el resultado de su conteo de CD4 estaba pendiente en la clínica donde recibía atención médica, según refirió.

Finalmente, en este participante se pudo realizar la evaluación pre de los procesos ACT con el ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT, lo que permitió la formulación ACT del caso que indica como principal debilidad el compromiso de acciones valiosas, aunque tenía cierta claridad en sus valores personales, también se encontraban bajos los procesos centrados (yo-contexto y momento presente) y procesos abiertos (aceptación y defusión) (ver figura 5.3).

Figura 5.3*Autoevaluación ACT pre del participante 2 del pilotaje*

Nota. Se muestra la flexibilidad psicológica percibida por el participante 2 del pilotaje antes de la intervención ACT. ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso.

Después de este participante se realizó el ajuste de realizar el *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT*, de forma pre y post a la intervención como se probó en el siguiente participante.

5.4.3 Participante 3 del pilotaje

En el participante que a continuación se describe se aplicó el *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT* de forma pre y post del componente ACT y se probó el seguimiento en su formato electrónico a un mes de la intervención de la sintomatología afectiva y procesos ACT evaluados.

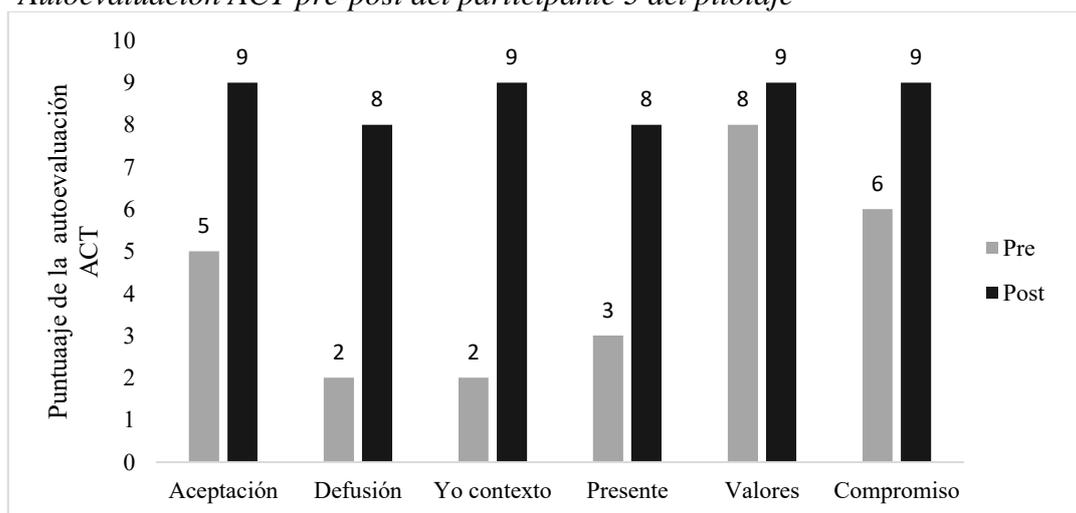
El participante 3 del pilotaje fue un masculino de 24 años, homosexual, católico, estudiante de medicina y con pareja estable. Sin antecedentes psiquiátricos ni tratamientos psicológicos previos. Este participante refirió que su forma de contagio fue sexual, recibió su diagnóstico por VIH en agosto de 2017 y en ese mismo año comenzó su TAR (Tenofovir/emtricitabina/Atazanavir/ritonavir). Su primera medición de los marcadores biológicos fueron antes de iniciar su TAR en agosto de 2017, reportando una carga viral

de 1187 copias y un conteo de CD4 de 230. Según el conteo de CD4 este participante presentaba una inmunodeficiencia moderada (OMS, 2006).

En este participante se realizó la formulación ACT del caso con base en la aplicación pre del *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT* (ver figura 5.4), la cual indicó que la principal debilidad de este participante era el estilo de respuesta centrado (yo contexto y momento presente) y la principal fortaleza era el estilo de respuesta comprometido (valores y compromiso), aunque tenía dificultades para vincular sus acciones con sus valores personales en cierto grado y su principal estrategia era la evitación experiencial.

Figura 5.4

Autoevaluación ACT pre-post del participante 3 del pilotaje



Al inicio de la intervención el participante 3 del pilotaje presentó un nivel leve de ansiedad y depresión e ideación suicida moderadas. Después de la intervención los niveles de ansiedad, depresión e ideación suicida disminuyeron a cifras no clínicas, mismos que se mantuvieron al mes de seguimiento (ver tabla 5.6).

El HADS-VIH en la medición post fue consistente con los datos del IMADIS (Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida, Jurado, 2017) en

cuanto ausencia de sintomatología afectiva, que también fue consistente al seguimiento al mes (ver tabla 5.7).

Tabla 5.6

Sintomatología afectiva de participante 3 del pilotaje según el IMADIS

Variable	Pre	Post	S	Interpretación			
				No clínico	Leve	Moderado	Grave
Ansiedad	34	23	24	21-29	30-34	35-41	42-105
Depresión	32	15	18	15-23	24-29	30-35	36-75
Ideación Suicida	30	15	17	12-18	19-24	25-32	33-60

Nota. La sintomatología afectiva se midió con el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS, Jurado, 2017); S=Seguimiento al mes.

Tabla 5.7

Sintomatología afectiva de participante 3 del pilotaje según el HADS-VIH

Variable	Pre	Post	S	Interpretación			
				Sin	Leve	Moderado	Grave
Distrés	-	2	5	0-9	10-19	20-29	30-39

Nota: S=Seguimiento al mes.

Las mediciones post de los procesos ACT mostraron una baja fusión cognitiva, moderada atención plena y alta satisfacción con la vida, mejorías que se mantuvieron al seguimiento (ver tabla 5.8).

Tabla 5.8

Procesos ACT medidos en el participante 3 del pilotaje

Variable	Pre	Post	S	(Mínimo-Máximo)
Fusión Cognitiva ^a	-	9	9	(7-49)
Atención Plena ^b	-	88	84	(19-95)
Satisfacción con la vida ^c	-	25	24	(5-25)

Nota: S=Seguimiento al mes.

^a Medido con el Cuestionario de Fusión Cognitiva. (Romero-Moreno et al., 2014)

^b Medido con el Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena versión mexicana (Meda et al., 2015).

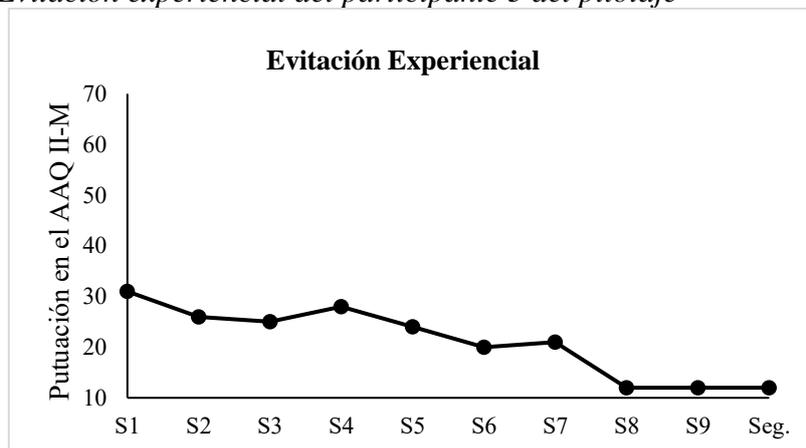
^c Medido con la Escala de Satisfacción con la Vida versión mexicana (Padrós et al., 2015).

En este participante fue posible hacer varias mediciones de evitación experiencial, aunque todavía no se realizó en cada sesión. La medición inicial fue de 31 puntos y la final de 12 (rango=10-70). Las mediciones realizadas se muestran en la figura 5.5, en la

que se aprecia una mejoría, que es consistente con las mejorías reportadas en la sintomatología afectiva y demás procesos ACT evaluados. Además, la mejoría reportada se mantuvo al mes de seguimiento.

Figura 5.5

Evitación experiencial del participante 3 del pilotaje



Nota. AAQ II-M=Acceptance and Action Questionnaire II validado en población mexicana (Patrón, 2010); Seg.=Seguimiento; S=Sesión.

Finalmente, el pilotaje anterior y las recomendaciones realizadas por el comité tutor permitieron los siguientes ajustes.

5.5 Ajustes realizados

Los tres participantes del pilotaje antes descritos, retroalimentaron su comprensión de los instrumentos de medición, formatos y ejercicios propuestos *ad hoc*, así como de la propia aplicación de la intervención (componentes psicoeducativos, metafóricos y ejercicios experienciales) que dieron origen a la versión final del manual de la intervención ACT-VIH (ver anexo D).

Específicamente durante el pilotaje se evaluó la primera versión del ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT que se agregó en la versión final para realizar la formulación del caso desde la ACT. También se realizó la versión *ad hoc* en español de la Bull's-Eye Values Survey (BEVS) de Lundgren et al. (2012), nombraba *Ejercicio de*

tiro al blanco, que en un esquema de tiro al blanco con siete círculos evaluar el grado en que las personas actúan acorde a sus valores personales. La traducción de la encuesta de valores fue realizada por el alumno de doctorado de esta investigación con el apoyo de un profesor de inglés con estudios certificados en la enseñanza de dicho idioma.

Producto del pilotaje antes descrito y retroalimentación del comité tutor se realizaron los siguientes ajustes a la versión final de la intervención ACT-VIH. Para la medición de la Atención Plena se decidió finalmente por el instrumento *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) versión mexicana de López-Maya (2015), por tener menos número de reactivos y presentar de manera clara la descripción de sus propiedades psicométricas.

En cuanto a los marcadores biológicos de carga viral y conteo de CD4 estos se consideraron como indicadores del grado en que el TAR es exitoso y en particular los CD4, para indicar el grado de inmunodeficiencia de los participantes, pero no como medición de la adherencia, por lo que se decidió evaluar la adherencia al TAR con el SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire, Knobel et al., 2002) que clasifica en adherentes y no adherentes a personas con VIH que toman TAR. Además, se decidió realizar dos preguntas sobre la adherencia al TAR y dos sobre la satisfacción al TAR (debido a que el SMAQ no evalúa satisfacción al TAR) que evaluarán dichas variables en el último mes y en forma de porcentaje, estas preguntas constituyeron el instrumento *ad hoc* nombrado Cuestionario de Adherencia y Satisfacción del Tratamiento Antirretroviral (CASTA). Además, se incluyó un registro conductual para la toma de medicamento, con lo que se decidió también incluir un registro conductual para la depresión y ansiedad. Dichos registros se incluyeron en un carné pequeño y discreto que el participante podía portar sin problemas (ver anexo C).

Finalmente, otra recomendación del comité tutor fue la medición en cada sesión de la sintomatología afectiva, evitación experiencial, la fusión cognitiva, las actitudes disfuncionales (como medida rival), así como el trabajo de conductas orientadas hacia los valores personales en todas las sesiones del componente ACT.

5.5 Metáforas propuestas

Los recursos literarios realizados *ad hoc* para la intervención ACT fueron la *metáfora de las secretarias* y *metáforas de las nubes*. La metáfora de las secretarias es una adaptación de la metáfora *La pantalla del ordenador* de Hayes et al. (1999), que posteriormente Wilson y Luciano (2002) adaptan en la metáfora sobre *Las dos mujeres en su despacho*. En este trabajo el alumno de doctorado realizó, siguiendo esta línea histórica del recurso literario mencionado, una adaptación que dio origen a *La metáfora de las secretarias*, misma que se presenta en la hoja de trabajo titulada *Construyendo un contexto de cambio* en la Manual de Aplicación de la Intervención ACT-VIH (ver anexo D).

La metáfora de las nubes fue otra metáfora creada por el alumno de doctorado del presente trabajo y que fue inspirada en la frase de *Los sentimientos van y vienen como las nubes en un cielo ventoso. La respiración consciente es mi ancla*. Atribuida al monje Thich Nhat Hanh. *La metáfora de las nubes* se presenta en la hoja de trabajo titulada *Contacto con el momento presente* del Manual de Aplicación de la Intervención ACT-VIH (ver anexo D). Finalmente, con los ajustes antes mencionados fue posible la versión final de la intervención que fue evaluada en el presente trabajo y que se presenta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 6

Método: Evaluación de la Intervención ACT-VIH

Bety le dice a su antagonico, que es un diseñador con muy poca flexibilidad psicológica que a veces nos pasa *lo mismo que algunos arquitectos cuando les piden construir una casa, exigen que sea en un terreno de mil metros cuadrados, rodeado de naturaleza, con vista a las montañas, al mar, con millones de pesos para los acabados, pero si se les pide hacer una casa bella, en un barrio pobre, en pocos metros, se sienten incapaces de hacer algo artístico.*

Yo soy Bety, la fea (telenovela colombiana, 1999).

Yo creo que, a muchos investigadores, también nos pasa lo mismo.

6.1 Objetivos

El propósito de la presente investigación consistió en los siguientes objetivos.

6.1.1 Objetivos principales

- Evaluar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la sintomatología afectiva (ansiedad y depresión) de personas que viven con VIH.
- Evaluar *La metáfora del reloj de arena* como una estrategia psicoeducativa para promover y mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral.

6.1.2 Objetivos secundarios

- Proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y el tratamiento antirretroviral.
- Propiciar la adherencia requerida al tratamiento antirretroviral en participantes no adherentes.
- Prevenir la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en participantes adherentes.

6.2 Escenario Clínico

El escenario clínico donde se realizó el pilotaje presentado en el capítulo 5 y en el que se evaluó la intervención ACT-VIH fue La Casa de la Sal A.C. (LCDLS), que es una asociación civil mexicana sin fines de lucro, establecida el 9 de diciembre de 1986. El objetivo principal de LCDLS es brindar orientación y apoyo a niños, adolescentes y adultos que viven con VIH/SIDA y a sus familiares.

LCDLS cuenta con una Clínica Psicológica que ofrece servicios gratuitos de psicoterapia (individual, pareja y familiar), talleres psicoeducativos, escuela para padres, acompañamiento, asesoramiento e intervención en crisis de forma presencial o telefónica a personas que viven con VIH y sus familiares.

Los usuarios son referidos a la Clínica Psicológica de LCDLS desde clínicas del sector público o pueden venir por su propia decisión. El primer contacto de los usuarios es con el personal del *equipo filtro* de LCDLS, quien realiza una entrevista inicial con el objetivo de canalizar a los usuarios al servicio que requieran.

6.3 Participantes

6.3.1 Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres con diagnóstico confirmado de VIH, independientemente de la fecha en que fueron diagnosticados.
- Mayores de 18 años.
- En atención médica y en tratamiento antirretroviral.
- Presencia de sintomatología afectiva (depresión-ansiedad). Definido operacionalmente como una puntuación igual o superior a 10 puntos en la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria validada en la población mexicana con VIH (HADS-VIH) (Noguera et al., 2013) durante la línea de base.

- Aceptar participar mediante la firma del consentimiento informado.

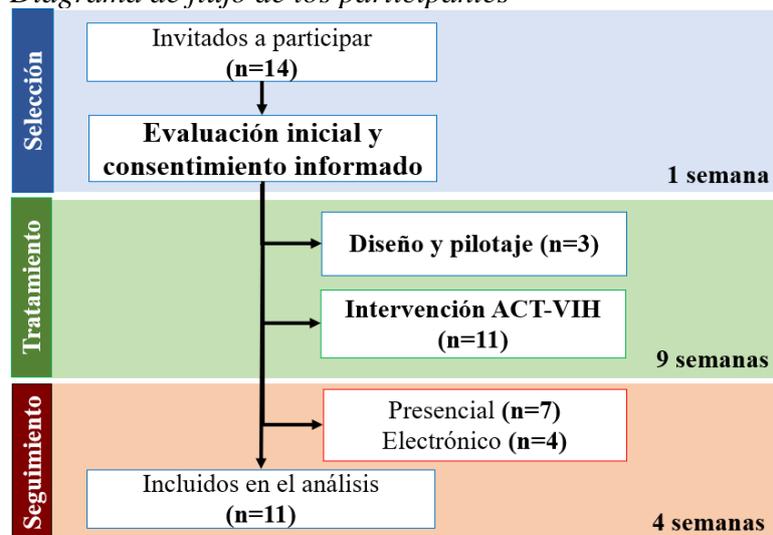
6.3.2 Criterios de exclusión

- Falta de la capacidad para leer y escribir.
- Incapacidad mental para responder cognitivamente durante el tratamiento.
- Usuarios de drogas inyectables o riesgo de consumo alto de sustancias según la Prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés, OMS, 2003).
- Que se encuentre en otro tratamiento psicológico, protocolo o grupo de apoyo.

6.3.3 Criterios de eliminación

- Ausencia de sintomatología afectiva en la última medición de la línea base definido como una puntuación igual o menor a 10 puntos en el HADS-VIH (Noguera et al., 2013).
- Participantes que no terminen la intervención o decidieran abandonar el estudio, sin que esto repercuta en su atención usual en los servicios que ofrece LCDLS.

En total se invitó a participar a 14 usuarios de LCDLS que cumplían los criterios de inclusión y todos aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado. Tres de ellos participaron en el pilotaje y ya fueron reportados en el capítulo 5. De los once que participaron en la evaluación de la intervención ACT-VIH, ninguno fue eliminado y todos concluyeron la intervención y el seguimiento a un mes (ver figura 6.1).

Figura 6.1*Diagrama de flujo de los participantes*

Nota. Participantes reclutados e incluidos en la intervención ACT-VIH.

El seguimiento a un mes podía ser presencial o electrónico. El seguimiento presencial consistió en una cita en la que se aplicaban los instrumentos de manera impresa. En el caso del seguimiento electrónico se enviaba un vínculo al correo electrónico de los participantes que los direccionaba a los instrumentos virtuales (formularios de Google), de los once participantes, cuatro eligieron el seguimiento virtual.

6.3.4 Datos sociodemográficos

A continuación, se presenta la descripción de los participantes en cuanto a sus datos sociodemográficos y clínicos al momento de realizar la evaluación inicial.

Los participantes fueron once hombres con una edad promedio de 34.9 años ($DE=8.3$, rango=26-52), la mayoría reportó ser hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (91%), en desempleo (64%), solteros (100%) de religión católica (55%), con escolaridad de nivel licenciatura (45%) y todos residentes de la Ciudad de México (100%) (ver tabla 6.1).

Tabla 6.1
Datos sociodemográficos

P	Edad	Sexo	Orientación Sexual	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Religión	Alcaldía de la CDMX
1	39	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Ninguna	Gustavo A. Madero
2	36	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Miguel Hidalgo
3	46	Hombre	Bisexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Venustiano Carranza
4	52	Hombre	Heterosexual	Desempleado	Medio superior	Soltero	Ninguna	Cuauhtémoc
5	32	Hombre	Homosexual	Empleado	Medio superior	Soltero	Ninguna	Azcapotzalco
6	37	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Cuauhtémoc
7	27	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Cuauhtémoc
8	26	Hombre	Homosexual	Empleado	Secundaria	Soltero	Católica	Gustavo A. Madero
9	33	Hombre	Homosexual	Empleado	Secundaria	Soltero	Ninguna	Gustavo A. Madero
10	28	Hombre	Homosexual	Empleado	Maestría	Soltero	Ninguna	Cuauhtémoc
11	28	Hombre	Homosexual	Desempleado	Medio superior	Soltero	Católica	Benito Juárez

P=Participante; CDMX=Ciudad de México.

6.3.5 Antecedentes de salud

En cuanto a los datos clínicos de los participantes al momento de la evaluación inicial, tres de ellos estaban en tratamiento psiquiátrico en relación con su sintomatología afectiva (27%) y el resto de los participantes (73%) no estaba en tratamiento psiquiátrico. Los once participantes reportaron que su vía de infección fue sexual. En cuanto al tiempo de diagnóstico en meses el promedio fue de 8.6 meses ($DE=47.8$; $rango=4-132$). Todos estaban en TAR y recibían su atención médica en la Clínica Especializada Condesa (CEC) (55%) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (45%) (ver tabla 6.2).

Tabla 6.2
Antecedentes de salud

P	Tratamiento Psiquiátrico		Vía de transmisión	Tiempo de diagnóstico (meses)	Lugar de atención médica	TAR
	Si	No				
1		✓	Sexual	11	CEC	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina
2		✓	Sexual	11	CEC	Ritonavir/Atazanavir/Abacabir
3		✓	Sexual	122	IMSS	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina
4	✓		Sexual	6	CEC	Abacabir/Darunavir/Ritonavir
5		✓	Sexual	9	IMSS	Lopinavir/Ritonavir/Tenofovir/Emtricitabina
6	✓		Sexual	4	IMSS	Atazanavir/Ritonavir/Tenofovir/Emtricitabina
7		✓	Sexual	13	IMSS	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina
8		✓	Sexual	4	IMSS	Abacavir/Lamivudina/Efavirenz
9	✓		Sexual	5	CEC	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina
10		✓	Sexual	35	CEC	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina
11		✓	Sexual	132	CEC	Lopinavir/Ritonavir/Raltegravir/Zidobudina

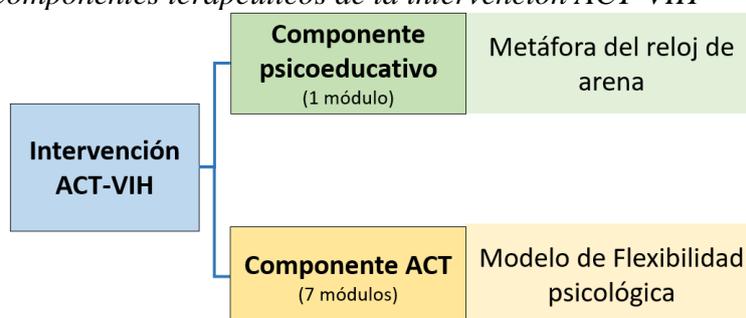
Nota. P=Participante; TAR=Tratamiento Antirretroviral; CEC=Clínica Especializada Condesa; IMSS=Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.4 Variable independiente: Intervención ACT-VIH

La intervención ACT-VIH es un tratamiento modular para ser aplicado de forma individual e integrado por dos componentes generales: 1) el componente psicoeducativo para promover la adherencia al TAR con un módulo de una duración de 30 minutos y, 2) el componente ACT para incrementar la flexibilidad psicológica con siete módulos, cada módulo con una duración de 60 minutos aproximadamente aplicados con una frecuencia semanal (ver figura 6.2 y el anexo D: Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH).

Figura 6.2

Componentes terapéuticos de la intervención ACT-VIH



Nota. TAR=Tratamiento antirretroviral; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso.

6.4.1 Componente psicoeducativo para la adherencia al TAR

Este componente se basó en el programa de psicoeducación para la adherencia al TAR propuesto y validado por Neria (2016). Dicho programa consiste en una sesión de 60 minutos, en la que se proporciona la información sobre la infección de VIH y el TAR a través de una presentación de diapositivas y después, se refuerza dicha información con *La metáfora del reloj de arena*, que es una estrategia didáctica que requiere del uso de un material, que es propiamente un reloj de arena.

En el presente trabajo el componente psicoeducativo para la adherencia al TAR (un módulo) se integró únicamente por el recurso didáctico de *La metáfora del reloj de arena* y una hoja de trabajo impresa que contenía la información proporcionada y que se

daba al participante después de la intervención. Lo anterior constituyó el módulo denominado: *La metáfora del reloj de arena*. El material didáctico utilizado se presenta en la figura 6.3 y la carta descriptiva de este módulo para su aplicación en el Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH (ver anexo D).

Figura 6.3
Reloj de arena utilizado en la psicoeducación



Nota. Fotografía de Neria, M. R.

El criterio de cambio de este módulo fue una puntuación mayor a 8 en el Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre VIH y el TAR (Neria, 2016) descrito más adelante.

6.4.2 Componente ACT

El segundo componente es el constituido por la Terapia de Aceptación y Compromiso (componente ACT con 7 módulos). El componente ACT se basó en los seis procesos básicos que constituyen el modelo de flexibilidad psicológica (defusión cognitiva, aceptación, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y compromiso). Estos seis procesos básicos se han agrupado en diadas, según lo sugerido por Hayes et al. (2014), que conforman tres estilos de respuestas: abierto (aceptación y

defusión cognitiva), centrado (momento presente y yo como contexto) y comprometido (valores y compromiso de acción). En el capítulo 3 se muestra en la figura 3.1 el modelo de flexibilidad psicológica dividido en los tres estilos de respuesta antes mencionados.

Cada módulo del componente ACT, estuvo integrado por tres subcomponentes que se describen en la tabla 6.3. Los siete módulos que integran el componente ACT se detallan en la tabla 6.4 y las cartas descriptivas para su aplicación se encuentran en el Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH (ver anexo D).

Tabla 6.3

Subcomponentes del componente ACT

Subcomponente	Descripción
Metafórico	- Epígrafe. Cada sesión comienza con un epígrafe, contenido en la hoja de trabajo, que está relacionado con el proceso ACT que enfatiza el módulo. - Metáfora. Cada sesión contiene una metáfora, contenida en la hoja de trabajo, que permite contextualizar el proceso enfatizado en el módulo.
Psicoeducativo	- Es la información contenida en la hoja de trabajo que proporciona los conceptos básicos del proceso enfatizados en el módulo.
Experiencial	- Son ejercicios realizados durante el módulo para desarrollar el proceso enfatizado en el módulo.

Nota: ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso.

Para la aplicación de cada módulo del componente ACT se utilizó una hoja de trabajo del mismo nombre de cada módulo. Cada hoja de trabajo contenía los tres subcomponentes del componente ACT y sirvió de guía para la aplicación del módulo. La hoja de trabajo era entregada al participante al terminar el módulo (ver hojas de trabajo en anexo D). El criterio de cambio de cada módulo del componente ACT fue que el participante pudiera realizar el subcomponente experiencial integrado por ejercicios que requieren la comprensión del subcomponente metafórico y psicoeducativo.

6.4.3 Integridad del tratamiento

Con el objetivo de proporcionar integridad a la intervención ACT-VIH se implementaron dos estrategias. La primera fue el desarrollo de una carta descriptiva por sesión, en la que se indica detalladamente las actividades realizadas por el terapeuta y el participante durante la sesión, así como los recursos terapéuticos y los instrumentos de evaluación que el terapeuta debía aplicar al participante al finalizar la sesión.

La segunda estrategia fue el desarrollo de una hoja de trabajo por sesión. Las hojas de trabajo son guías que sirven al terapeuta y al participante para cumplir los objetivos de cada sesión. Al inicio de la sesión el terapeuta proporcionaba la hoja de trabajo al participante, asimismo el terapeuta tenía su propia hoja de trabajo que le servía de guía para dirigir la sesión. Además, las hojas de trabajo cumplían la función de material didáctico, que los participantes conservaban con el fin de que pudieran reforzar lo trabajado después de la sesión. Las cartas descriptivas y las hojas de trabajo constituyen el *Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH* que se encuentra en el anexo D de este documento.

Tabla 6.4

Descripción general del componente ACT

S	Módulo y Hoja de trabajo	Objetivo	Componentes			Proceso enfatizado
			Metafórico	Psicoeducativo	Experiencial	
1	Lo realmente valioso para mí.	- Favorecer un sentimiento creativo de desesperanza. - Clarificar los valores personales del participante y vincularlos con acciones.	- Metáfora del hombre en el hoyo. - Epígrafe. - Metáfora del soldado.	Conceptos: - Decisión - Elección - Objetivos - Valores	Ejercicio: - Tiro al blanco.	Valores
1	Construyendo un contexto de cambio.	- Favorecer el abandono de las estrategias utilizadas por el participante para solucionar sus problemas cuando su experiencia indique que no están dando resultado.	- Epígrafe: - Metáfora de las secretarías.	Conceptos: - Dolor limpio - Dolor sucio - Sufrimiento - Evitación experiencial	Ejercicios - Tu inventario de sufrimiento. - El dolor ha desaparecido, ¿y ahora qué? - Tiro al blanco.	Aceptación y Defusión
1	Los pensamientos son sólo pensamientos.	- Desliteralizar o debilitar en el participante el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas cognitivas literales o evaluativas.	- Epígrafe. - Metáfora: Somos peces nadando en nuestros pensamientos.	Conceptos: - Fusión cognitiva - Defusión cognitiva - Evaluaciones - Descripciones	Ejercicios: - Jeep Amarillo. - Descripciones y evaluaciones. - Agradecer a la mente. - Tiro al blanco.	Defusión
1	Contacto con el momento presente.	- Desarrollar en el participante la habilidad de situarse en el momento presente, de manera intencional y sin hacer juicios.	- Epígrafe. - Metáfora de las nubes.	Conceptos: - Momento Presente - Modo atardecer - Modo solución de problemas	Ejercicios: - Mirando las nubes. - Tiro al blanco.	Momento Presente
1	Si no soy mis pensamientos, ni mis emociones... entonces ¿quién soy?	- Desarrollar en el participante una perspectiva de observador de sus vivencias internas sin actitud de juicio.	- Epígrafe. - Metáfora del tablero de ajedrez.	Conceptos: - Yo como concepto - Yo como contexto	Ejercicios: - Argumento vital. - Tiro al blanco.	Yo como contexto
1	Estar dispuesto a vivir una vida significativa.	- Favorecer en el participante el estar dispuesto a hacer espacio a sus eventos privados sin evitarlos, con una actitud de auténtica curiosidad y sin hacer juicios.	- Epígrafe. - Metáfora de paco el vagabundo. - Metáfora de Estar dispuesto es como dar un salto.	Conceptos: - Aceptación - Estar dispuesto	Ejercicios: - La persona que elijo ser. - Tito al blanco.	Aceptación
1	Mi compromiso con la vida.	- Favorecer el compromiso del participante para vincular sus valores personales con sus acciones diarias.	- Epígrafe. - Metáfora de esquiar.	Conceptos: - Compromiso - Flexibilidad psicológica	Ejercicios: - Plan de acciones valiosas para mí vida. - Tu epitafio. - Tiro al blanco.	Compromiso

Nota: S=Número de sesiones; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso.

6.5 Variables dependientes y su medición

6.5.1 Consumo de sustancias

Definida como el nivel riesgo de consumo de drogas y operacionalizada con la *Prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias*. Su nombre original en inglés es Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST, en lo subsecuente) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003). El ASSIST versión 3.0 evalúa el consumo de sustancias y proporciona un resultado de riesgo bajo, moderado y alto para el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y otros (ver tabla 6.5). Además, también pregunta sobre si alguna vez se ha consumido alguna droga por vía inyectada.

En el rubro de *otros* para esta investigación se indagó el uso de *poppers* debido a que su uso es común entre la comunidad de hombres que tienen sexo con otros hombres. Los poppers son drogas inhalantes usualmente de nitrito de amilo y no están necesariamente asociados con el sexo, sino más bien con el deseo de una *fiebre* inmediata o sensación de relajación intensa, mareos, euforia, elevación del estado de ánimo e intoxicación (ver anexo C: Instrumentos de medición).

Tabla 6.5
Niveles de riesgo según el ASSIST^a

Sustancia	Nivel de riesgo		
	Bajo	Moderado	Alto
Tabaco	0-3	4-26	27 o más
Bebidas alcohólicas	0-10	11-26	27 o más
Cannabis	0-3	4-26	27 o más
Cocaína	0-3	4-26	27 o más
Anfetaminas tipo estimulantes	0-3	4-26	27 o más
Inhalantes	0-3	4-26	27 o más
Sedantes/pastillas para dormir	0-3	4-26	27 o más
Alucinógenos	0-3	4-26	27 o más
Opioides	0-3	4-26	27 o más
Otros (Poppers)	0-3	4-26	27 o más

P=Participantes

^a Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

6.5.2 Sintomatología afectiva

Definida como presencia de síntomas de depresión y ansiedad y operacionalizada con la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión validada en pacientes mexicanos con VIH (HADS-VIH)* por Nogueta et al., (2013). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) fue creada por Zigmund y Snaith (1983) con 14 ítems y adaptada en población mexicana con infección por VIH por Nogueta et al., (2013) con una reducción a 13 ítems. El reactivo eliminado fue el seis de la subescala original de depresión. El HADS-HIV mide el distrés entendido como síntomas de ansiedad y depresión en dos subescalas: ansiedad (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) y depresión (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12). El puntaje máximo es 39 y el mínimo es cero. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será la sintomatología afectiva (depresión-ansiedad). El HADS-VIH diagnóstica el nivel de la sintomatología afectiva según el resultado de su aplicación en ausencia de distrés (0-9 puntos), presencia de distrés leve (10-19 puntos), distrés moderado (20-29 puntos) y distrés grave (30-39).

La validez se estableció con un análisis de componentes rotados que indicó un factor principal (once reactivos) que explicaba el 54.65% de la varianza y un indicador (dos reactivos). Este resultado no coincidió con lo encontrado en la versión original que reportó dos factores (Zigmund & Snaith, 1983), sobre lo que Nogueta et al. (2013) argumentan que en la literatura los diagnósticos sobre ansiedad y depresión están interrelacionados, por lo que conservaron las dos escalas de la versión original, aunque eliminaron un reactivo de la escala de depresión por tener una carga factorial similar en el factor principal y el indicador. La correlación entre las subescalas de ansiedad y depresión fue de 0.77 ($p \leq 0.001$). La correlación entre la escala total y la subescala de ansiedad fue de 0.92 ($p \leq 0.001$) y entre la escala total y la subescala de depresión fue de 0.93 ($p \leq 0.001$).

La fiabilidad se obtuvo con el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach para la escala total de 0.90. El alfa de Cronbach para la subescala de ansiedad fue de 0.78 y para la subescala de depresión de 0.85.

El HADS-HIV evalúa los síntomas cognitivos y de comportamiento y no los síntomas somáticos de ansiedad y depresión, tales como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Esto se debe a que en su versión original fue diseñada para pacientes ambulatorios, pacientes no psiquiátricos y se omitieron los síntomas somáticos para evitar confusiones cuando los pacientes padecían una enfermedad médica (Zigmond & Snaith, 1983) (ver anexo C: Instrumentos de medición).

Además del HADS-VIH, se utilizó un *Registro conductual para la sintomatología afectiva*. El registro conductual consistió en un carné en la que los participantes evaluaban todos los días el grado de depresión y ansiedad presentada mediante una escala análoga visual del cero al 10, donde cero significaba ausencia del síntoma y 10 el grado más alto del síntoma (ver anexo C: Instrumentos de medición).

Para el registro conductual se definió depresión y ansiedad con base en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés, 2013) y el registro conductual que Caballero (2015) utilizó en un estudio que evaluó también ansiedad y depresión en personas con VIH.

La depresión se definió como una respuesta de dolor emocional debido a la pérdida de algo valioso (objeto, persona, situación o fracaso). Puede incluir ganas de llorar, llanto, desinterés, cansancio, irritabilidad, alteraciones del sueño, apetito, concentración y descuido del aspecto personal y aseo.

La ansiedad se definió como una respuesta emocional anticipada de miedo excesivo ante una amenaza inminente cercana o futura, que a veces es difícil de asociar a

una causa concreta. Puede incluir tensión muscular, inquietud, temblores, nerviosismo, latidos acelerados del corazón, sudoración en las manos y respiración agitada.

6.5.3 Conocimientos sobre la infección por VIH y el TAR

Definida como los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y el TAR. Esta variable se operacionalizó con el *Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre VIH y el TAR* (CCB-VIH-TAR) creado y evaluado por Neria (2016). EL CCB-VIH-TAR fue validado en población mexicana con VIH para evaluar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH en las siguientes áreas: infección por VIH (ítems 1 y 2), tratamiento antirretroviral (3, 4, 5), adherencia (ítem 6), reinfección (ítem 7) y alimentos que interfieren con el funcionamiento del tratamiento antirretroviral (ítems 8, 9 y 10). El CCB-VIH presenta para cada pregunta cinco posibles respuestas entre las cuales tres son distractores, una es la respuesta correcta y una opción de No sé. Cada pregunta vale un punto y la puntuación máxima es de 10 puntos y la mínima cero. A mayor puntuación mayores conocimientos sobre la infección por VIH y el TAR. El CCB-VIH-TAR fue validado por el método de juicio de expertos que reportó un índice de correlación intraclassa igual a 0.86. (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.4 Adherencia al TAR

Definida como “la capacidad de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (Knobel et al., 2004, p. 222) y se operacionalizó con el *Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación* (SMAQ por sus siglas en inglés) creado y validado por Knobel et al. (2002) en población española que vive con VIH para la medida de adherencia al TAR. El SMAQ consta de siete preguntas que clasifican a las personas con VIH como adherentes o no

adherentes. El SMAQ reportó una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.75 y confiabilidad al ser administrado el mismo día por un médico y una enfermera con acuerdo general entre observadores de 88.2% en 1,376 pacientes españoles con VIH y en TAR (ver anexo C: Instrumentos de medición).

Además del SMAQ se utilizó un *Registro conductual para la toma de medicamento*. En el registro conductual definió la toma del medicamento como la conducta de ingerir el TAR a la hora indicada por el médico cada día, durante todo el tiempo que duró la intervención ACT-VIH. (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.5 Satisfacción al TAR

Definida como el grado de satisfacción percibida por una persona con VIH que toma TAR y se operacionalizó el *Cuestionario de Adherencia y Satisfacción con el Tratamiento Antirretroviral (CASTA)* diseñado *ad hoc* para esta investigación. El CASTA se compone de cuatro preguntas, dos para estimar la adherencia en porcentaje y dos preguntas sobre la satisfacción al TAR, la primera pregunta de éstas dos últimas, permite estimar la satisfacción al TAR en porcentaje (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.6 Marcadores biológicos

Definidos como el resultado de los estudios de laboratorio de carga viral y conteo de CD4 reportados por los participantes. Como ya se ha mencionado los resultados de laboratorio se consideraron como indicadores del éxito del TAR y permitieron conocer el estado inmunológico de los participantes. La medición pre fueron los últimos resultados de laboratorio, reportados por los participantes, previos a la intervención ACT-VIH, y la medición post, fueron los siguientes resultados, reportados por los participantes, después

de la intervención. Los estudios de laboratorio son realizados en promedio, según el lugar donde reciben los participantes su atención médica, cada seis meses.

6.5.7 Flexibilidad psicológica percibida

Definida como el grado en que una persona considera que sus conductas se ajustan a los seis procesos que integra el modelo de flexibilidad psicológica propuesto por la ACT (Hayes et al., 2014). La flexibilidad psicológica percibida se operacionalizó con el *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT* que se diseñó *ad hoc* para la presente investigación. El ejercicio de autoevaluación de habilidades ACT se basa en Hayes et al., (2014) y fue diseñado y evaluado durante el pilotaje. Este ejercicio le pide al participante que evalúe por sí mismo cada uno de los seis procesos ACT en una escala en la que, cero significa que no tiene dicha habilidad (proceso de ACT) y diez, que domina la habilidad descrita y la han practicado durante la última semana (ver anexo C: Instrumentos de medición).

La aplicación de este ejercicio permite obtener una puntuación por proceso ACT y una evaluación global que va de cero a 60 puntos, donde a mayor puntuación mayor flexibilidad psicológica percibida por el participante y viceversa. Es importante mencionar que este ejercicio no es una prueba psicométrica estandarizada, sino un ejercicio que sirve de apoyo a la formulación clínica del caso desde la ACT y que deber aplicado por un terapeuta entrenado en ACT.

6.5.8 Evitación experiencial

Definida como el no estar dispuesto “a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intentar alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona” (Hayes et al., 1996, p. 1154). La evitación experiencial se

operacionalizó con el *Cuestionario de Acción y Aceptación II validado en población mexicana* por Patrón (2010). El cuestionario de aceptación y acción (AAQ, por sus siglas en inglés) fue creado por Hayes et al. (2004) y evaluado para una segunda versión (AAQ II) por Bond et al. (2011). Patrón (2010) adaptó el AAQ II al español mexicano en población yucateca, en lo subsecuente AAQ II-M y que es la versión utilizada en el presente estudio.

El AAQ II-M mide el grado de evitación experiencial y se compone de 10 reactivos tipo Likert con siete posibilidades de respuesta que van desde *completamente falso* a *completamente verdadero*. El puntaje máximo es 70 y el mínimo es 10. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será la evitación experiencial.

La validez de constructo del AAQ II-M se estableció con un análisis factorial que indicó que está compuesto de un solo factor que explica el 51.2% de la varianza. La validez concurrente se realizó con una correlación de Pearson entre los resultados de AAQ II-M y el Inventario de ansiedad de Beck que fue positivo y moderado (0,68). La validez predictiva se obtuvo a través de un análisis de las diferencias de medias entre el grupo no clínico y los grupos clínicos con diagnóstico psicótico, estado de ánimo y ansiedad. La prueba de Scheffé *post hoc* ($\alpha = 0.5$) informó diferencias estadísticamente significativas entre el grupo no clínico y los grupos clínicos. La fiabilidad del AAQ II-M se obtuvo mediante el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,89, muy similar al de la versión en inglés (0,85) (Bond et al. (2011) (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.9 Fusión Cognitiva

Definida como la dominación de lo verbal sobre la regulación del comportamiento (Hayes et al., 2014) y se operacionalizó con el *Cuestionario de Fusión Cognitiva versión en español* de Romero-Moreno et al. (2014). El Cuestionario de Fusión Cognitiva fue desarrollado originalmente por Gillanders et al. (2014) y traducido a la versión en español por Romero-Moreno et al. (2014) en la población española, específicamente en cuidadores primarios de pacientes con demencia. Sin embargo, Romero-Moreno et al. (2014) sugiere que el CFC-E (como se nombrara en los subsecuente) es un buen instrumento para las personas de habla hispana en general, por lo que es el instrumento utilizado en este trabajo. El CFC-E consta de siete reactivos tipo Likert con siete posibilidades de respuesta que van de *nunca* a *siempre*. El puntaje máximo es 49 y el mínimo es 7. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será la fusión cognitiva.

La validez de constructo se realizó con un análisis factorial confirmatorio que mostró un solo factor. La validez de criterio se realizó entre el CFC-E y los siguientes instrumentos que informaron correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Escala de Respuestas Rumiativas (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) en su versión en español de Márquez-González et al. (2008) que mide la rumiación, reportando una correlación positiva (0.63). Cuestionario de Aceptación y Acción (Hayes et al., 2004) en su versión en español de Barraca (2004) que mide la evitación experimental con una correlación positiva (0,67). Escala de Depresión de Radloff (1977), en su versión en español de Losada et al. (2012) que mide depresión informando una correlación positiva (0,43). La subescala del Perfil de Tensión-Ansiedad de estados de ánimo (McNair et al., 1971), en su versión en español de Moltó et al. (1999) para medir la ansiedad informando una correlación positiva (0,53). El Cuestionario de Culpabilidad del Cuidador (Losada et al., 2010) informan una correlación positiva (0,43). Lista Revisada de Problemas de

Memoria y Comportamientos (Teri et al., 1992), versión en español de Losada et al. (2008) con una correlación positiva (0.22) y la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), versión en español de Pons et al. (2002) con una correlación negativa (-0.38). El índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), versión en español de Baztán et al. (1993), que mide la capacidad funcional, con una correlación no significativa (-0,4).

La fiabilidad del CFC-E se obtuvo mediante el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,87 (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.10 Atención Plena

Definida como la acción de prestar atención de manera intencional al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990), y fue definida operacionalmente con la *Escala de Conciencia de Atención Consciente* validada en población mexicana por López-Maya et al. (2015). La Escala de Conciencia de Atención Consciente (MAAS por sus siglas en inglés de Mindful Attention Awareness Scale) fue propuesta originalmente por Brown y Ryan (2003). La MAAS se ha adaptado al español por diversos autores. Araya-Vargas et al. (2009) adaptó el MAAS en español en Costa Rica, Soler et al. (2012) en España y Johnson et al. (2013) en Estados Unidos para participantes bilingües de habla hispana. En la presente investigación se utilizó la adaptación de López-Maya et al. (2015) validada en español mexicano. La Escala de atención plena versión mexicana (MAAS-M, como se denominará en lo subsecuente) consta de 15 reactivos que miden el constructo atención plena en una escala Likert con seis respuestas posibles que van de *casi siempre* a *casi nunca*. La puntuación mínima es 15 y la máxima 90. A mayor puntuación mayor atención plena.

La validez se obtuvo con un análisis factorial que mostró un buen ajuste con el modelo de un factor. Los resultados del análisis factorial confirmatorio sugieren la

estructura de un solo factor fue la más adecuada para la MAAS-M. La validez concurrente de la MAAS-M mostró correlaciones significativas con el Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas (FFMQ, Baer, et al., 2006) en cuanto a su puntaje total ($0.452, p < 0.05$) y en 3 de 5 subescalas del FFMQ que fueron las subescalas de describir ($r=0.357, p < 0.05$), actuar con conciencia ($r=0.561, p < 0.05$) y no juzgar ($r=0.340, p < 0.05$). Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas con las subescalas de observar ($r=0.003$) y no reactividad ($r=-0.070$), lo que se puede deber según López-Maya et al. (2015) a que el MAAS se centra más es un componente atencional de la atención plena y no tanto en el componente actitudinal de la atención plena. La fiabilidad se obtuvo por el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach de .89. El valor del coeficiente de confiabilidad de la mitad dividida de Guttman fue de .86, lo que significa que, si la escala se divide por la mitad, ambas partes tendrían la misma varianza (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.11 Valores personales

Definidos como elecciones “de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo que determinan los reforzadores principales de tal actividad y que son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa” (Wilson & DuFrene, 2009, p.66). Así, los valores personales se entendieron para esta investigación como elecciones intrínsecas que guían los patrones de comportamiento de una persona y se operacionalizó con la encuesta de valores (Bull's-Eye Values Survey [BEVS] por su nombre original en inglés) de Lundgren et al. (2012), que es un ejercicio que pide a las personas que identifiquen sus valores personales, identifiquen sus barreras y desarrollen un plan de acciones congruente con dichos valores personales.

Las áreas evaluadas por la BEVS en la primera parte del instrumento son cuatro (Trabajo/educación, Ocio, Relaciones personales y Crecimiento/salud personal) a través

de un gráfico de una diana compuesta por siete círculos dividida en cuatro áreas. Cada área tiene una puntuación de uno a siete, por lo que la puntuación mínima es cuatro y la máxima 28. A mayor puntuación mayor discrepancia o distancia con los valores personales. Las barreras identificadas en cada área se median en general con una escala del uno al siete donde uno era que las barreras identificadas no impedían en absoluto la realización de los valores personales y siete, que implicaba que las barreras identificadas impedían totalmente su realización. Finalmente, el instrumento pide la realización de un plan de acciones valiosas.

El BEVS fue validado en estudiantes universitarios suecos, al encontrar que las subescalas BEVS y la puntuación total parecen medir una dimensión independiente del funcionamiento psicológico que se correlaciona negativamente con la depresión, la ansiedad y el estrés, y se correlaciona positivamente con una medida de flexibilidad psicológica (ver tabla 6.6).

Table 6.6

Correlaciones entre el BEVS y otras mediciones (N=147)

Bull's-Eye Domains	DASS-t	DASS-d	DASS-a	DASS-s	AAQ-II	SWLS
Relaciones personales	-.16*	-.16*	-.09	-.15	.26**	.46***
Trabajo/Educación	-.20*	-.23**	-.13	-.17*	.14	.27**
Ocio	-.19*	-.18*	-.15	-.16*	.23**	.28**
Crecimiento personal/salud	-.28**	-.17*	-.28**	-.26**	.22**	.39***
Logro de valores personales	-.24**	-.23**	-.17*	-.20*	.26**	.47***
Barreras identificadas	.30***	.20*	.25**	.30***	-.31***	-.38***

Nota: Tabla tomada con Lundgren et al., 2012. DASS-t=Total score of Depression Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995), DASS-d = Depression scale, DASS-a = Anxiety scale, DASS-s = Stress scale, AAQ-II=Acceptance and Action Questioner (Hayes et al., 2004), SWLS=Subjective Well Being Life Scale (Diener et al., 1985).

* p< .05, ** p< .01 *** p< .001.

Lundgren et al. (2012) informaron que se realizó un análisis factorial exploratorio en un esfuerzo para determinar la relación entre las diversas medidas examinadas en su estudio. Para ello, realizaron un análisis de componentes principales, para la extracción de factores, con una rotación varimax (ortogonal). Es decir, incluyeron en una matriz de análisis las cinco puntuaciones del BEVS (Trabajo/educación, Ocio, Relaciones

personales, crecimiento/salud personal y barreras identificadas) y las puntuaciones de las escalas que utilizaron para evaluar depresión, ansiedad, estrés, flexibilidad psicológica y bienestar subjetivo.

El resultado fue que las variables incluidas en el análisis de componentes principales se agruparon en dos factores que explicaron colectivamente el 52% de la varianza. El primer factor parece reflejar una dimensión de angustia psicológica caracterizada por puntuaciones altas en las variables depresión, ansiedad, estrés, baja flexibilidad psicológica y bajo bienestar subjetivo. El segundo factor parece reflejar una dimensión de satisfacción con la vida caracterizada por una asociación positiva entre las variables evaluadas por el BEVS y el bienestar subjetivo.

El hecho de que bienestar subjetivo tenga correlaciones en los dos factores llevó a Lundgren et al. (2012) a reportar que los componentes eran casi ortogonales. No obstante, lo encontrado apoya la hipótesis de que el BEVS mide algo distinto a lo evaluado por las otras medidas en el estudio. De particular interés es que la flexibilidad psicológica cargó en un factor diferente al de las escalas del BEVS (ver tabla 6.7).

Tabla 6.7

Análisis de componentes principales para todas las variables estudiadas

Variab les	Factor 1	Factor 2
Trabajo/educación	.12	-.51
Ocio	.07	-.70
Relaciones personales	.10	-.66
Crecimiento/salud personal	.24	-.54
Barreras	-.28	.57
Depresión	.76	.01
Ansiedad	.79	.04
Estrés	.86	.09
Flexibilidad psicológica	.73	.21
Bienestar subjetivo	-.61	-.52
Valor Eigen	2.93	2.25
Varianza expresada en porcentaje	29%	23%

Nota. Adaptado de Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>

La fiabilidad se obtuvo mediante el método test-retest y las mediciones se realizaron en tres veces. Los resultados informados fueron correlaciones significativas ($p < .001$). Los valores de BEVS totales alcanzan puntajes entre los tiempos 1 y 2 con $r = .85$, entre los tiempos 1 y 3, con $r = .70$ y entre los tiempos 2 y 3 con $r = .71$. La puntuación de persistencia con barreras fue significativa entre los tiempos 1 y 2 con $r = .89$; entre los tiempos 1 y 3, con $r = .90$; y entre los tiempos 2 y 3 con $r = .71$.

El presente trabajo utilizó una versión en español diseñada *ad hoc* del Bull's-Eye Values Survey con el nombre de *Ejercicio del Tiro al Blanco* durante el diseño y pilotaje de la intervención ACT-VIH que se detalló en el capítulo 5 (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.5.12 Satisfacción con la vida

Definida como el grado en que una persona evalúa de manera global su calidad de vida de manera positiva (Diener et al., 1985) y se operacionalizó con la *Escala de satisfacción con la vida versión mexicana* de Padrós et al. (2015). La escala de satisfacción la vida fue originalmente creada por Diener et al. (1985), traducida al español por Atienza et al. (2000) y validada en población de Michoacán (México) por Padrós et al. (2015). La Escala de Satisfacción con la Vida versión mexicana (ESCV-M en los subsecuente) consta de cinco ítems de tipo Likert con cinco respuestas que van de *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*. Puntuación máxima 25 y mínima 5. A mayor puntuación mayor satisfacción con la vida.

La validez de constructo se obtuvo mediante un análisis factorial confirmatorio que determinó un solo factor. La validez convergente se obtuvo con las correcciones entre la ESCV-M y la Escala de Evaluación Afectiva-Cognitiva de la Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo (Anguas, 1997) que reportó correlaciones

significativas. Correlación negativa para afecto negativo ($r=-0.255$), correlación positiva para el afecto positivo ($r=0.367$) y una correlación negativa ($r=-0.324$) entre el ESCV-M y la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al. 1998).

La fiabilidad se obtuvo por el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.832 y por el método test-retest en un período de dos meses con $r=0.575$ ($N=335$, $p < .001$) (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.6.13 Actitudes disfuncionales

Definidas como esquemas de vulnerabilidad cognitiva que contribuyen a la depresión de acuerdo con el modelo de la terapia cognitiva (Weissman & Beck, 1978) y se operacionalizó con la *Escala Revisada de Actitudes Disfuncionales en español* de Ruiz et al. (2016). La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) fue propuesta originalmente por Weissman y Beck (1978) con 40 ítems. Sanz y Vázquez (1993;1994) lo tradujeron al español y De Graaf et al., (2009) lo redujeron a 17 ítems. Ruiz et al. (2015) llevaron a cabo la validación del DAS de 17 ítems en la población española. Posteriormente, Ruiz et al. (2016) aplicaron la versión en español del DAS sin hacer cambios en la población colombiana. Ruiz et al. (2016) informaron que los participantes (estudiantes universitarios colombianos) no tuvieron problemas para responder la versión en español del DAS-R en un piloto anterior que hicieron, por lo que la validación en la población colombiana se realizó sin realizar modificaciones en el instrumento de la versión en español. La versión de Ruiz et al. (2016), en lo subsecuente DAS-R, se utiliza en el presente trabajo por ser la más cercana a nuestra cultura y que los participantes del piloto no tuvieron problemas en comprenderla. El DAS-R consta de 17 ítems que miden la actitud disfuncional en una escala Likert con siete respuestas que van de *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*. Puntuación máxima 119 y puntuación mínima 17. A mayor puntuación mayores actitudes disfuncionales.

La validez de constructo del DAS-R (Ruiz et al., 2016) se realizó con un análisis factorial confirmatorio, para lo cual, se propusieron tres modelos con el objetivo de evaluar el mejor ajuste. Estos modelos fueron: 1) un modelo de un factor, 2) un modelo de dos factores correlacionados y, 3) un modelo de dos factores con un factor de segundo orden. El tercer modelo fue el que presentó el mejor ajuste indicando que los esquemas disfuncionales generales (factor de segundo orden) puede explicarse a través de dos factores correlacionados de primer orden que fueron: 1) perfeccionismo y 2) evaluación del desempeño y dependencia.

En cuanto a la validez concurrente el DAS-R mostró las siguientes correlaciones significativas. El DAS-R mostró correlaciones positivas con depresión (.42), ansiedad (.34) y estrés (.31) según la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Daza et al., 2002). El DAS-R y el Cuestionario General de Salud-12 (Rocha et al., 2011) mostraron una correlación positiva (.31). El DAS-R y el Cuestionario de Pensamientos Automaticos-8 (Cano-García & Rodríguez-Franco, 2002) mostraron una correlación positiva (.43). El DAS-R y el Cuestionario de Aceptación y Acción II (Ruiz et al., 2013) mostraron una correlación positiva (.42). DAS-R y la Encuesta de Satisfacción con la vida (Atienza et al., 2000) mostraron una correlación negativa (-.26). La fiabilidad se obtuvo por el método de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.91. Con respecto a los factores DAS-R, la evaluación del perfeccionismo/rendimiento mostró un alfa de .87, mientras que el alfa de dependencia fue de .81 (ver anexo C: Instrumentos de medición).

6.6 Diseño de investigación

Esta investigación utilizó un diseño de comparación intra-sujeto ($n=1$), con 10 réplicas, es decir, con un total de 11 participantes. Las mediciones de las variables dependientes se realizaron algunas de manera preexperimental (pre-post y seguimiento) y otras con un diseño experimental de caso único (AB y seguimiento) con tres puntos de

línea base (Kazdin, 2001; 2011). El momento de las mediciones dependió de la manera en que los componentes de la intervención ACT-VIH fueron evaluados.

En cuanto al componente psicoeducativo para la adherencia al TAR las mediciones se realizaron como indica la tabla 6.8. Los conocimientos sobre el VIH y el TAR se evaluaron de forma pre y post al componente psicoeducativo y a 8 y 12 semanas de dicho componente. La adherencia y satisfacción al TAR se evaluaron antes del componente psicoeducativo y a 8 y 12 semanas de dicho componente. La toma de medicamento se evaluó durante las 10 semanas en que se aplicó la intervención ACT y a cuatro semanas de seguimiento.

Tabla 6.8
Mediciones del componente psicoeducativo

		Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
INTERVENCIÓN ACT-VIH																
Variable	Instrumento	EI	Psicoeducación		Componente ACT								EF			
			Pre	Post									S1	S2		
Conocimientos sobre VIH-TAR	CCB-VIH-TAR		✓	✓									✓			✓
Adherencia al TAR	SMAQ CASTA		✓										✓			✓
Satisfacción al TAR	CASTA		✓										✓			✓
Toma de medicamento	Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓

Nota. EI=Evaluación inicial; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso; EF=Evaluación final; S1=Seguimiento a 8 semanas del componente psicoeducativo; S2=Seguimiento a las 12 semanas del componente psicoeducativo; TAR=Tratamiento antirretroviral; CCB-VIH-TAR=Cuestionario de Conocimiento básico sobre VIH y TAR; SMAQ=Cuestionario simplificado de adherencia al medicamento; CASTA=Cuestionario de adherencia y satisfacción al TAR.

En cuanto al componente ACT las mediciones realizadas de forma pre-post y con seguimiento a un mes de este componente fueron la flexibilidad psicológica percibida, la atención plena y la satisfacción con la vida (ver tabla 6.9). Los valores personales se evaluaron durante todo el componente ACT con seguimiento a un mes. Sin embargo, sólo se realizó una medición de línea base. Sobre el consumo de sustancias esta variable se evaluó de forma pre y post, pero sin seguimiento a un mes.

Tabla 6.9
Mediciones pre-post del componente ACT

		Semanas													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
INTERVENCIÓN ACT-VIH															
Variable	Instrumento	EI		Componente ACT								EF			
		Pre	CP	LB1	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7/Post	S			
Flexibilidad psicológica percibida	EAH-ACT		✓												✓
Atención plena	MAAS	✓													✓
Satisfacción con la vida	ESCV	✓													✓
Valores personales	Ejercicio del tiro al blanco			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Consumo de sustancias	ASSIST	✓													✓

Nota. EI=Evaluación inicial; CP=Componente psicoeducativo; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso; EF=Evaluación final; EAH-ACT=Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT; MAAS=Escala de conciencia de atención consciente; ESCV=Escala de satisfacción con la vida; ASSIST=Prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias.

Las variables con un diseño AB para evaluar el componente ACT fueron la sintomatología afectiva, la depresión y ansiedad evaluadas con el registro conductual, la evitación experiencial, la fusión cognitiva y las actitudes disfuncionales. De todas estas variables se realizó seguimiento a un mes (ver tabla 6.10).

Tabla 6.10
Mediciones AB del componente ACT

		Semanas													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
INTERVENCIÓN ACT-VIH															
Variable	Instrumento	EI		Componente ACT								EF			
		LB1	CP	LB1	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S1			
Sintomatología afectiva	HADS-VIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Depresión	Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Ansiedad	Registro conductual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Evitación experiencial	AAQ-IIM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Fusión cognitiva	CFC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Actitudes disfuncionales	DAS-R	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓

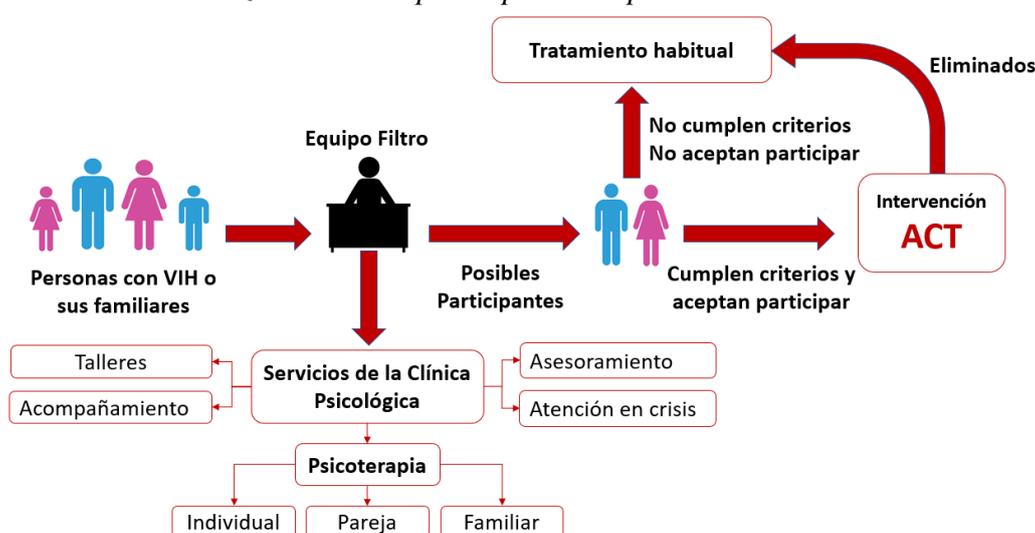
Nota. EI=Evaluación inicial; CP=Componente psicoeducativo; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso; EF=Evaluación final; LB=Línea base; S=Sesión en que se evalúa el componente ACT; S1=Seguimiento al mes del componente ACT; HADS-VIH=Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión validada en personas con VIH; AAQ-IIM=Cuestionario de Aceptación y Acción II validado en población mexicana; CFC=Cuestionario de Fusión Cognitiva versión en español; DAS-R=Escala Revisada de Actitudes Disfuncionales.

6.7 Procedimiento

Se invitó a participar a los usuarios de LCDLS (La Casa de la Sal A. C.) que cumplieran con los criterios de inclusión. El periodo de recolección de datos fue de septiembre de 2017 a mayo de 2019. Los usuarios de la LCDLS invitados a participar fueron canalizados por el *equipo filtro* de LCDLS como lo indica la figura 6.4.

Figura 6.4

Proceso de canalización de los participantes al protocolo ACT



Nota. Imagen elaborada por Neria, M. R. ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso.

Los posibles participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión continuaron su atención usual en la LCDLS. Los usuarios de LCDLS que cumplieron los criterios aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado, documento que fue revisado y aprobado por LCDLS (ver anexo A: Consentimiento informado).

En caso de que un participante cumpliera algún criterio de eliminación, éste continuaría recibiendo el tratamiento adecuado a sus necesidades y tendría acceso a todos los servicios de LCDLS de manera usual. Sin embargo, no hubo participantes eliminados en la presente investigación.

Una vez que los participantes eran canalizados por el *equipo filtro* se realizaba una entrevista inicial y se seguía el procedimiento detallado en la tabla 6.11. El procedimiento detallado de las sesiones de entrevista inicial, cierre, seguimiento y de cada módulo se encuentran en las cartas descriptivas que están en el Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH en el anexo D de este documento.

Tabla 6.11

Procedimiento general de la intervención ACT-VIH

No. de Sesiones	Etapa	Objetivos	
		General	Particulares
1	Sesión inicial.	- Ratificar el motivo de consulta y realizar la invitación a participar en el Protocolo ACT-VIH.	- Ratificar que el usuario de la LCDLS cumpla con los criterios de inclusión. - Firmar el consentimiento informado. - Obtener información para la formulación clínica del caso. - Aplicar los instrumentos de evaluación pre y el primer punto de la línea base.
1	Componente psicoeducativo Basado en <i>La metáfora del reloj de arena</i> (1 módulo)	- Proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y la importancia de una buena adherencia al TAR.	- Obtener el segundo punto de la línea base. - Aplicar la psicoeducación. - Evaluar pre y post la psicoeducación. - Realizar la formulación ACT del caso con el <i>Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT</i> .
7	Componente ACT (7 módulos)	- Desarrollar Flexibilidad Psicológica.	- Obtener el tercer punto de la línea base antes de iniciar la intervención ACT. - Desarrollar los procesos ACT.
1	Cesión de cierre.	- Retroalimentar al participante sobre la intervención ACT y agradecer su participación.	- Realizar la evaluación post de la intervención ACT. - Acordar la forma de los seguimientos, presenciales o electrónicos.
1	Seguimiento a un mes.	- Realizar la evaluación del seguimiento y volver a agradecer su participación.	- Aplicar los instrumentos de medición.

Nota. LCDLS=La Casa de la Sal; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso.

6.8 Análisis de datos

Las variables sociodemográficas, los antecedentes de salud y el consumo de sustancias se analizaron con estadística descriptiva.

Con el objetivo de seleccionar el análisis estadístico más apropiado se realizó la prueba de Shapiro-Wilk, que se utiliza para $n < 50$, y con dicha prueba se determinó la normalidad de las variables dependientes. Para ello se obtuvo la diferencia entre las mediciones pre y post de las variables dependientes y se calculó en el programa SPSS versión 25 la prueba de normalidad antes mencionada. Para que los datos sean normales se requiere un valor $p > 0.05$, por lo que como muestra la tabla 6.12 la variable de conocimientos sobre VIH y el TAR fue la única que no cumplió con el criterio de normalidad, por lo que en dicha variable se aplicó la prueba de Wilcoxon para la diferencia de medianas pre, post y al seguimiento. Para las demás variables que presentaron normalidad se aplicó la prueba *t de student* para diferencia de medias pre, post y al seguimiento.

Tabla 6.12
Resultados de la prueba de normalidad

Variables	Prueba de Shapiro-Wilk	
	Estadístico	Valor p
Conocimientos sobre VIH y TAR	0.724	0.001
Flexibilidad psicológica percibida	0.978	0.952
Sintomatología afectiva	0.942	0.539
Ansiedad	0.944	0.567
Depresión	0.950	0.647
Evitación experiencial	0.936	0.476
Fusión cognitiva	0.904	0.206
Actitudes disfuncionales	0.907	0.224
Valores personales	0.927	0.386
Atención plena	0.967	0.859
Satisfacción con la vida	0.883	0.113

Nota. Grados de libertad=11. $p > 0.05$ =Distribución normal.

Para las variables con mediciones pre y post al tratamiento se utilizó el Tamaño del Efecto Individual (TEI), que se obtuvo con la diferencia entre la puntuación pre, menos la puntuación post entre la desviación típica del grupo de puntuaciones pre (Pardo y Ferrer, 2013) y para el tamaño del efecto grupal se utilizó la d de Cohen, que fue calculada con la diferencia entre la media post menos la media pre entre el promedio de las desviaciones estándar pre y post. Para la interpretación del TEI y tamaño del efecto grupal se consideró a Cohen (1988) quien propone un efecto leve de 0.20 a 0.49, un efecto moderado de 0.50 a 0.79 y un efecto grande ≥ 0.80

Para las variables con un diseño AB, además del análisis gráfico, se utilizó la Tau-U de Parker para medir el tamaño del efecto de la intervención (Parker et al., 2011). La Tau-U a diferencia de otros índices no paramétricos de no solapamiento, es un indicador de tamaño de efecto no paramétrico que ofrece la opción de controlar las tendencias de referencia no deseadas (Parker et al., 2011).

Los valores de Tau-U se interpretaron de acuerdo con Parker et al. (2011) de la siguiente manera: efecto leve de 0 a 0.65, efecto moderado de 0.66 a 0.92 y efecto grande 0.93 a 1.0. Para el cálculo de la Tau-U se utilizó el programa *Tau-U Calculator* (Vannest et al., 2016).

Los marcadores biológicos fueron considerados como indicadores del éxito del TAR para lograr la supresión viral. Así, para el análisis de la carga viral se consideró como éxito del tratamiento la supresión viral, es decir, una carga viral <40 copias de VIH. Los resultados del conteo de CD4 se interpretaron de acuerdo con la OMS (2007) para indicar el nivel de inmunodeficiencia como no significativa (>500 CD4), leve (350-499 CD4), avanzada (200-349 CD4) y grave (<200 CD4).

Además, se realizó un modelo explicativo de la sintomatología afectiva de los participantes mediante un análisis de senderos (Path analysis) con el programa de SPSS AMOS versión 24. Finalmente, para la realización de tablas y algunas graficas se utilizó el programa de Excel y Paint.

CAPÍTULO 7

Resultados de la intervención ACT-VIH

Los animales pueden elegir, pero no pueden juzgar.
Hayes, Strosahl y Wilson (2014).

7.1 Resultados de la evaluación del componente psicoeducativo

El componente psicoeducativo basado en *La metáfora del reloj de arena* mostró los siguientes resultados. En cuanto los conocimientos adquiridos estos se evaluaron con el Tamaño del Efecto Individual (TEI). Como indica la tabla 7.1 dos participantes obtuvieron un TEI moderado (18%) y nueve participantes un TEI grande (92%) en cuanto a los conocimientos básicos sobre el VIH y el TAR a la evaluación post con respecto a la evaluación pre del componente psicoeducativo. De forma grupal el tamaño del efecto grupal fue grande.

Tabla 7.1

Resultados por participante de los conocimientos básicos sobre VIH y el TAR

CCB-VIH-TAR						
P	Pre	Post	TEI*	Interpretación	Seguimiento	
					8 semanas	12 semanas
1	6	10	1.6	Grande	10	10
2	9	10	0.4	Leve	10	10
3	2	10	3.3	Grande	10	9
4	4	10	2.4	Grande	9	9
5	4	10	2.4	Grande	10	9
6	7	10	1.2	Grande	10	10
7	2	9	2.8	Grande	10	9
8	7	10	1.2	Grande	10	9
9	4	10	2.4	Grande	9	9
10	9	10	0.4	Moderado	10	10
11	5	9	1.6	Grande	9	9
Media	4.1	9.8			9.7	9.3
DE	2.6	0.4			0.5	0.5
			d=3.8	Grande		

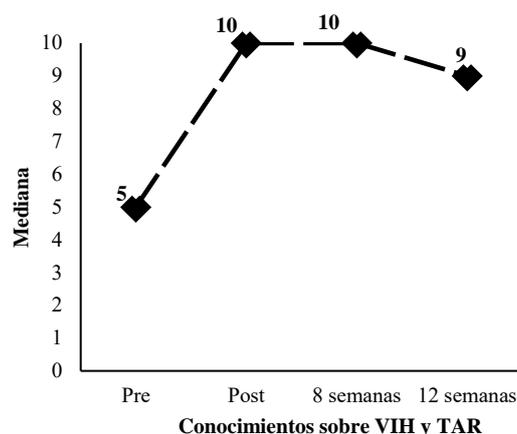
Nota. CCB-VIH-TAR=Cuestionario de conocimientos básicos sobre VIH y TAR; TAR=Tratamiento Antirretroviral; TEI=Tamaño del Efecto Individual; DE=Desviación estándar; TEG=Tamaño del efecto grupal.

*Se uso la DE pre para su cálculo.

La prueba no paramétrica de Wilcoxon se utiliza para comparar dos mediciones de rangos (Md=medianas) en muestras relacionadas que no cumplen, como en este caso, el criterio de normalidad, según la prueba de Shapiro-Wilk que se aplicó a esta variable (ver tabla 6.12). Además, debido a que se compararon puntajes pre-post, post-seguimiento a ocho semanas y seguimiento ocho semanas-seguimiento a doce semanas, fue necesario realizar la corrección de Bonferroni a la interpretación del alfa para la prueba de Wilcoxon, dividiendo el alfa entre tres porque se calcularon tres comparaciones ($\alpha/3=0.05/3=0.016$).

De forma grupal los conocimientos proporcionados mostraron un cambio estadísticamente significativo ($z=-2.994$, $p<.016$, $p=.003$) entre la evaluación pre (Md=5) y la evaluación post (Md=10). Entre la evaluación post (Md=10) y el seguimiento a ocho semanas (Md=10) no hubo diferencias estadísticamente significativas ($z=-.577$, $p>.016$, $p=.564$). Finalmente, entre el seguimiento a ocho semanas (Md=10) y doce semanas (Md=9) tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas ($z=-1.342$, $p>.016$, $p=.180$).

Lo anterior indica que la psicoeducación basada en *La metáfora del reloj de arena* logró proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y el TAR y que estos conocimientos permanecieron hasta por lo menos doce semanas (ver figura 7.1).

Figura 7.1*Resultados grupales de los conocimientos adquiridos*

Nota. TAR=Tratamiento antirretroviral.

En relación con la adherencia al TAR el SMAQ (Cuestionario Simplificado de Adherencia al Medicamento, por sus siglas en inglés) clasificó a 4 participantes como adherentes (36%) en la evaluación inicial. Los mismos participantes considerados no adherentes por el SMAQ no reportaron la adherencia necesaria al TAR que debe ser $\geq 95\%$ por el CASTA (Cuestionario de Adherencia y Satisfacción al Tratamiento Antirretroviral) como lo indica la tabla 7.4. Sin embargo, al seguimiento a las 8 y 12 semanas del componente psicoeducativo para la adherencia al TAR todos los participantes fueron clasificados como adherentes por el SMAQ y todos alcanzaron la necesaria al TAR (ver tabla 7.4)

En cuanto a la satisfacción al TAR dos participantes (18%) reportaron no estar satisfechos con su TAR. El participante ocho reportó que aún no aceptaba su diagnóstico de VIH y por ello estaba insatisfecho con tomar TAR. Sin embargo, después de la intervención ACT-VIH reportó haber aceptado su diagnóstico por VIH y estar satisfecho con su TAR. El participante nueve reportó no estar satisfecho con su TAR debido a los efectos secundarios que presentaba, por lo que en el lugar donde recibía atención médica fue evaluado y debido a los efectos secundarios que presentaba su TAR fue cambiado.

Así, después del cambio de TAR en los seguimientos reportó encontrarse satisfecho con su nuevo TAR (ver tabla 7.2).

Tabla 7.2

Resultados por participante de la adherencia y satisfacción al TAR

P	EI	SMAQ		CASTA					
		Seguimiento (semanas)		Adherencia (%)			Satisfacción (%)		
		8	12	EI	Seguimiento (Semanas)		EI	Seguimiento (Semanas)	
		8	12		8	12		8	12
1	No Adherente	Adherente	Adherente	87	97	97	100	100	100
2	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100
3	Adherente	Adherente	Adherente	97	97	97	100	100	100
4	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100
5	Adherente	Adherente	Adherente	97	100	100	100	100	100
6	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100
7	No Adherente	Adherente	Adherente	90	100	100	100	100	100
8	Adherente	Adherente	Adherente	97	100	100	60	100	100
9	No Adherente	Adherente	Adherente	94	100	100	0	100	100
10	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100
11	No Adherente	Adherente	Adherente	93	100	100	100	100	100

Nota. P=Participante; SMAQ=Cuestionario Simplificado de Adherencia al Medicamento; CASTA=Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral; EI=Evaluación Inicial.

Para el análisis de los marcadores biológicos se consideró como supresión viral (indetectable) una carga viral <40 copias de VIH/mm³ de sangre (CENSIDA & Secretaría de salud, 2018) y la clasificación inmunológica para infección por VIH propuesta por la OMS (2007).

En la evaluación inicial 6 (55%) de los participantes eran indetectables y 5 (45%) aún no conseguían la supresión viral. El participante 1 y el participante 11 eran además no adherentes. Al seguimiento de la de la intervención ACT-VIH todos los participantes se encontraban indetectables e incrementaron su número de células CD4. Sin embargo, el participante 1, aunque aumentó sus células CD4, no logró mejorar aún su nivel de inmunodeficiencia. En el resto de los participantes todos mejoraron su nivel de inmunodeficiencia pasando de 3 participantes (27%) que tenía una inmunodeficiencia no

significativa antes de la intervención, a 6 participantes (55%) con inmunodeficiencia no significativa en el reporte de los datos post a la intervención ACT-VIH (ver tabla 7.7).

Los datos de la adherencia reportados en la tabla 7.2 son consistentes con los marcadores biológicos de la tabla 7.3, lo que indica que después de la intervención ACT-VIH en todos los participantes el TAR logró su objetivo de supresión viral.

Además, el registro conductual de la toma de medicamento ratifica los resultados antes descritos, mostrando un efecto de techo en el 73% (n=8) de los participantes en la toma del medicamento y un 27% (n=3) de participantes que reportaron no haber tomado su medicamento un día durante las 10 semanas y seguimiento a un mes, tiempo en que realizaron el registro, lo que indica una adherencia mayor al 95%, que es la adherencia necesaria al TAR (ver figura 7.2).

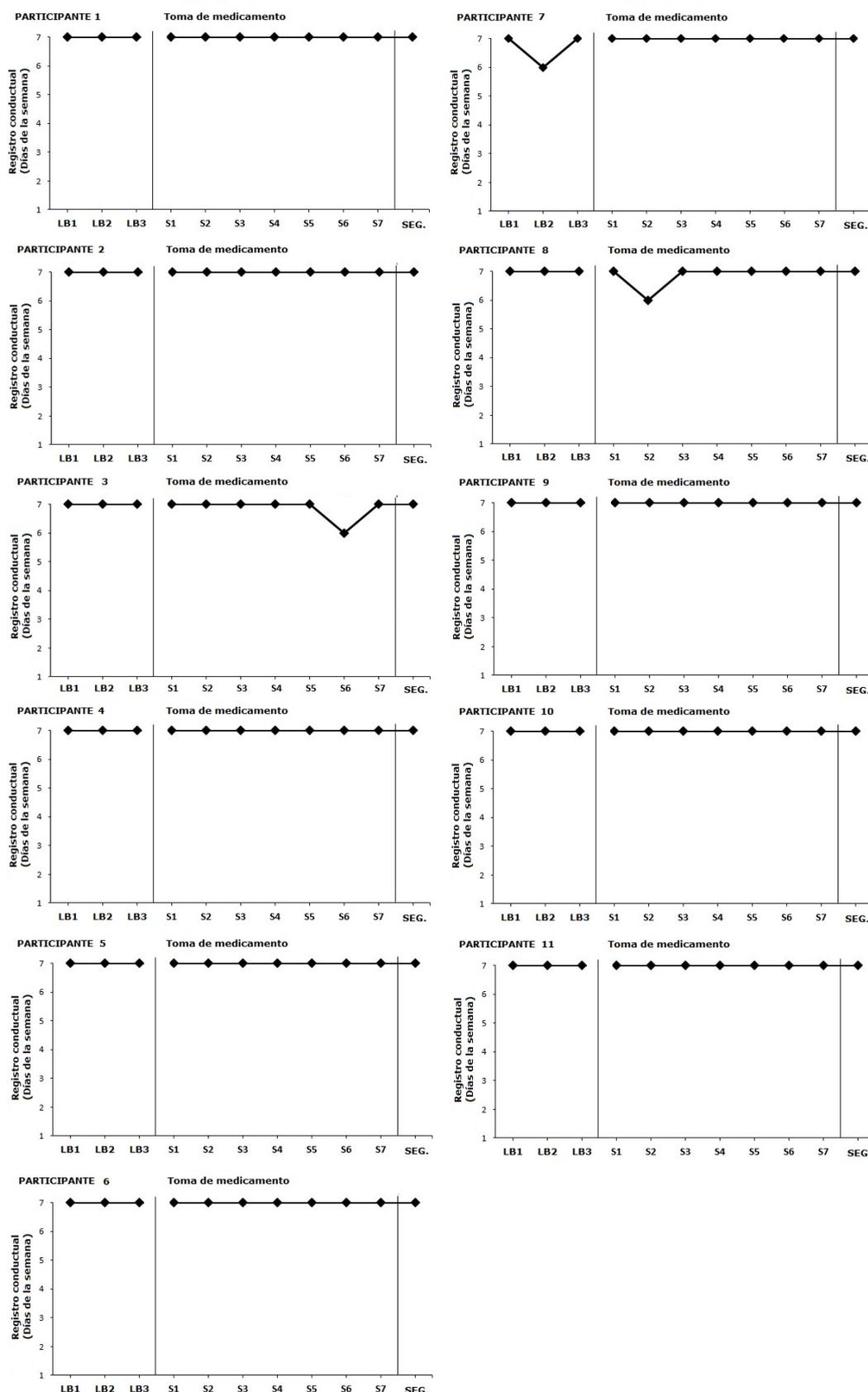
Tabla 7.3

Resultados por participante pre-post de los marcadores biológicos

P	Pre			Post			Recuento (n=11)		
	Carga viral	CD4	Nivel de inmunodeficiencia	Carga viral	CD4	Nivel de inmunodeficiencia	Nivel de inmunodeficiencia	Pre	Post
1	70	49	Grave	<40	195	Grave	No significativa	3	6
2	<40	492	Leve	<40	572	No significativa	Leve	3	3
3	<40	904	No significativa	<40	1267	No significativa	Grave	4	1
4	<40	514	No significativa	<40	530	No significativa	Avanzada	1	1
5	118737	150	Grave	<40	405	Leve			
6	188000	16	Grave	<40	212	Avanzada			
7	>40	413	Leve	<40	555	No significativa			
8	292	483	Leve	<40	926	No significativa			
9	>40	303	Avanzada	<40	430	Leve			
10	>40	650	No significativa	<40	593	No significativa			
11	236	98	Grave	<40	462	Leve			

Nota. Nivel de inmunodeficiencia según las Organización Mundial de la Salud (2007), que se basa en el recuento de células CD4 y que propone las siguientes categorías para adultos y adolescentes que viven con VIH: inmunodeficiencia no significativa (>500 CD4), leve (350-499 CD4), avanzada (200-349 CD4) y grave (<200 CD4). P=Participante.

Figura 7.2
Resultados del registro conductual de la toma de medicamento



Nota. Toma de medicamento evaluada con un registro conductual; LB=Línea base; S= Sesión semanal; SEG.=Seguimiento a un mes.

Por todo lo antes expuesto el componente psicoeducativo basado en *La metáfora del reloj de área* incluido en la intervención ACT-VIH mostró evidencia en proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y el TAR, así como en promover y mantener la adherencia adecuada al TAR en los once participantes de esta investigación.

7.2 Resultados del componente ACT

7.2.1 Formulación ACT

En cuanto al componente ACT, Hayes et al., (2014) sugieren que la secuencia para trabajar los procesos que integran el modelo de flexibilidad psicológica sea de acuerdo con la formulación ACT del caso. Así, la formulación ACT del caso se llevó a cabo con el *Ejercicio de auto evaluación de las habilidades ACT* (EAH-ACT, *ad hoc*), que evaluó flexibilidad psicológica percibida por los participantes.

La formulación del caso indicó, según el EAH-ACT, que el estilo de respuesta abierto (aceptación y defusión cognitiva) fue el más bajo en la mayoría de los participantes (10 participantes) excepto en el participante 1, quien mostró un empate entre el estilo de respuesta abierto y el estilo de respuesta centrado (momento presente y yo como contexto). Sin embargo, se consideró por juicio clínico que el participante 1 presentaba mayores problemas en el estilo de respuesta abierto. Por otro lado, el estilo que presentó mayores puntuaciones en todos los participantes fue estilo de respuesta comprometido (valores y compromiso) (ver tablas 7.4 a 7.6).

Tabla 7.4*Resultados por participante de los procesos abiertos según el EAH-ACT*

P	Aceptación					Defusión				
	Pre	Post	Seg.	TEI	Efecto	Pre	Post	Seg.	TEI	Efecto
1	5	8	8	1.5	Grande	3	8	7	2.4	Grande
2	2	8	9	3.0	Grande	5	8	9	1.4	Grande
3	7	10	10	1.5	Grande	7	10	10	1.4	Grande
4	1	8	8	3.5	Grande	1	8	9	3.3	Grande
5	4	8	9	2.0	Grande	4	9	9	2.4	Grande
6	2	9	10	3.5	Grande	0	9	10	4.3	Grande
7	2	8	9	3.0	Grande	1	8	9	3.3	Grande
8	1	9	9	4.0	Grande	2	9	9	3.3	Grande
9	2	9	10	3.5	Grande	3	9	10	2.9	Grande
10	3	9	9	3.0	Grande	5	8	9	1.4	Grande
11	0	10	10	5.0	Grande	2	9	9	3.3	Grande
<i>M</i>	2.6	8.7	9.2	-	-	3.0	8.6	9.1	-	-
<i>DE</i>	2.0	0.8	0.8	-	-	2.1	0.7	0.8	-	-
<i>d</i> =4.3 Grande					<i>d</i> =4.0 Grande					

Nota. EAH-ACT=Ejercicio de Autoevaluación de las Habilidades ACT; ACT; P=Participante; TEI=Tamaño del efecto individual; Seg.=Seguimiento a un mes. *M*=Media; *DE*=Desviación Estándar.

Tabla 7.5*Resultados por participantes de los procesos centrados según el EAH-ACT*

P	Momento presente					Yo contexto				
	Pre	Post	Seg.	TEI	Efecto	Pre	Post	Seg.	TEI	Efecto
1	3	8	8	3.1	Grande	5	8	8	1.1	Grande
2	5	9	9	2.5	Grande	3	8	9	1.8	Grande
3	7	10	10	1.9	Grande	8	10	10	0.7	Moderado
4	5	9	9	2.5	Grande	2	9	9	2.5	Grande
5	5	9	9	2.5	Grande	4	8	9	1.4	Grande
6	3	9	9	3.8	Grande	3	9	1	2.1	Grande
7	4	8	9	2.5	Grande	0	8	9	2.9	Grande
8	1	9	9	5.0	Grande	3	9	9	2.1	Grande
9	5	8	9	1.9	Grande	4	9	10	1.8	Grande
10	6	9	10	1.9	Grande	3	8	10	1.8	Grande
11	5	9	9	2.5	Grande	10	9	9	-0.4	Leve
<i>M</i>	4.5	8.8	9.1	-	-	4.1	8.6	9.2	-	-
<i>DE</i>	1.6	0.6	0.5	-	-	2.8	0.7	2.8	-	-
<i>d</i> =3.9 Grande					<i>d</i> =2.5 Grande					

Nota. EAH-ACT=Ejercicio de Autoevaluación de las Habilidades ACT; ACT; P=Participante; TEI=Tamaño del efecto individual; Seg.=Seguimiento a un mes. *M*=Media; *DE*=Desviación Estándar.

Tabla 7.6

Resultados por participante de los procesos comprometidos según el EAH-ACT

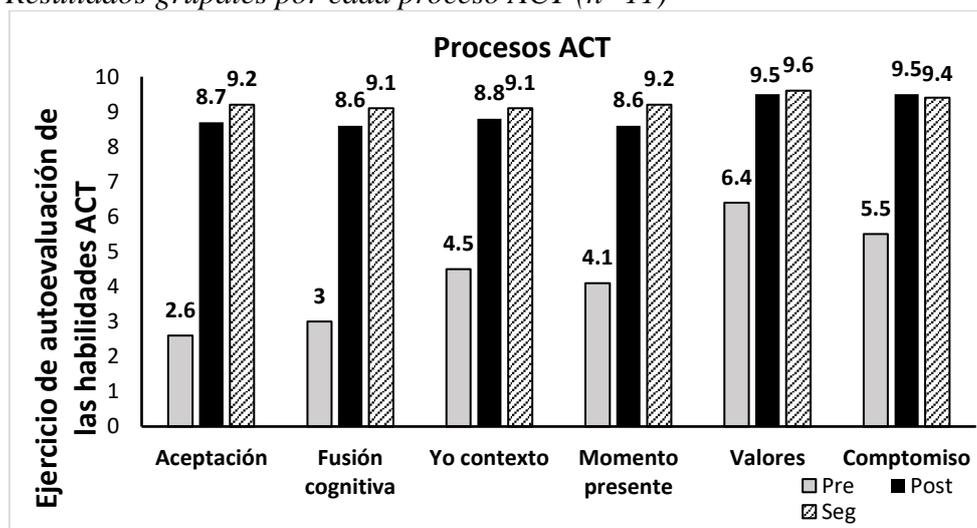
P	Valores					Compromiso				
	Pre	Post	Seg.	TEI	Efecto	Pre	Post	Seg.	TEI	Efecto
1	7	10	10	1.3	Grande	7	10	9	1.1	Grande
2	7	9	9	0.9	Grande	8	9	9	0.4	Leve
3	8	10	10	0.9	Grande	8	10	10	0.7	Moderado
4	5	10	10	2.2	Grande	5	9	10	1.5	Grande
5	5	9	9	1.7	Grande	5	9	9	1.5	Grande
6	7	9	10	0.9	Grande	5	10	9	1.9	Grande
7	9	9	9	0.0	Grande	8	9	9	0.4	Leve
8	2	9	9	3.0	Grande	3	9	9	2.2	Grande
9	8	10	10	0.9	Grande	0	9	9	3.3	Grande
10	3	10	10	3.0	Grande	3	10	10	2.6	Grande
11	9	10	10	0.4	Leve	8	10	10	0.7	Leve
<i>M</i>	6.4	9.5	9.6	-	-	5.5	9.5	9.4	-	-
<i>DE</i>	2.3	0.5	0.5	-	-	2.7	0.5	0.5	-	-
	<i>d</i> =1.2 Grande					<i>d</i> =2.5 Grande				

Nota. EAH-ACT=Ejercicio de Autoevaluación de las Habilidades ACT; ACT; P=Participante; TEI=Tamaño del efecto individual; Seg.=Seguimiento a un mes. *M*=Media; *DE*=Desviación Estándar.

La figura 7.3 indica los promedios pre, post y seguimiento a un mes de la flexibilidad psicológica percibida. Debido a que el estilo de respuesta abierto fue el más bajo, la secuencia en que se aplicaron los módulos fue tal como se indicó en la tabla 6.4 del capítulo 6 donde se muestra la descripción general de este componente y la secuencia en que se aplicaron los procesos ACT que integral el modelo de flexibilidad psicológica.

Figura 7.3

Resultados grupales por cada proceso ACT (n=11)



Nota. La figura muestra los resultados promedio de los 11 participantes en el ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT por cada uno de los seis procesos que integran el modelo de flexibilidad psicológica; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso; Seg.=Seguimiento a un mes.

En cuanto al Tamaño del Efecto Individual (TEI) fue grande en el 100% (n=11) de los participantes para el estilo de respuesta abierto como indica la tabla 7.4. En el estilo de respuesta centrado, el proceso de *momento presente* tuvo un efecto grande en el 100% de los participantes y en *el yo como contexto* 82% (n=9) de los participantes obtuvieron un TEI grande, 9% (n=1) un TEI moderado y 9% (n=1) un TEI negativo leve. El participante 11 fue quien obtuvo el TEI negativo de -0.4 en el proceso de *yo como contexto*. Esto se debió a un efecto de techo en la autoevaluación pre de dicho proceso, en el que el participante se puntuó en la máxima calificación que era 10 y en la evaluación post se autoevaluó con 9, puntuación que conservó al seguimiento (ver tabla 7.5). Lo que indica que, el proceso de *yo como contexto* era una fortaleza del paciente 11 antes de la intervención ACT-VIH. Sin embargo, es posible que, durante la intervención, al flexibilizarse y poner a prueba sus fortalezas en acciones valiosas, se diera cuenta que dicho proceso no era algo que tenía totalmente dominado como su mente le había indicado al inicio de la intervención, lo que es en términos clínicos un avance.

En el estilo de respuesta comprometido en el proceso de *valores* 91% (n=11) de los participantes obtuvieron un TEI grande y el 9% (n=1) un TEI leve. Con respecto al proceso *Comprometido* el 64% obtuvo un TEI grande, 9% (n=1) un TEI moderado y 27% (n=3) un TEI leve (ver tabla 7.6).

En la tabla 7.7 se muestran los puntajes totales del EAH-ACT de cada participante. El TEI fue grande en el 100% de los participantes al igual que el efecto grupal, que fue grande para la variable flexibilidad psicológica percibida después del componente ACT. Además, como indica la tabla 7.8 de forma grupal los participantes (n=11) tuvieron mejorías estadísticamente significativas a la evaluación post y la mejoría se mantuvo al mes de seguimiento.

Tabla 7.7*Resultados por participante de la flexibilidad psicológica percibida*

P	Pre	Post	Seguimiento a un mes	TEI	Efecto
1	30	52	50	2.5	Grande
2	30	51	54	2.4	Grande
3	45	60	60	1.7	Grande
4	19	55	55	4.1	Grande
5	27	52	54	2.8	Grande
6	20	55	59	4.0	Grande
7	24	50	54	3.0	Grande
8	12	54	54	4.8	Grande
9	22	54	58	3.6	Grande
10	23	54	58	3.5	Grande
11	34	57	57	2.6	Grande
M	26.0	54.0	55.7	-	-
DE	8.8	2.8	2.9	-	-
				d=4.8	Grande

Nota. La flexibilidad psicológica percibida fue evaluada con el Ejercicio de Autoevaluación de las Habilidades ACT; P=Participante; TEI=Tamaño del efecto individual; M=Media; DE=Desviación Estándar.

Tabla 7.8*Diferencia de medias de la flexibilidad psicológica percibida (n=11)*

Variable	Media (DE)		t	Sig.	Media (DE)		t	Sig.
	Pre	Post			Pre	1 mes		
Flexibilidad psicológica	26.0 (8.7)	54 (2.8)	-11.74	0.001*	54 (2.8)	55.7 (2.9)	-2.61	0.026*

Nota. DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. *p<0.05.

7.2.2 Resultados del diseño pre-post del componente ACT

Las variables que a continuación se analizan siguieron un diseño pre, post y con seguimiento a un mes del componente ACT. Los resultados por participante y media grupal de la atención plena, evaluada con la Escala de Conciencia de Atención Consciente (MAAS por sus siglas en inglés de Mindful Attention Awareness Scale, López-Maya et al., 2015), se muestran en la tabla 7.9, que indica que el TEI fue grande en el 91% de los participantes y moderado en el 9% de los participantes. El tamaño del efecto grupal también fue grande. Las medias grupales indicaron un aumento estadísticamente significativo entre las mediciones pre y post. Dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento (ver tabla 7.10).

Tabla 7.9

Resultados por participante de la atención plena

P	Pre	Post	Seguimiento a un mes	TEI	Efecto
1	55	75	76	1.5	Grande
2	47	72	74	1.9	Grande
3	54	73	80	1.4	Grande
4	52	75	84	1.7	Grande
5	28	68	70	3.0	Grande
6	50	79	81	2.2	Grande
7	42	75	78	2.5	Grande
8	25	75	78	3.8	Grande
9	49	72	73	1.7	Grande
10	40	70	71	2.3	Grande
11	73	80	81	0.5	Moderado
<i>M</i>	46.8	74.0	76.9	-	-
<i>DE</i>	13.2	3.5	4.5	-	-
				<i>d</i> =3.2	Grande

Nota. La atención plena fue evaluada con la Escala de Conciencia de Atención Consciente (López-Maya et al., 2015); P=Participante. TEI=Tamaño del efecto individual; M=Media; DE=Desviación Estándar.

Tabla 7.10

Diferencias de media de las variables con diseño pre-post del componente ACT (n=11)

Variable	Media (DE)		t	Sig.	Media (DE)		t	Sig.
	Pre	Post			Pre	1 mes		
Atención plena	46.8 (13.2)	74.0 (3.6)	-7.92	0.001*	74.0 (3.6)	76.9 (4.5)	-3.62	0.005*
Satisfacción con la vida	13.9 (3.7)	21.7 (1.7)	-8.76	0.001*	21.7 (1.7)	22.7 (1.5)	-5.24	0.001*
Valores personales	19.3 (4.4)	9.0 (3.4)	7.87	0.001*	9.0 (3.4)	8.1 (2.5)	1.24	0.242

Nota. DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. *p<0.05.

Los resultados por participante y media grupal de la satisfacción con la vida, evaluada con la *Escala de satisfacción con la vida versión mexicana* (ESCV-M, Padrós et al., 2015), se muestran en la tabla 7.11 e indican un TEI grande en el 100% de los participantes al igual que un tamaño del efecto grupal grande. Las medias grupales indicaron un aumento estadísticamente significativo entre las mediciones pre y post. Dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento (ver tabla 7.10).

Tabla 7.11

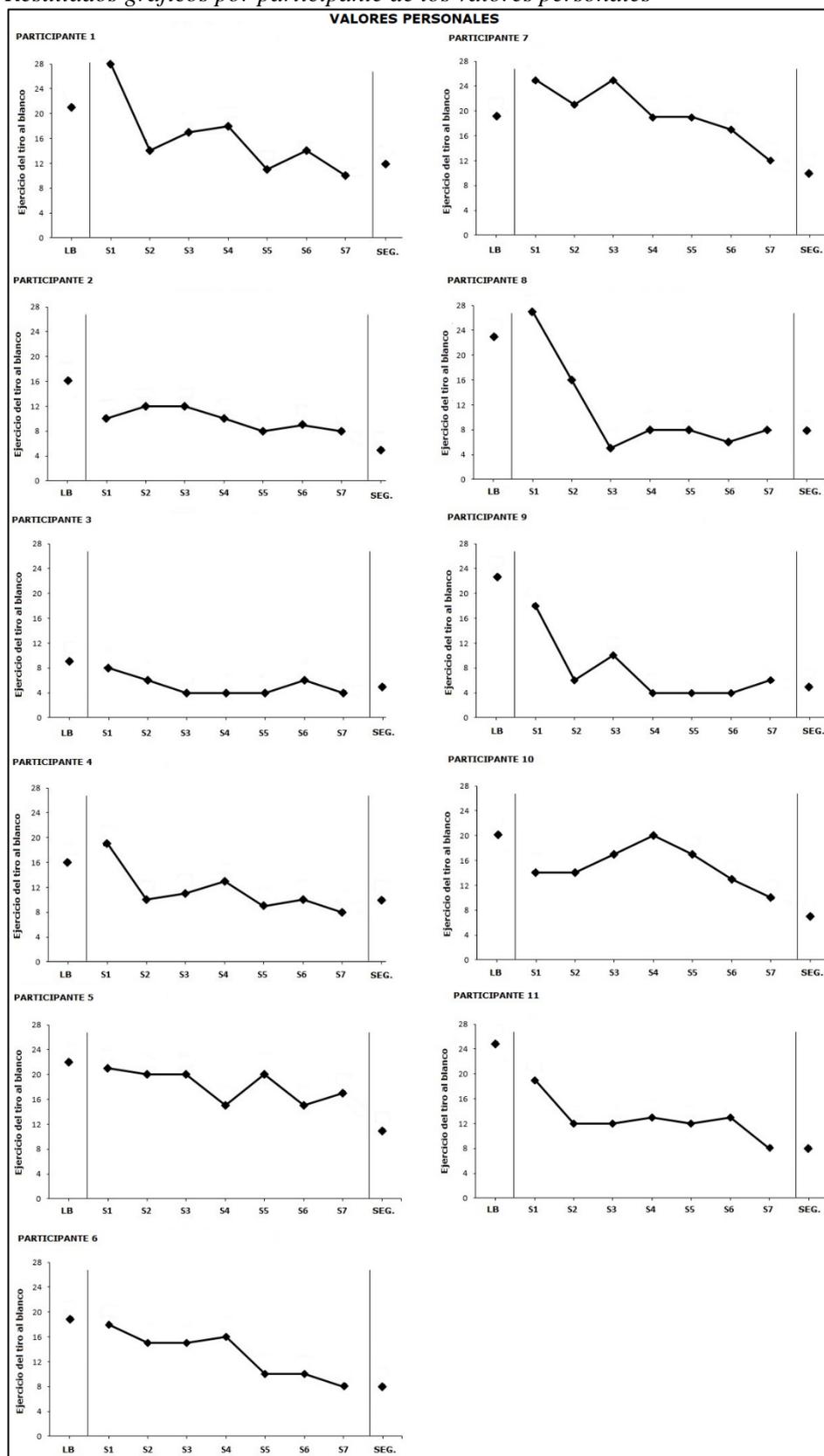
Resultados por participante de la satisfacción con la vida

P	Pre	Post	Seguimiento a un mes	TEI	Efecto
1	15	20	21	1.4	Grande
2	12	22	23	2.7	Grande
3	18	25	25	1.9	Grande
4	10	21	22	3.0	Grande
5	10	20	21	2.7	Grande
6	16	23	24	1.9	Grande
7	13	20	21	1.9	Grande
8	12	23	25	3.0	Grande
9	9	20	22	3.0	Grande
10	19	22	23	0.8	Grande
11	19	23	23	1.1	Grande
M	13.9	21.7	22.7	-	-
DE	3.7	1.7	1.5	-	-
				d=2.8	Grande

Nota. La satisfacción con la vida fue evaluada con la Escala de satisfacción con la vida versión mexicana (Padrós et al., 2015); P=Participante. TEI=Tamaño del efecto individual; M=Media; DE=Desviación Estándar.

En cuanto a los valores personales estos se evaluaron en cada sesión con el *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado *ad hoc* de Lundgren et al., 2012), pero con sólo una medición de línea base, por lo que el análisis de esta variable se realizó también de manera gráfica. Es importante recordar que, a mayor puntuación, mayor lejanía con los valores personales y viceversa, por lo que la figura 7.4 indica que todos los participantes lograron mayor cercanía con sus valores personales después del componente ACT, mejoría que se mantuvo al mes de seguimiento.

Figura 7.4
Resultados gráficos por participante de los valores personales



Nota. Valores personales evaluados con el *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado *ad hoc* de Lundgren et al., 2012). LB=Línea base; S=Sesión semanal; SEG.=Seguimiento a un mes.

La tabla 7.16 muestra las puntuaciones por participante de los valores personales evaluados con el *Ejercicio del tiro al blanco* en cada una de las sesiones del componente ACT. El TEI fue grande en el 100% de participantes, así como un tamaño del efecto grupal grande. La diferencia de medias entre la evaluación pre (línea base) y la evaluación post (medición de la sesión 7) indicaron un decremento estadísticamente significativo en esta variable, lo que indica una mayor cercanía con las acciones vinculadas a los valores personales, como ya se indicó en el análisis gráfico. La mejoría en la media grupal se mantuvo al mes de seguimiento (ver tabla 7.12).

Tabla 7.12
Resultados por participante de los valores personales

P	LB1	SI	S2	S3	S4	S5	S6	S7	SEG.	TEI	Efecto
1	21	28	14	17	18	11	14	10	12	2.4	Grande
2	16	10	12	12	10	8	9	8	5	1.8	Grande
3	9	8	6	4	4	4	6	4	5	1.1	Grande
4	16	19	10	11	13	9	10	8	10	1.8	Grande
5	22	21	20	20	15	20	15	17	11	1.1	Grande
6	19	18	15	15	16	10	10	8	8	2.4	Grande
7	19	25	21	25	19	19	17	12	10	1.6	Grande
8	23	27	16	5	8	8	6	8	8	3.3	Grande
9	23	18	6	10	4	4	4	6	5	3.8	Grande
10	20	14	14	17	20	17	13	10	7	2.2	Grande
11	25	19	12	12	13	12	13	8	8	3.8	Grande
M	19.3	18.8	13.2	13.4	12.7	11.1	10.6	9.0	8.1	-	-
DE	4.4	6.4	4.8	6.2	5.6	5.5	4.2	3.4	2.5	-	-
d=2.6											Grande

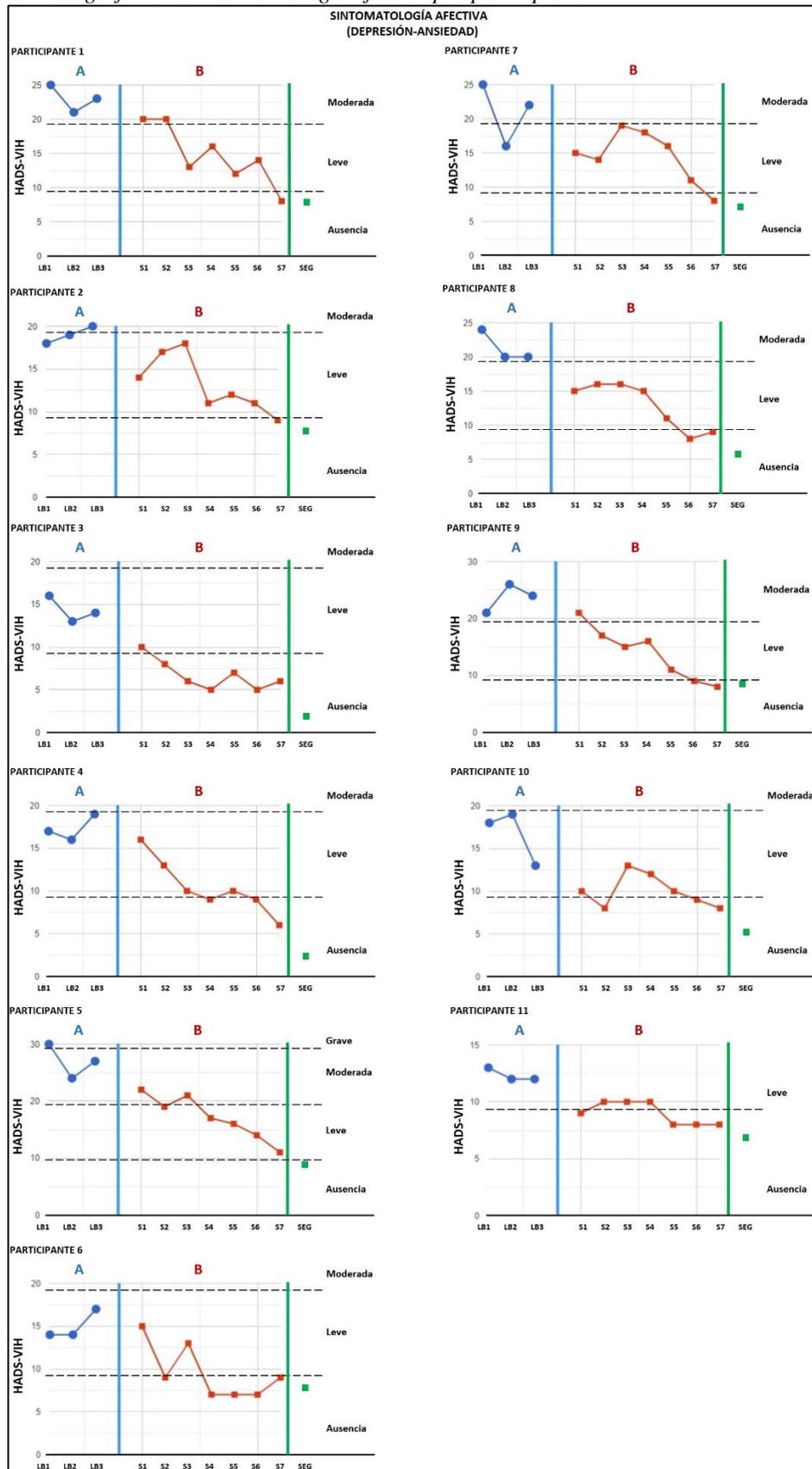
Nota. Valores personales evaluados con el *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado ad hoc de Lundgren et al., 2012); P=Participante. LB=Línea base; S=Sesión semanal; SEG.=Seguimiento a un mes; TEI=Tamaño del efecto individual; M=Media; DE=Desviación Estándar.

7.2.3 Resultados del diseño AB del componente ACT

El análisis de las variables que evaluaron el componente ACT con un diseño AB tuvieron como línea base tres mediciones sin tratamiento (fase A), siete mediciones durante el tratamiento (fase B) y una medición al mes de este componente. Las variables se analizaron con el método gráfico y para el tamaño del efecto se utilizó la Tau-U de Parker (Parker et al., 2011). Como ya se mencionó en el apartado de *análisis de datos* en el capítulo 6, la Tau-U es un indicador de tamaño de efecto no paramétrico que ofrece la opción de controlar las tendencias de referencia no deseadas y permite un análisis del tamaño del efecto grupal. Los valores de Tau-U se interpretaron de acuerdo con Parker et al. (2011) de la siguiente manera: efecto leve=0.00 a 0.65; efecto moderado=0.66 a 0.92 y efecto grande=0.93 a 1.0 (Vannest et al., 2016).

El análisis gráfico de la *sintomatología afectiva* evaluada con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión para pacientes con VIH (HADS-VIH, Noguera et al., 2013) se muestra en la figura 7.5 y muestra mejorías en todos los participantes, mismas que se mantuvieron al mes de seguimiento. En cuanto a la evaluación inicial el participante 5 mostró una sintomatología afectiva grave (9%) que en los siguientes puntos de la línea base fue moderada. Los participantes 1, 7, 8 y 9 (36%) presentaron una sintomatología afectiva moderada en la evaluación inicial y los participantes 2, 3, 4, 6, 10 y 11 (55%) una sintomatología leve. En la evaluación final 10 participantes (91%) obtuvieron puntuaciones no clínicas (sesión 7 en la tabla 7.5). Únicamente el participante 5, que fue el participante con sintomatología afectiva grave en la evaluación inicial, presentó en la evaluación final una sintomatología afectiva leve, aunque su puntuación fue limítrofe con la sintomatología afectiva no clínica y al mes de seguimiento reportó una puntuación no clínica. Al seguimiento, todos los participantes reportaron puntuaciones no clínicas (ver figura 7.5).

Figura 7.5
Análisis gráfico de la sintomatología afectiva por participante



Nota. Sintomatología afectiva evaluada con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes VIH (HADS-VIH, Noguera et al., 2013). A=Fase sin tratamiento; B=Fase con tratamiento; LB=Línea base S=Sesión semanal; SEG=Seguimiento a un mes.

Un dato interesante fue que el 72% (n=8) de los participantes, puntualmente los participantes 1, 2, 5, 6, 7, 8, 10 y 11, mostraron un repunte o mantenimiento de la sintomatología afectiva en la sesión 3 del componente ACT (ver tabla 7.5), particularmente en cuanto a sintomatología depresiva, como lo indica la tabla 7.6, en la que dicho repunte es consistente. Esto puede deberse a que la medición de la sesión 3 evaluaba lo realizado en el plan de acciones valiosas que los participantes realizaron en la sesión anterior, correspondiente al proceso de defusión cognitiva, en esa semana, entre la sesión de defusión cognitiva (sesión 2) y momento presente (sesión 3) se proponían acciones a realizar que implicaban tener contacto con acciones valiosas que habían evitado durante las primeras sesiones, lo que puede explicar el repunte observado en la sintomatología afectiva. Sin embargo, pese a dicha sintomatología los participantes pudieron realizar sus acciones valiosas y esto podría haber contribuido a su mejoría posterior, pues pudieron *experienciar*, que aun con dicho malestar, esto no era incompatible con sus acciones valiosas.

Con respecto al tamaño del efecto (Tau-U) por participante de la comparación de la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento) para la sintomatología afectiva se muestra en la tabla 7.17. El tamaño del efecto en los participantes 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 y 11 (82%) grande y significativo (82%) y en los participantes 6 y 7 (18%) moderado y no significativo, pero límite a una $p < 0.05$. La Tau-U presenta valores negativos debido a que indica un efecto de disminución de la variable evaluada.

De manera grupal la Tau-U mostró un tamaño del efecto grande y significativo (ver tabla 7.13) en la disminución de la sintomatología afectiva. La media grupal post de la sintomatología afectiva (n=11) indicó una disminución con respecto a la media grupal pre (n=11), y dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento (n=11) (ver tabla 7.14).

Tabla 7.13
Resultados por participante de la sintomatología afectiva y tamaño del efecto

P	Línea base			Sesión							SEG	Tau-U		
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	Efecto
1	25	21	23	20	20	13	16	12	14	8	8	-1.00	0.01*	Grande
2	18	19	20	14	17	18	11	12	11	9	8	-0.95	0.02*	Grande
3	16	13	14	10	8	6	5	7	5	6	2	-1.00	0.01*	Grande
4	17	16	19	16	13	10	9	10	9	6	2	-0.95	0.02*	Grande
5	30	24	27	22	19	21	17	16	14	11	9	-1.00	0.01*	Grande
6	14	14	17	15	9	13	7	7	7	9	8	-0.80	0.05	Moderado
7	25	16	22	15	14	19	18	16	11	8	7	-0.76	0.06	Moderado
8	24	20	20	15	16	16	15	11	8	9	6	-1.00	0.01*	Grande
9	21	26	24	21	17	15	16	11	9	8	9	-0.95	0.02*	Grande
10	18	19	13	10	8	13	12	10	9	8	5	-0.95	0.02*	Grande
11	13	12	12	9	10	10	10	8	8	8	7	-1.00	0.01*	Grande
M	20.0	18.2	19.2	15.2	13.7	14.0	12.4	10.9	9.5	8.2	6.5	-	-	-
DE	5.1	4.3	4.6	4.2	4.2	4.2	4.1	2.9	2.6	1.4	2.5	-	-	-
Tau-U grupal												-0.94	0.001**	Grande

Nota. La sintomatología afectiva fue evaluada con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes VIH (HADS-VIH, Nogueada et al., 2013); *p<0.05; **p<0.01

Tabla 7.14
Diferencias de media de la sintomatología afectiva (n=11)

Variable	Media (DE)		t	p	Media (DE)		t	p
	Pre	Post			Post	1 mes		
Sintomatología afectiva	20.0 (5.3)	8.2 (1.4)	8.31	0.001*	8.2 (1.4)	6.5 (2.5)	3.54	0.005*

Nota. La sintomatología afectiva fue evaluada con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes VIH (HADS-VIH, Nogueada et al., 2013); DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. *p<0.05.

El análisis gráfico de la *depresión*, evaluada con el registro conductual, se presenta en la figura 7.6 que muestra mejorías en todos los participantes, mismas que se mantuvieron al mes de seguimiento. El tamaño del efecto (Tau-U) por participante de la comparación la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento) para la depresión se muestra en la tabla 7.19. El tamaño del efecto de los participantes 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 y 11 (73%) fue grande y significativo, en los participantes 7 y 10 (18%) fue moderado y significativo y en el participante 6 (9%) leve, pero no significativo.

De manera grupal la Tau-U mostró un tamaño del efecto grande y significativo (ver tabla 15) para la disminución de la depresión. La media grupal post de la depresión indicó una disminución estadísticamente significativa con respecto al a media grupal pre, y dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento como se muestra en la tabla 7.16.

Tabla 7.15
Resultados por participante de la depresión y tamaño del efecto

P	Línea base			Sesión							SEG	Tau-U		
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	Efecto
1	8.0	7.1	7.6	5.4	5.6	5.9	5.0	5.1	4.9	5.0	2.0	-1.00	0.01*	Grande
2	6.0	6.4	7.3	5.3	5.0	5.3	4.6	3.7	3.6	3.4	0.0	-1.00	0.01*	Grande
3	3.0	2.6	2.9	1.3	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	-1.00	0.01*	Grande
4	3.0	2.1	2.7	0.7	0.7	0.7	0.4	0.6	0.4	0.6	0.0	-1.00	0.01*	Grande
5	10.0	8.6	8.4	5.7	5.0	5.7	4.4	4.3	4.0	4.0	3.0	-1.00	0.01*	Grande
6	9.0	4.0	3.7	7.1	2.1	4.4	2.9	0.6	1.0	1.3	1.0	-0.62	0.13	Leve
7	8.0	5.7	6.4	2.0	6.0	5.7	4.0	4.3	4.0	3.3	2.0	-0.86	0.04*	Moderado
8	8.0	7.9	8.3	7.7	7.4	6.0	5.6	5.0	2.4	2.0	0.0	-1.00	0.01*	Grande
9	10.0	7.3	7.3	4.6	1.7	1.3	1.4	2.7	0.7	0.0	0.0	-1.00	0.01*	Grande
10	7.0	6.6	5.6	4.0	5.3	4.9	4.9	5.7	4.7	0.9	2.0	-0.90	0.03*	Moderado
11	7.0	2.0	1.4	1.0	0.9	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	-1.00	0.01*	Grande
<i>M</i>	7.1	5.5	5.6	4.1	3.7	3.6	3.0	3.0	2.4	2.9	1.0	-	-	-
<i>DE</i>	2.4	2.4	2.5	2.5	2.4	2.5	2.2	2.1	1.9	1.7	1.1	-	-	-
Tau-U grupal												-0.94	0.001**	Grande

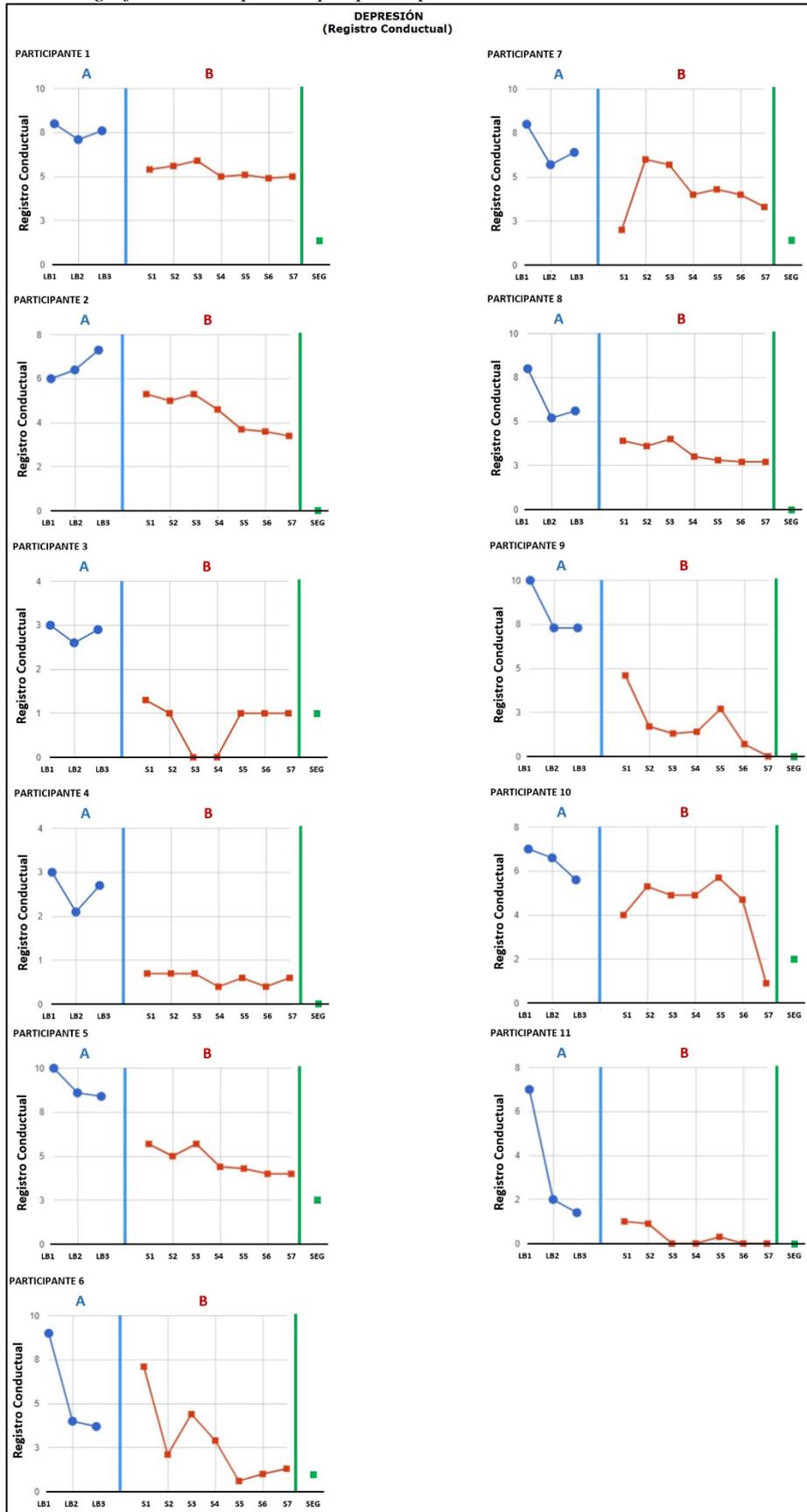
Nota. La depresión se evaluó con el registro conductual; SEG=Seguimiento a un mes; *p<0.05; **p<0.01.

Tabla 7.16
Diferencias de media de la depresión (n=11)

Variable	Media (DE)		t	p	Media (DE)		T	p
	Pre	Post			Post	1 mes		
Depresión	7.1 (2.4)	2.0 (1.7)	6.78	0.001*	2.0 (1.7)	1.0 (1.1)	2.34	0.041*

Nota. La depresión se evaluó con un registro conductual; DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. *p<0.05.

Figura 7.6
Análisis gráfico de la depresión por participante



Nota. La depresión se evaluó con el registro conductual. A=Fase sin tratamiento; B=Fase con tratamiento; LB=Línea base S=Sesión semanal; SEG=Seguimiento a un mes.

Para la *ansiedad*, evaluada con el registro conductual, se presenta su análisis gráfico en la figura 7.7, que muestra mejorías en todos los participantes, que se mantuvieron al mes de seguimiento. El tamaño del efecto (Tau-U) de la comparación la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento) para la ansiedad se muestra en la tabla 7.21. El tamaño del efecto de los participantes 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10 y 11 (73%) fue grande y significativo, en los participantes 4 y 7 (18%) fue moderado, pero no significativo. Aunque el participante 4 tuvo una $p=0.05$. El participante 6 (9%) tuvo un efecto leve, pero no significativo.

De manera grupal la Tau-U mostró un tamaño del efecto moderado y significativo para la disminución de la ansiedad (ver tabla 7.17). La media grupal post de la ansiedad indicó una disminución estadísticamente significativa con respecto al a media grupal pre, y dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento (ver tabla 7.18).

Tabla 7.17
Resultados por participante de la ansiedad y tamaño del efecto

P	Línea base			Sesión							SEG	Tau-U		
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	Efecto
1	8.0	5.9	6.6	4.9	3.9	3.0	4.6	4.3	3.9	3.6	2.0	-1.00	0.01*	Grande
2	8.0	6.4	7.7	6.0	6.0	5.4	5.3	5.6	4.6	3.6	2.0	-1.00	0.01*	Grande
3	4.0	3.7	3.9	2.1	1.0	0.0	0.0	1.3	1.0	1.0	1.0	-1.00	0.01*	Grande
4	3.0	2.4	4.9	3.6	0.6	0.6	1.1	1.1	1.6	0.7	0.0	-0.81	0.05	Moderado
5	8.0	7.7	8.3	5.4	5.0	5.3	5.1	5.1	4.3	4.0	3.0	-1.00	0.01*	Grande
6	9.0	5.4	6.1	6.4	4.4	7.9	3.9	2.9	1.1	2.0	1.0	-0.62	0.13	Leve
7	9.0	5.0	5.7	2.4	4.7	5.3	5.1	5.3	2.9	2.6	2.0	-0.71	0.08	Moderado
8	10.0	8.3	8.0	7.9	7.7	6.0	4.6	4.9	2.0	2.1	0.0	-1.00	0.01*	Grande
9	8.0	5.7	5.6	1.1	1.0	1.4	0.9	3.7	2.6	2.7	2.0	-1.00	0.01*	Grande
10	7.0	6.6	6.3	4.1	4.3	5.4	6.0	6.3	5.0	2.1	1.0	-0.95	0.02*	Grande
11	7.0	4.6	0.7	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-1.00	0.01*	Grande
M	7.4	5.6	5.8	4.1	3.5	3.7	3.3	3.7	2.6	2.2	1.3	-	-	-
DE	2.1	1.7	2.1	2.3	2.5	2.8	2.3	2.1	1.6	1.3	1.0	-	-	-
Tau-U grupal												-0.92	0.001**	Moderado

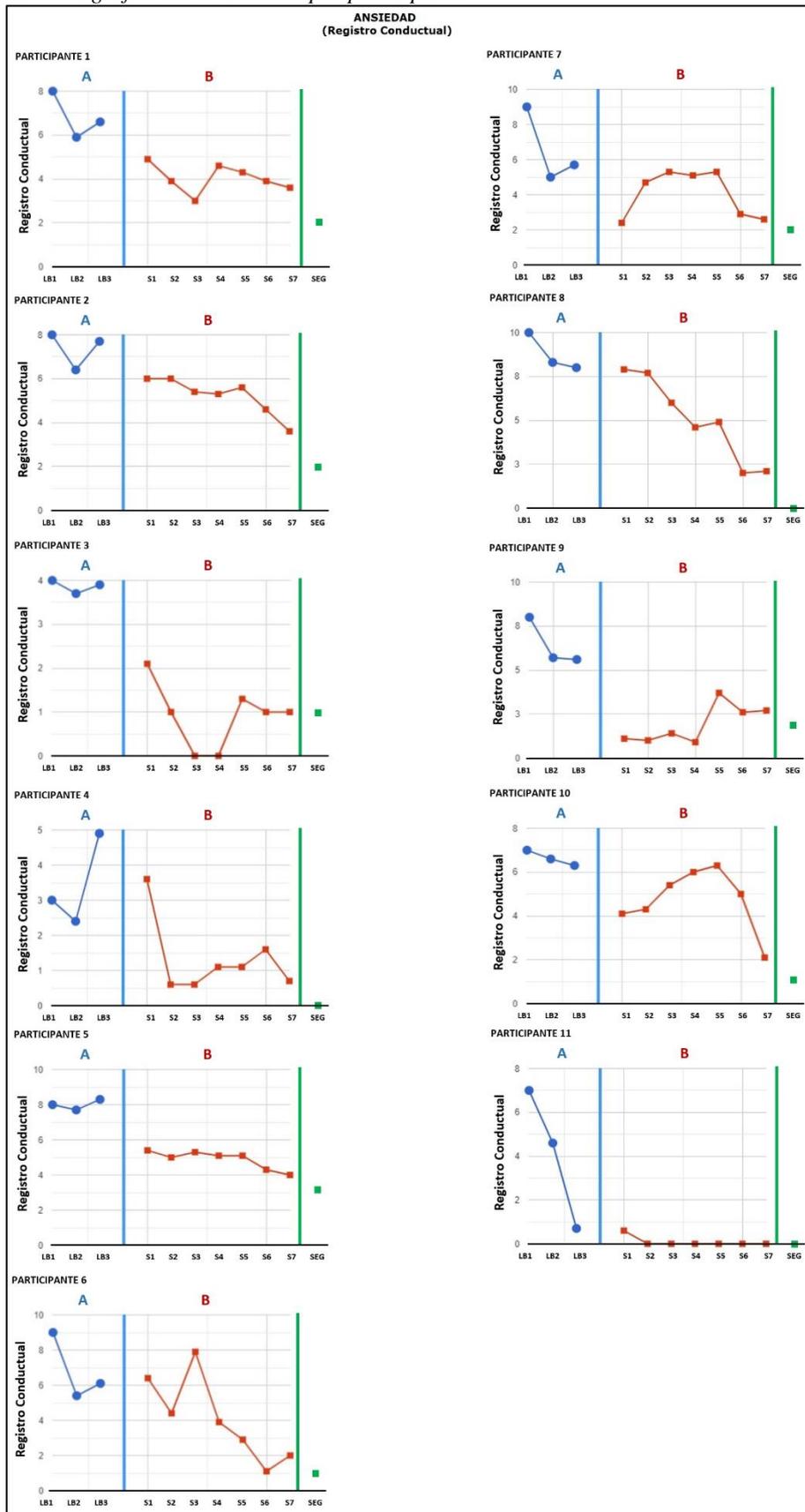
Nota. La depresión se evaluó con el registro conductual; SEG=Seguimiento a un mes; * $p<0.05$; ** $p<0.01$.

Tabla 7.18
Diferencias de media de la depresión (n=11)

Variable	Media (DE)		t	p	Media (DE)		t	p
	Pre	Post			Post	1 mes		
Ansiedad	7.4 (2.1)	2.2 (1.3)	9.65	0.001*	2.2 (1.3)	1.3 (1.0)	4.81	0.001*

Nota. La ansiedad se evaluó con un registro conductual; DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. * $p<0.05$.

Figura 7.7
Análisis gráfico de la ansiedad por participante



Nota. La ansiedad se evaluó con el registro conductual. A=Fase sin tratamiento; B=Fase con tratamiento; LB=Línea base S=Sesión semanal; SEG=Seguimiento a un mes.

Para la *evitación experiencial*, evaluada con el Cuestionario de Acción y Aceptación II validado en población mexicana (Patrón, 2010) su análisis gráfico (ver figura 7.8) mostró mejorías en todos los participantes, que se mantuvieron al mes de seguimiento. En cuanto al tamaño del efecto (Tau-U) de la comparación la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento) para la evitación experiencial se muestra en la tabla 7.23. El tamaño del efecto de los participantes 1, 2, 3, 5, 6, 10 y 11 (73%) fue grande y significativo, en el participante 9 (9%) fue grande, pero no significativo (aunque el valor de p fue limítrofe a 0.05) y en los participantes 7 y 8 (18%) fue moderado y significativo sólo para el participante 8, pero no para el participante 7 (ver tabla 7.23).

De manera grupal la Tau-U mostró un tamaño del efecto grande y significativo para la disminución de la evitación experiencial (ver tabla 7.19). La media grupal post de la evitación experiencial indicó una disminución estadísticamente significativa con respecto a la media grupal pre, y dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento como lo indica la tabla 7.20.

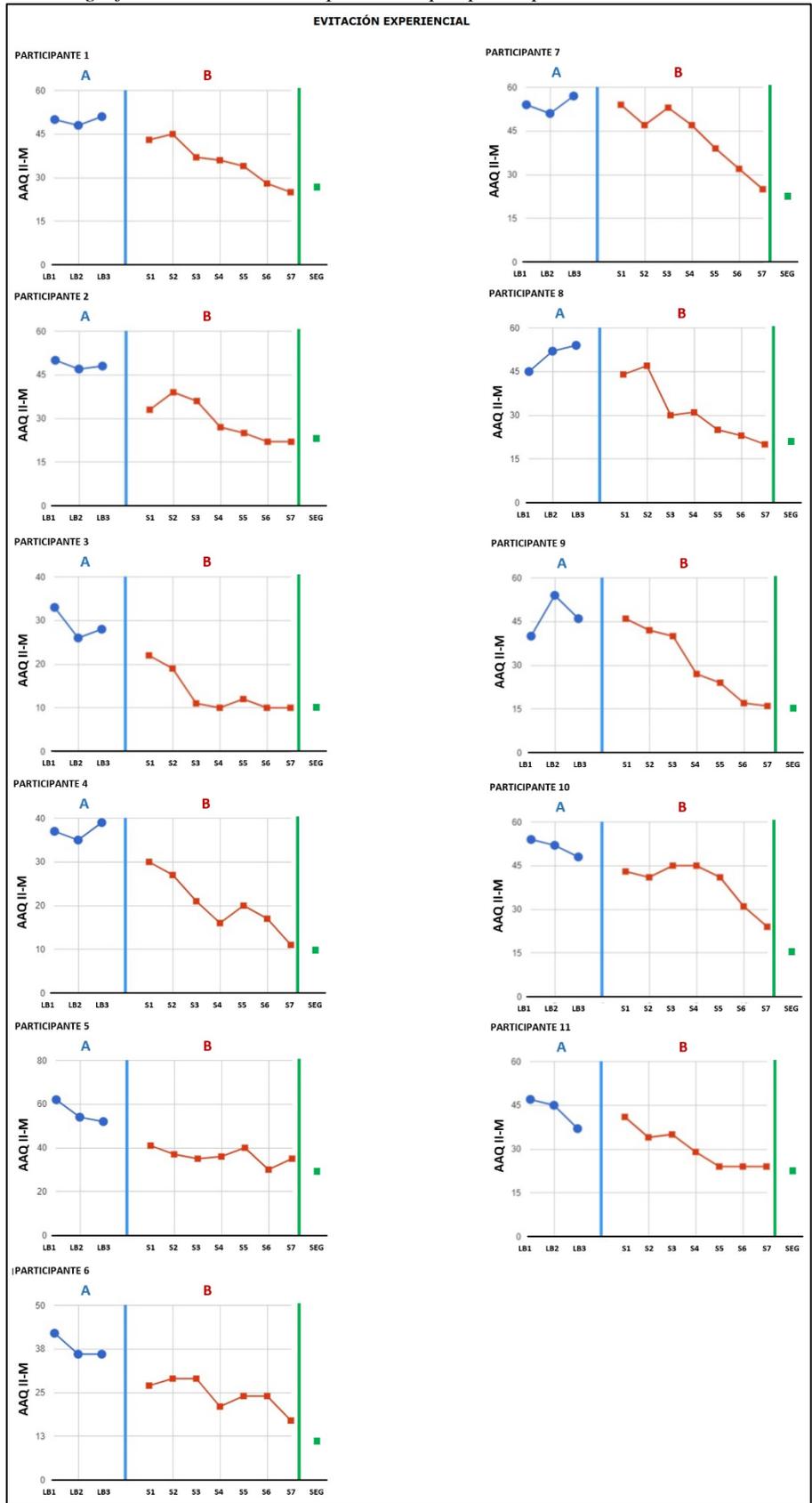
Tabla 7.19

Resultados por participante de la evitación experiencial y tamaño del efecto

P	Línea base			Sesión							SEG	Tau-U		
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	Efecto
1	50	48	51	43	45	37	36	34	28	25	27	-1.00	0.01*	Grande
2	50	47	48	33	39	36	27	25	22	22	21	-1.00	0.01*	Grande
3	33	26	28	22	19	11	10	12	10	10	10	-1.00	0.01*	Grande
4	37	35	39	30	27	21	16	20	17	11	10	-1.00	0.01*	Grande
5	62	54	52	41	37	35	36	40	30	35	26	-1.00	0.01*	Grande
6	42	36	36	27	29	29	21	24	24	17	12	-1.00	0.01*	Grande
7	54	51	57	54	47	53	47	39	32	25	23	-0.76	0.06	Moderado
8	45	52	54	44	47	30	31	25	23	20	21	-0.90	0.03*	Moderado
9	40	54	46	46	42	40	27	24	17	16	15	-0.71	0.08	Moderado
10	54	52	48	43	41	45	45	41	31	24	15	-1.00	0.01*	Grande
11	47	45	37	41	34	35	29	24	24	24	22	-0.90	0.03*	Moderado
<i>M</i>	46.7	45.5	45.1	38.5	37.0	33.8	29.5	28.0	23.5	20.8	18.4	-	-	-
<i>DE</i>	8.4	9.2	8.9	9.4	9.0	11.3	11.3	9.3	6.8	7.1	6.2	-	-	-
Tau-U grupal												-0.94	0.001**	Grande

Nota. La evitación experiencial se evaluó con el Cuestionario de Acción y Aceptación II validado en población mexicana (Patrón, 2010); SEG=Seguimiento a un mes; * p <0.05; ** p <0.01.

Figura 7.8
Análisis gráfico de la evitación experiencial por participante



Nota. La evitación experiencial se evaluó con el Cuestionario de Acción y Aceptación II validado en población mexicana (Patrón, 2010). A=Fase sin tratamiento; B=Fase con tratamiento; LB=Línea base S=Sesión semanal; SEG=Seguimiento a un mes.

Tabla 7.20*Diferencias de media de la evitación experiencial (n=11)*

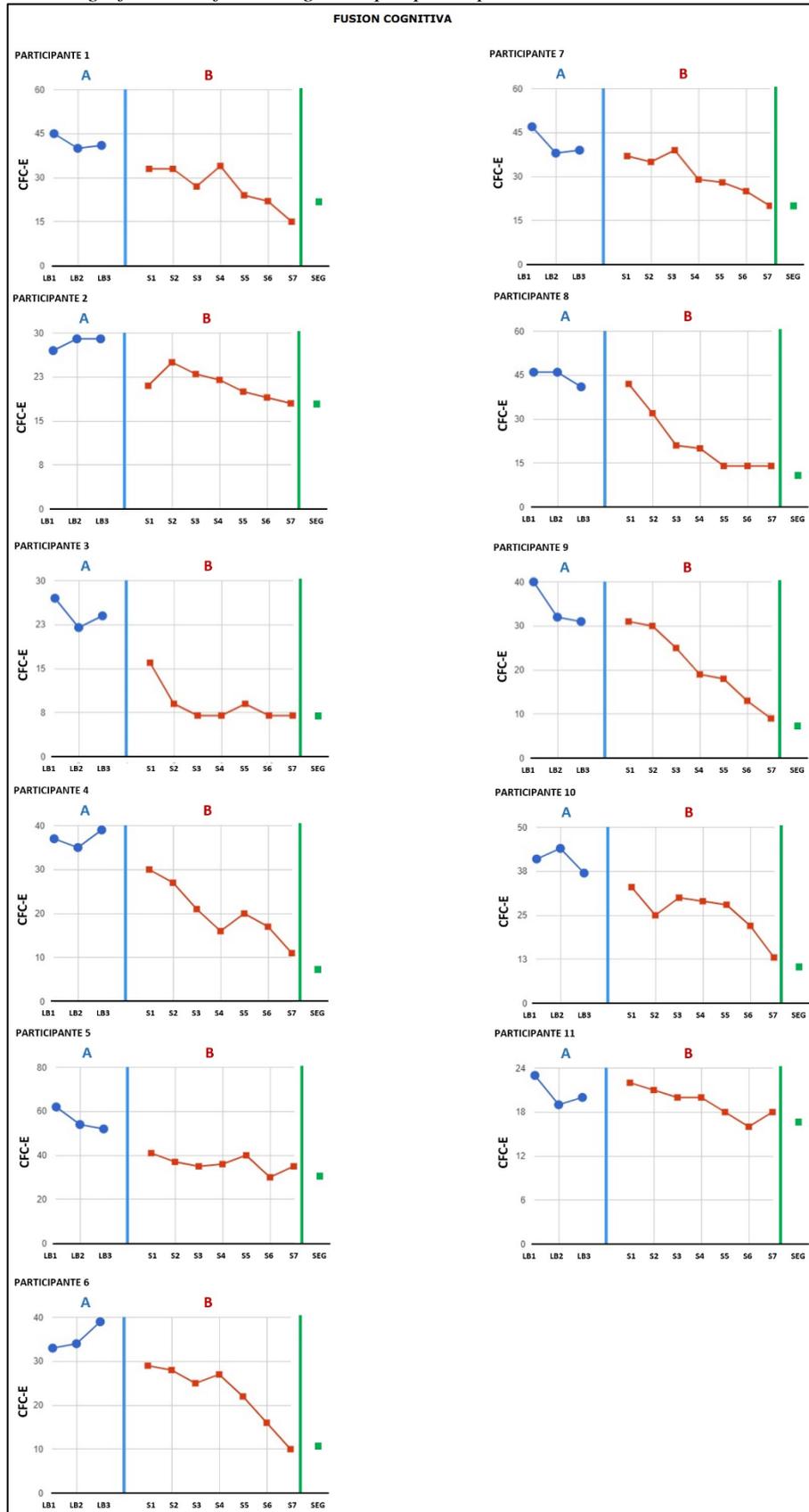
Variable	Media (DE)		t	p	Media (DE)		t	p
	Pre	Post			Post	1 mes		
Evitación experiencial	46.7 (8.4)	20.8 (7.1)	36.67	0.001*	20.8 (7.1)	18.4 (6.2)	2.20	0.052

Nota. La evitación experiencial se evaluó con el Cuestionario de Acción y Aceptación II validado en población mexicana (Patrón, 2010); DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. * $p < 0.05$.

Para la *fusión cognitiva*, evaluada con el Cuestionario de Fusión Cognitiva en español (Romero-Moreno et al., 2014), su análisis gráfico (ver figura 7.9) mostró mejoras en todos los participantes, que se mantuvieron al mes de seguimiento. En cuanto al tamaño del efecto (Tau-U) de la comparación la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento) para la fusión cognitiva se muestra en la tabla 7.21. El tamaño del efecto de los participantes 1, 2, 3, 4, 6, 9 y 10 (64%) fue grande y significativo, en los participantes 5, 7 y 8 (27%) fue moderado y significativo para los participantes 7 y 8, pero no significativo para el participante 5 (aunque el valor de p fue límite a 0.05) y en el participante 11 (9%) fue leve y no significativo (ver tabla 7.21).

De manera grupal la Tau-U mostró un tamaño del efecto moderado y significativo para la disminución de la fusión cognitiva (ver tabla 7.21). La media grupal post de la fusión cognitiva indicó una disminución estadísticamente significativa con respecto a la media grupal pre, y dicha mejora se mantuvo al mes de seguimiento como lo indica la tabla 7.22.

Figura 7.9
Análisis gráfico de la fusión cognitiva por participante



Nota. La fusión cognitiva se evaluó con el Cuestionario de Fusión Cognitiva en español (Romero-Moreno et al., 2014). A=Fase sin tratamiento; B=Fase con tratamiento; LB=Línea base S= Sesión semanal; SEG=Seguimiento a un mes.

Tabla 7.21*Resultados por participante de la fusión cognitiva y tamaño del efecto*

P	Línea base			Sesión							SEG	Tau-U		
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	Efecto
1	45	40	41	33	33	27	34	24	22	15	22	-1.00	0.01*	Grande
2	27	29	29	21	25	23	22	20	19	18	18	-1.00	0.01*	Grande
3	27	22	24	16	9	7	7	9	7	7	7	-1.00	0.01*	Grande
4	24	23	25	16	15	14	12	11	12	9	7	-1.00	0.01*	Grande
5	35	25	27	20	20	31	21	22	14	25	15	-0.76	0.06	Moderado
6	33	34	39	29	28	25	27	22	16	10	11	-1.00	0.01*	Grande
7	47	38	39	37	35	39	29	28	25	20	20	-0.86	0.04*	Moderado
8	46	46	41	42	32	21	20	14	14	14	11	-0.90	0.03*	Moderado
9	40	32	31	31	30	25	19	18	13	9	8	-0.95	0.02*	Grande
10	41	44	37	33	25	30	29	28	22	13	11	-1.00	0.01*	Grande
11	23	19	20	22	21	20	20	18	16	18	17	-0.33	0.42	Leve
<i>M</i>	35.2	32.0	32.1	27.3	24.8	23.8	21.8	19.5	16.4	14.3	13.4	-	-	-
<i>DE</i>	9.0	9.2	7.6	8.8	8.0	8.6	7.8	6.3	5.2	5.5	5.3	-	-	-
Tau-U grupal												-0.89	0.001**	Moderado

Nota. La fusión cognitiva se evaluó con se evaluó con el Cuestionario de Fusión Cognitiva en español (Romero-Moreno et al., 2014); SEG=Seguimiento a un mes; *p<0.05; **p<0.01.

Tabla 7.22*Diferencias de media de la fusión cognitiva (n=11)*

Variable	Media (DE)		t	p	Media (DE)		t	p
	Pre	Post			Post	1 mes		
Fusión cognitiva	35.2 (9.0)	14.3 (5.5)	7.12	0.001*	14.3 (5.5)	13.4 (5.3)	0.83	0.424

Nota. La fusión cognitiva se evaluó con se evaluó con el Cuestionario de Fusión Cognitiva en español (Romero-Moreno et al., 2014). DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. *p<0.05.

Finalmente, para la variable actitudes disfunciones, evaluada con la Escala Revisada de Actitudes Disfuncionales en español (Ruiz et al., 2016), su análisis gráfico (ver figura 7.10) mostró mejorías en todos los participantes, que se mantuvieron al mes de seguimiento.

En cuanto al tamaño del efecto (Tau-U) de la comparación la fase A (sin tratamiento) versus la fase B (con tratamiento) para las actitudes disfuncionales se muestra en la tabla 7.23. El tamaño del efecto de los participantes 1, 2, 3, 4, 5, 8 y 11 (64%) fue grande y significativo, en el participante 10 (9%) fue moderado y significativo, y en los participantes 6, 7 y 9 (27%) fue leve, pero no significativo (ver tabla 7.23).

De manera grupal la Tau-U mostró un tamaño del efecto moderado y significativo para la disminución de las actitudes disfuncionales (ver tabla 7.23). La media grupal post de las actitudes disfuncionales indicó una disminución estadísticamente significativa con respecto a la media grupal pre, y dicha mejoría se mantuvo al mes de seguimiento como lo indica la tabla 7.24.

Tabla 7.23
Resultados por participante de las actitudes disfuncionales y tamaño del efecto

P	Línea base			Sesión							SEG	Tau-U		Efecto
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	
1	39	43	40	35	36	36	27	30	23	19	21	-1.00	0.01*	Grande
2	56	46	50	41	46	45	31	29	25	21	22	-0.95	0.02*	Grande
3	40	38	34	23	21	23	17	17	17	17	17	-1.00	0.01*	Grande
4	65	44	50	26	25	25	19	18	19	17	17	-1.00	0.01*	Grande
5	90	55	56	40	49	39	53	51	38	39	38	-1.00	0.01*	Grande
6	31	40	24	19	22	33	29	28	17	17	17	-0.62	0.13	Leve
7	85	61	66	58	68	67	59	63	43	34	30	-0.52	0.21	Leve
8	98	102	86	29	56	35	33	34	17	17	17	-1.00	0.01*	Grande
9	36	32	44	39	40	31	30	23	21	22	24	-0.62	0.13	Leve
10	54	45	33	26	25	25	33	35	26	26	21	-0.86	0.04*	Moderado
11	76	59	60	52	46	30	42	18	17	17	17	-1.00	0.04*	Grande
<i>M</i>	60.9	51.4	49.4	35.3	39.5	35.4	33.9	31.5	23.9	22.4	21.9	-	-	-
<i>DE</i>	23.5	19.0	17.4	12.2	15.3	12.4	12.9	14.3	8.9	7.6	6.7	-	-	-
Tau-U grupal												-0.87	0.001**	Moderado

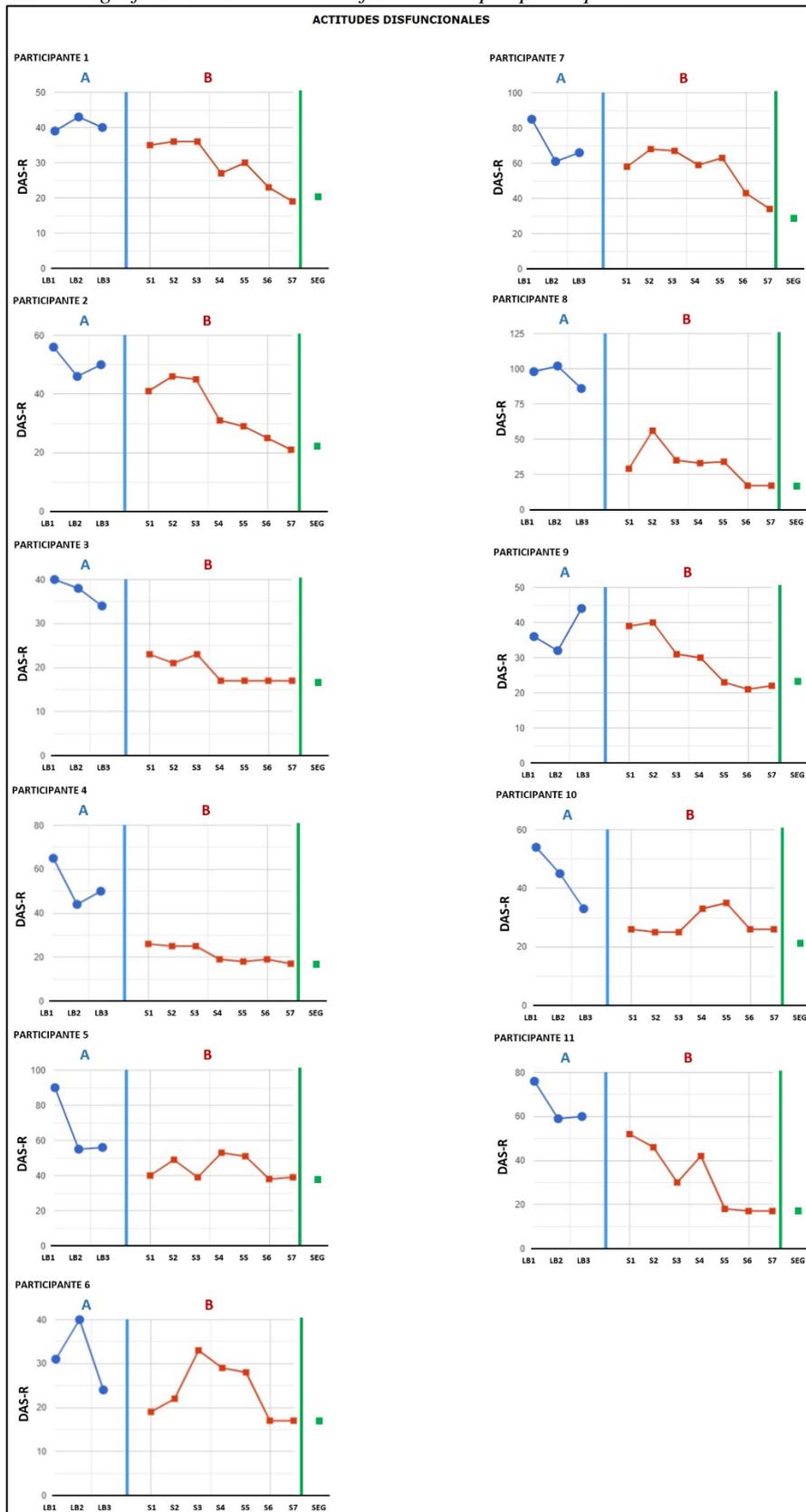
Nota. Las actitudes disfuncionales se evaluaron con se evaluó con la Escala Revisada de Actitudes Disfuncionales en español (Ruiz et al., 2016); SEG=Seguimiento a un mes; *p<0.05; **p<0.01.

Tabla 7.24
Diferencias de media de las actitudes disfuncionales (n=11)

Variable	Media (DE)		t	p	Media (DE)		t	p
	Pre	Post			Post	1 mes		
Actitudes disfuncionales	60.9 (23.5)	22.4 (7.6)	6.00	0.001*	22.4 (7.6)	21.9 (6.7)	0.68	0.510

Nota. La evitación experiencial se evaluó con el Cuestionario de Acción y Aceptación II validado en población mexicana (Patrón, 2010); la fusión cognitiva se evaluó con se evaluó con el Cuestionario de Fusión Cognitiva en español (Romero-Moreno et al., 2014) y las actitudes disfuncionales se evaluaron con se evaluó con la Escala Revisada de Actitudes Disfuncionales en español (Ruiz et al., 2016). DE=Desviación estándar; Sig.=Significancia. *p<0.05.

Figura 7.10
Análisis gráfico de las actitudes disfuncionales por participante



Nota. Las actitudes disfuncionales se evaluaron con se evaluó con la Escala Revisada de Actitudes Disfuncionales en español (Ruiz et al., 2016). A=Fase sin tratamiento; B=Fase con tratamiento; LB=Línea base S= Sesión semanal; SEG=Seguimiento a un mes.

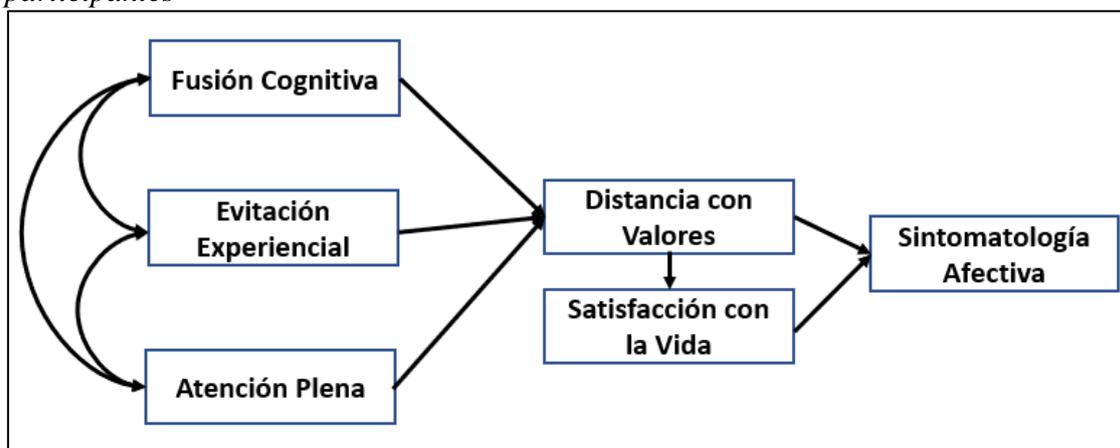
7.2.4 Modelo para personas con VIH y sintomatología afectiva

Después la aplicación del componente ACT con las mediciones de la evaluación final se propuso un modelo hipotético para explicar la mejoría de la sintomatología afectiva en los participantes. Para probar dicho modelo se realizó un análisis senderos (Path analysis en adelante), que de acuerdo con Pérez et al., (2013) es “un método que permite evaluar el ajuste de modelos teóricos en los que se proponen un conjunto de relaciones de dependencia entre variables” aunque es importante aclarar que no se prueba causalidad. Sin embargo, ayuda a inferir entre hipótesis.

El modelo hipotético propuesto de la sintomatología afectiva de los participantes se muestra en la figura 7.11. Sin embargo, este modelo no probó un buen ajuste como indican las tablas 7.25 y 7.26.

Figura 7.11

Modelo hipotético propuesto para explicar la sintomatología afectiva en los participantes



Nota. Bondad de ajuste ($X^2=5.337$; $gl=6$; $p=0.501$; $GFI=0.870$; $CFI=1.00$; $RMSEA=0.001$)

Tabla 7.25

Coefficientes de regresión para el modelo hipotético propuesto

	VARIABLES	B	E. E.	β	p
Fusión cognitiva	→ Distancia valores	0.163	0.274	0.163	0.571
Evitación experiencial	→ Distancia valores	0.278	0.217	0.278	0.242
Atención plena	→ Distancia valores	-0.140	0.173	-0.140	0.445
Distancia valores	→ Satisfacción con la vida	-0.886	0.436	-0.441	0.077
Distancia valores	→ Sintomatología afectiva	1.344	0.523	0.558	0.033*
Satisfacción con la vida	→ Sintomatología afectiva	-0.380	0.379	-0.317	0.342

Nota. B=Estimados de la regresión; E. E.=Error estándar; β =Estimados estandarizados. * $p<0.05$

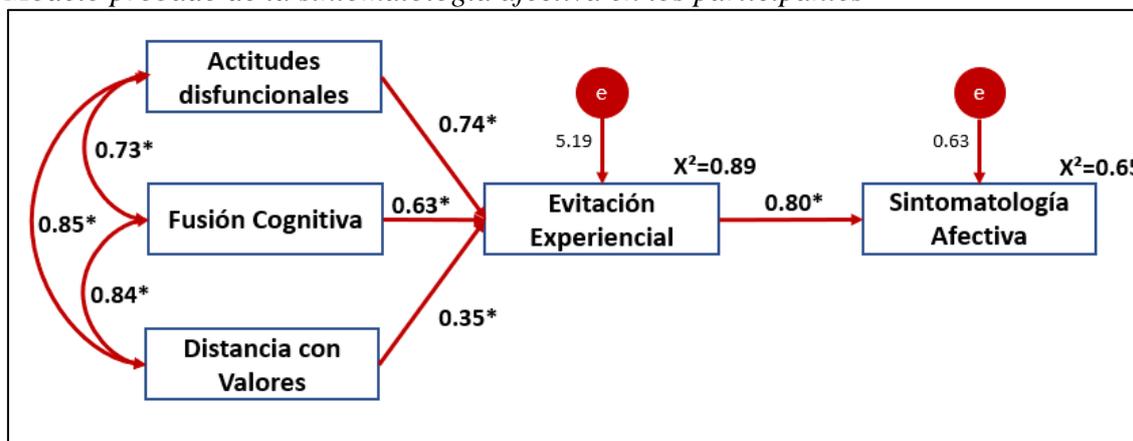
Como indica la tabla 7.26 entre las variaciones del modelo hipotético propuesto inicialmente, el modelo 3 fue el que mostró mejor ajuste para explicar la sintomatología afectiva de los participantes (ver figura 7.12). En la tabla 7.27 se muestran los coeficientes de regresión para el modelo 3 probado y las correlaciones entre variables se muestran en la tabla 7.28.

Tabla 7.26
Índices de ajustes para las tres variaciones del modelo hipotético

Índices de ajuste	Modelo hipotético	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Criterio*
X ²	5.337	12.617	1.043	0.116	> 0.05
GI	6	12	7	3	< 3
p	0.501	0.397	0.994	0.990	> 0.05
GFI	0.870	0.814	0.967	0.995	≥ 0.95
RMSEA	0.001	0.072	0.000	0.000	< 0.05
CFI	1.00	0.990	1.000	1.000	≥ 0.95
R ²	0.51	0.65	0.65	0.65	-

Nota. *Criterios tomados de Pérez et al., 2013.

Figura 7.12
Modelo probado de la sintomatología afectiva en los participantes



Nota. Bondad de ajuste (X²=0.116; Grados de libertad=3; p=0.993; GFI=0.995; CFI=1.00; RMSEA=0.001). *Correlaciones significativas (p<0.05).

Tabla 7.27
Coefficientes de regresión para el modelo probado

Variables	B	E. E.	β	p
Actitudes disfuncionales → Evitación experiencial	0.688	0.211	0.735	0.01*
Fusión Cognitiva → Evitación experiencial	1.194	0.166	0.923	0.001**
Distancia con valores → Evitación experiencial	1.860	0.335	0.880	0.001**
Evitación Experiencial → Sintomatología afectiva	0.158	0.039	0.803	0.003*

Nota. B=Estimados de la regresión; E. E.=Error estándar; β=Estimados estandarizados. *p<0.05 **p<0.001

Tabla 7.28*Correlación de las variables consideradas en el modelo probado*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Sintomatología afectiva	-	0.80**	0.78*	0.69*	-0.28	-0.32	0.55
2. Evitación experiencial		-	0.92**	0.88**	-0.32	-0.49	0.74**
3. Fusión cognitiva			-	0.84**	-0.24	-0.44	0.73*
4. Distancia con valores personales				-	-0.4	-0.62*	0.85**
5. Atención plena					-	0.34	-0.62*
6. Satisfacción con la vida						-	-0.59
7. Actitudes disfuncionales							-

Nota. *p<0.05; **p<0.001.

El modelo probado indica que la variable que mejor explica la disminución de sintomatología afectiva de los participantes (n=11) fue la evitación experiencial, que se explica con la disminución de las actitudes disfuncionales, la fusión cognitiva y aumenta cercanía con las acciones vinculadas a los valores personales.

7.3 Consumo de sustancias

El consumo de sustancias se evaluó para atender el criterio de eliminación de riesgo de consumo alto. Sin embargo, esta variable también fue evaluada al final de la intervención. Por lo anterior se contó con una medición pre y post a la intervención ACT-VIH, lo que hizo posible observar que el consumo de sustancias disminuyó después de la intervención, siendo esto un hallazgo secundario a la investigación.

Tanto en la evaluación pre como en la evaluación post, ningún participante presentó un riesgo de consumo alto para ninguna de las sustancias evaluadas con el ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, OMS, 2003) y ningún participante reportó uso de drogas inyectadas.

De forma general como indica la tabla 7.3 en la evaluación pre los participantes mostraron un riesgo de consumo bajo y moderado, y después de la intervención las sustancias con riesgo moderado disminuyeron a riesgo bajo. Sólo un participante

conservó en la evaluación post su riesgo moderado en el consumo particularmente de tabaco.

Tabla 7.29

Nivel de riesgo del consumo de sustancias según el ASSIST^a

Sustancia	Consumo ^b %(P)	Pre			Post		
		Bajo %(P)	Moderado %(P)	Alto %(P)	Bajo %(P)	Moderado %(P)	Alto %(P)
Tabaco	100(11)	45(5)	55(6)		91(10)	9(1)	
Alcohol	100(11)	73(8)	27(3)		100(11)		
Cannabis	73(8)	64(7)	9(1)		73(8)		
Cocaína	64(7)	55(6)	9(1)		64(7)		
Anfetaminas tipo estimulantes	45(5)	45(5)			45(5)		
Inhalantes	9(1)	9(1)			9(1)		
Sedantes/pastillas para dormir	45(5)	45(5)			45(5)		
Alucinógenos	18(2)	18(2)			18(2)		
Opioides	9(1)	9(1)			9(1)		
Poppers	73(8)	73(8)			73(8)		
Drogas inyectadas	0(0)						

Nota. P=Participantes

^a Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

^b Sustancia consumida por lo menos alguna vez durante la vida.

Lo anterior podría explicarse debido a que una de las áreas en el plan de acciones valiosas, que los participantes realizaban cada semana, era el área de salud, en la que los participantes se proponían acciones valiosas como lo es la disminución de consumo de sustancias.

CAPÍTULO 8

Discusión y conclusiones de la intervención ACT-VIH

*Los sentimientos van y vienen como las nubes en un cielo ventoso.
La respiración consciente es mi ancla.
Thich Nhat Hanh (1997).*

8.1 Discusión de los resultados

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en personas con VIH y sintomatología afectiva. Con respecto a ello, en población sin VIH la ACT ha mostrado evidencia en un amplio rango de problemas como el dolor crónico, el trastorno bipolar, la ansiedad y depresión (Ruiz, 2010; 2012). Sin embargo, en población con VIH la evidencia es limitada (Grahama et al., 2016).

En una revisión de la literatura realizada por Ruiz (2010) sobre la ACT y la sintomatología afectiva (ansiedad y depresión) en personas sin VIH, encontró que 22 estudios que utilizaron alguna versión del *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ, propuesto inicialmente por Hayes et al., 2004) reportaron una correlación positiva entre este instrumento e instrumentos que median depresión. El AAQ mide evitación experiencial, lo que significa que estos estudios encontraron que a mayor evitación experiencial mayor depresión. En cuanto a la ansiedad en otros 15 estudios Ruiz (2010) reportó una correlación positiva entre alguna versión del AAQ e instrumentos que miden ansiedad. Es decir, que a mayor evitación experiencial mayor ansiedad.

La revisión de Ruiz (2010) en población sin VIH es consistente con lo encontrado en este trabajo que evaluó la evitación experiencial con la versión mexicana del AAQ-II (Patrón, 2010), y que mostró una correlación positiva con la sintomatología afectiva (depresión y ansiedad) de los participantes con VIH. Esta correlación es consistente con

lo encontrado por Delaney y O'Brien (2012) quienes reportaron una correlación positiva entre una versión del AAQ y la depresión en 76 militares veteranos con VIH.

Este estudio de Delaney y O'Brien (2012) también evaluó la calidad de vida con la encuesta de salud SF-12 (Form-12 Health Survey, Jenkinson et al., 1997) reportando una correlación negativa con la evitación experiencial y sintomatología afectiva. Esto último es consistente con la correlación negativa encontrada en el presente estudio entre la satisfacción con la vida y la sintomatología afectiva y evitación experiencial. Sin embargo, estas correlaciones en el presente estudio no fueron significativas, lo que puede deberse a que más que insatisfechos con la vida, los 11 participantes con VIH de este estudio referían como principal problema la aceptación del diagnóstico de VIH (ver tabla 7.32). Sin embargo, la diferencia de medias de la satisfacción con la vida pre y post mostró un aumento significativo, que se mantuvo al mes de seguimiento (ver tabla 7.14).

La satisfacción con la vida en los once participantes con VIH de este estudio tuvo una correlación negativa y significativa con la distancia con valores, lo que indica que, a mayor distancia con los valores personales, menos satisfacción con la vida, esto es consistente con lo propuesto por la ACT, acerca de que realizar acciones vinculadas con los valores personales, permite un mejor contacto con la vida (Hayes et al., 2014; 1999), lo que podría explicar el aumento significativo de satisfacción con la vida de los participantes después del componente ACT-VIH y su correlación positiva con la cercanía con los valores personales.

En cuanto a la eficacia de la ACT en comparación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tradicional, Ruiz (2012) realizó una revisión sistemática con metaanálisis en la que encontró evidencia a favor de la ACT en comparación de la TCC tradicional. Aunque Ruiz (2012) advierte que sus resultados requieren más investigación y considera su estudio como preliminar, concluye que dicha evidencia preliminar de su

estudio indica que la ACT produce mejores resultados y que funciona a través de procesos diferentes que la TCC tradicional.

Con respecto a lo reportado por Ruiz (2012) en el presente estudio se evaluaron las actitudes disfuncionales en los once participantes con VIH como una medida rival, es decir, aunque el objetivo de la intervención ACT-VIH no fue el control o disminución de los esquemas disfuncionales, sino la flexibilidad psicológica, las actitudes disfuncionales disminuyeron de forma significativa y mostraron una correlación positiva y significativa con la fusión cognitiva (ver tabla 7.32). Lo anterior indica que las actitudes disfuncionales mejoraron, aunque el tratamiento se basó únicamente en los procesos que integran el modelo de flexibilidad psicológica y no en el tratamiento sugerido por la TCC tradicional. Estos resultados son consistentes con lo encontrado por Ruiz (2012) en población sin VIH, acerca de que la ACT obtiene resultados generales mejores respecto a la TCC tradicional, debido a que la ACT, aunque funciona con procesos diferentes, no sólo disminuye la sintomatología afectiva, sino que muestra mejorías más inmediatas en la calidad de vida.

La revisión sistemática realizada por Grahama et al. (2016), que buscó estudios que evaluaban la ACT en enfermedades crónicas encontró sólo un estudio con respecto a la infección por VIH. El estudio reportado por Grahama et al. (2016) fue el estudio piloto de Moitra et al. (2011) en el que se evaluó una intervención ACT para promover la adherencia al TAR, el estudio no evaluó ningún proceso ACT, pero reportó mejorías en los marcadores biológicos CD4 y carga viral. Lo anterior es consistente con lo encontrado en el presente estudio en el que la intervención ACT-VIH mostró mejorías en el número de CD4 de los participantes y todos lograron la supresión viral. Además, el presente trabajo evaluó la adherencia y la satisfacción con el TAR.

Posteriormente, Moitra et al. (2015) evaluó una intervención de ACT en personas con diagnóstico reciente por VIH en la que encontró mejorías en los síntomas depresivos de los participantes y en la aceptación del diagnóstico por VIH que midió con una versión del AAQ adaptada para evaluar la aceptación del estatus de VIH. Lo anterior es también consistente con lo encontrado en el participante 8 del presente estudio, quien no estaba satisfecho con su TAR porque no aceptaba su diagnóstico, lo que mejoró después de la intervención ACT-VIH y en la medición post este participante reportó la aceptación de su diagnóstico y satisfacción con su TAR (ver tabla 7.6).

Además, aunque el estudio de Moitra et al. (2015) no evaluó los marcadores biológicos de células CD4 y carga viral, sí realizó una evaluación inicial del consumo de sustancias en sus participantes. El presente trabajo es un avance en este sentido porque evaluó el riesgo de consumo de sustancias de forma pre y post a la intervención ACT-VIH encontrando una disminución del riesgo moderado de consumo de sustancias a un nivel de riesgo leve en casi todas las sustancias evaluadas por el ASSIST (OMS, 2003) excepto en un participante que continuó con riesgo moderado después de la intervención ACT-VIH, pero sólo para el consumo de tabaco (ver tabla 7.3).

En población mexicana sin VIH Patrón (2013) aplicó la misma versión del AAQ (Patrón, 2010) utilizada en la presente investigación a un grupo no clínico y tres grupos clínicos según su diagnóstico de ansiedad, depresión y psicosis. Patrón (2013) encontró que la evitación experiencial era significativamente menor en el grupo no clínico con respecto a los tres grupos clínicos. Lo anterior es consistente con los resultados de los participantes con VIH del presente estudio en cuanto a la correlación positiva y significativa entre la evitación experiencial y la sintomatología afectiva (depresión y ansiedad).

Además, el modelo de la sintomatología afectiva de los participantes en el presente estudio a través del path analysis, es consistente con las revisiones realizadas por Ruiz (2010; 2012) y el estudio de Patrón (2013) en donde la evitación experiencial reporta una correlación positiva con la sintomatología afectiva. De la misma manera el modelo probado en el presente estudio muestra como principal explicación de la sintomatología afectiva a la evitación experiencial y a su vez la evitación experiencial es explicada por un alto grado de fusión cognitiva, actitudes disfuncionales y lejanía con los valores personales (ver figura 7.12).

Posterior a los estudios de Moitra et al. (2011; 2015) un estudio cuasiexperimental realizado por Faezipour et al. (2018) en población iraní aplicó una intervención de ACT para disminuir la depresión en personas con VIH, en el que participaron 2 mujeres y 10 hombres en el grupo experimental y 6 mujeres y 6 hombres en el grupo control. Sin embargo, la única variable evaluada fue la depresión de forma pre y post. Faezipour et al. (2018) reportaron una diferencia significativa en la mejoría de la depresión en el grupo que llevo las ocho sesiones de ACT con respecto al grupo control. La reducción de los síntomas depresivos encontrados por Faezipour et al. (2018) en el grupo experimental es consistente con lo reportado el presente trabajo, en el que además de medir la sintomatología afectiva (depresión y ansiedad) se evaluaron varios procesos relacionados con el modelo de flexibilidad psicológica y marcadores biológicos (CD4 y carga viral), aunque sólo participaron hombres.

Otro avance del presente trabajo es la propuesta del ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT que permite una valoración de la flexibilidad psicológica percibida por los participantes y con ello la formulación ACT del caso. Lo anterior es importante porque la formulación ACT del caso guía el orden en que los procesos ACT

pueden ser trabajados y dicha formulación no ha sido reportada en la escasa evidencia sobre la ACT en personas con VIH y sintomatología afectiva, antes mencionada.

La eficacia del componente ACT puede deberse a que al promover el modelo de flexibilidad psicológica primero: la evitación experiencial y la fusión cognitiva disminuyeron, lo que fue consistente con la disminución de las actitudes disfuncionales, aunque el objetivo del tratamiento no fue el control, ni la disminución de los esquemas disfuncionales, sino su aceptación. Además, la disminución de la fusión cognitiva pudo contribuir a una mejor toma de perspectiva y con ello la disminución del yo concepto. Segundo, al aumentar el contacto con el momento presente y la orientación de acciones comprometidas vinculadas a los valores personales, esto puede explicar las mejoras en la satisfacción con la vida y la atención plena, así como influido en la adherencia al TAR como una conducta valiosa vinculada al valor de la salud e incluso contribuido con la disminución en el riesgo de consumo de sustancias. Y tercero, que el promover en general el modelo de flexibilidad psicológica, particularmente la disminución de la evitación experiencial perimió la mejoría en la sintomatología afectiva como lo indica el modelo probado con el path analysis.

En cuanto al objetivo de evaluar la *metáfora del reloj de arena* como única estrategia del componente psicoeducativo de la intervención ACT-VIH para promover y mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral, es importante primero mencionar que la estrategia de la *metáfora del reloj de arena* fue creada y validada inicialmente por Neria (2016) dentro de un programa de psicoeducación para la adherencia al TAR que proporcionaba los conocimientos básicos sobre el VIH y el TAR a través de una presentación de diapositivas y luego reforzaba dichos conocimientos con la estrategia de la *metáfora del reloj de arena*. Sin embargo, la metáfora reportó ser atractiva y clara en

proporcionar los conocimientos básicos sobre el VIH y el TAR, según las opiniones de los participantes de dicho estudio.

Además, la *metáfora del reloj de arena* es un recurso metafórico propuesto dentro del marco teórico de la ACT, que sugiere trabajar con este tipo de recursos literarios para facilitar no sólo la transmisión de un conocimiento, sino el cambio conductual (McCurry & Hayes, 1992). En este sentido el componente psicoeducativo de la intervención ACT-VIH fue eficaz en proporcionar los conocimientos básicos sobre VIH y el TAR, y en mejorar y mantener la adherencia necesaria al medicamento, lo que es consistente con el trabajo de Neria (2016) y con la evidencia reportada por Rueda et al., (2006) en su revisión sistemática, en la que las intervenciones de naturaleza psicoeducativa mostraron evidencia a favor para incrementar la adherencia al TAR.

La psicoeducación, por lo general, es un componente insertado en programas más amplios que incluyen el tratamiento de comorbilidades psiquiátricas como es el caso de la propuesta de *Life-Steps* (Safren et al., 1999) dirigido al tratamiento de la adherencia y la depresión o el trabajo de Valle et al., (2019), que incluye *Life-Steps* como un componente aditivo de psicoeducación en un programa para disminuir sintomatología depresiva. En ese sentido la presente investigación integra también el componente psicoeducativo dentro la intervención ACT-VIH, sin embargo, este componente fue diseñado para aplicarse también de forma independiente.

Siguiendo con lo anterior, el componente psicoeducativo basado en *La metáfora del reloj de arena* mostró que puede aplicarse en una sesión individual de 30 minutos, lo que es una ventaja con respecto a otros estudios como el realizado por Balfour et al., (2006) en Canadá, que aplicó la Terapia de Apoyo a la Adherencia en cuatro sesiones individuales de 75 minutos cada una con el objetivo de mejorar la adherencia y proporcionar estrategias para el manejo del estrés y la depresión. O bien, el estudio de

Ribeiro et al., (2015) realizado en una clínica de Portugal, que consistió en una intervención psicoeducativa para la adherencia al TAR impartida de forma grupal (tres grupos de 12 participantes y uno de 13 participantes) en dos sesiones de 120 minutos cada una. En futuras investigaciones sería viable evaluar si el componente psicoeducativo basado en *La metáfora del reloj de arena* en formato grupal, replica su eficacia en una sesión breve.

En cuanto a la inclusión de participantes adherentes y no adherentes Ribeiro et al., (2015) evaluaron una intervención psicoeducativa que mostró eficacia para la adherencia al TAR, pero que incluyó únicamente participantes no adherentes, por lo que el componente psicoeducativo evaluado en el presente trabajo representa un avance al considerar no sólo el tratamiento de los no adherentes, sino el mantenimiento de la adherencia requerida al TAR en los adherentes, con el objetivo de conservar la supresión viral y con ello contribuir a prevenir la transmisión del VIH por vía sexual. Hasta donde se ha observado en algunos estudios (Cohen et al., 2016; Eisinger et al., 2019; Rodger et al., 2018), la supresión viral es fundamental en la prevención del contagio de VIH por vía sexual. Lo que permite comprender la importancia no sólo de mejorar la adherencia, sino de mantenerla en quienes ya son adherentes al TAR.

Con respecto a lo anterior, en el estudio realizado por Valle et al., (2019) en población mexicana, que integra psicoeducación para la adherencia al TAR dentro de un programa basado en activación conductual para mejorar síntomas afectivos, incluyó un participante adherente y siete participantes no adherentes, este estudio reportó que todos los participantes aumentaron sus niveles de adherencia al TAR. Sin embargo, según sus resultados, después de la intervención sólo cuatro participantes obtuvieron una adherencia $\geq 95\%$, que es la adherencia necesaria para garantizar la supresión viral, y de los cinco

participantes que concluyeron el seguimiento a un mes solo cuatro reportaron una adherencia $\geq 95\%$.

Al igual que en la presente investigación todos los participantes en el estudio de Valle et al., (2019) fueron hombres, pero en contraste, los resultados en el presente estudio mostraron evidencia sobre que la intervención ACT-VIH, que incluyó un recurso metafórico como psicoeducación, mejoró la adherencia al TAR a los niveles necesario ($\geq 95\%$) en 4 participantes (36%) y mantuvo dicha adherencia necesaria al TAR en 7 participantes (64%). Estos beneficios permanecieron a las ocho y doce semanas de seguimiento en los once participantes, quienes reportaron al seguimiento de sus marcadores biológicos una carga viral indetectable (< 40 copias) y un aumento de sus células CD4 (ver tabla 7.6).

Además, los estudios sobre adherencia normalmente no incluyen la evaluación de la satisfacción al TAR, lo que es una contribución adicional de esta investigación, en la que se pudo identificar que de los once participantes, dos no estaban satisfechos con su TAR. En un participante se debía a la no aceptación de la enfermedad (predictores de la adherencia relacionados con el sujeto) y en el otro participante, a los efectos secundarios (predictores de la adherencia relacionados con el tratamiento).

Es importante mencionar que como sugiere Santamaría y Uribe (2017) en su revisión de la literatura sobre estudios de psicoeducación para la adherencia al TAR que utilizan ACT, que los estudios en esta línea de investigación son escasos, y si bien el componente psicoeducativo del presente estudio consiste en un recurso metafórico, se puede considerar una tratamiento ACT siempre y cuando se aplique junto con el componente ACT, es decir la intervención ACT-VIH completa, que incluye el componente psicoeducativo basado en la *metáfora del reloj de arena* y el componente ACT que incluye el trabajo de los procesos que integran el modelo de flexibilidad

psicológica. Si el componente psicoeducativo se aplica de manera independiente sólo se puede asumir que utiliza un recurso metafórico para mantener o mejorar la adherencia al TAR que ha mostrado evidencia empírica. Lo cual indica que se debe seguir investigando en programas de adherencia al TAR basados en ACT.

La eficacia de *La metáfora del reloj de arena* como psicoeducación podría deberse a lo siguiente: primero, que la información proporcionada fue un contenido validado por un grupo de médicos expertos en la infección por VIH y el TAR (Neria, 2016). Segundo, que se realizó un piloteo de la psicoeducación basada en *La metáfora del reloj de arena* en tres personas con VIH antes de ser aplicada a los participantes de este estudio. Y tercero, que la manera de presentar la psicoeducación en un material didáctico manipulable parece propiciar un mayor interés en los participantes para involucrarse en la actividad, resolver sus dudas y considerar la toma del medicamento como una conducta de vital importancia para evitar la progresión de la infección por VIH a la fase de sida.

En general, la Intervención ACT-VIH evaluada en el presente estudio mostró consistencia con lo reportado en la literatura científica sobre que el incremento de la flexibilidad psicológica mejora la sintomatología afectiva y que la psicoeducación sigue siendo una buena herramienta para proporcionar conocimientos y facilitar el cambio conductual en cuanto a la toma del TAR.

8.2 Conclusiones

Aunque la investigación de ACT en personas con VIH es limitada (Grahama et al., 2016), lo encontrado en el presente trabajo es consistente con los estudios exploratorios realizados en personas con VIH y en población sin VIH (Ruiz, 2010; 2012). Por lo que, esta investigación proporciona evidencia sobre que en personas con VIH y sintomatología afectiva (depresión y ansiedad) los supuestos teóricos propuestos por la ACT, que se basan en el modelo de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014; 1999)

muestran evidencia favorable en el tratamiento de la sintomatología efectiva asociada a la infección por VIH.

Además, aunque se requiere más investigación, la medición de las actitudes disfuncionales permitió tener evidencia preliminar de que, en personas con VIH, procesos terapéuticos diferentes a los propuestos por la TCC tradicional, también son eficaces para mejorar esquemas disfuncionales a través de su aceptación y no de su control o eliminación.

En cuanto al componente psicoeducativo la *metáfora del reloj de arena* aportó evidencia de que el lenguaje metafórico fue eficaz para proporcionar los conocimientos básicos sobre el VIH y el TAR. Además, dicho componente mostró evidencia en mantener y mejorar la adherencia al TAR.

Finalmente, atender aspectos psicológicos como la sintomatología afectiva (depresión y ansiedad) asociados a la infección por VIH y el mantenimiento de la adherencia necesaria al TAR para lograr la supresión viral, permite que las personas con VIH normalicen su esperanza de vida con respecto a la población en general, lo que implica que puedan trabajar y tengan una mejor calidad de vida. Así, atender lo antes mencionado, también puede significar el comienzo de poner fin a la epidemia de VIH, porque la supresión viral contribuye de manera sustancial a prevenir la transmisión del VIH por vía sexual.

8.3 Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que los participantes fueron únicamente hombres y que la intervención ACT-VIH no puede generalizarse a su aplicación grupal, ni a otras poblaciones que no son la población estudiada en esta investigación. Otra limitación es que algunos instrumentos, aunque estaban en español y

el piloteo indicó que los participantes no tuvieron problemas en resolverlos no estaban validados en población mexicana, es el caso de la escala de actitudes disfuncionales y el cuestionario de fusión cognitiva. En futuras investigaciones sería necesario incluir participantes mujeres y aunque en el diseño de comparación intra sujetos cada participante es su propio control, es necesario evaluar la intervención ACT-VIH en formato grupal y comparar su eficacia con respecto a un grupo control.

Referencias

- Achebe, C. (1964). *Arrow of God*. Heinemann.
- Alonso, S., M., M., Gómez, S. J. L., Santolaria, F. F., Rodríguez, M. F., Essardas, H., Rodríguez, R. E., Rodríguez, G. M., Durán, C. C., Alemán, V. R., & González, R. E. (2000). Eficacia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudio de 807 pacientes. *Medicina Clínica, 115*(13), 481-486. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(00\)71601-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71601-0)
- Álvarez, H., F., & Álvarez, H., A. (2009). *Epidemiología general y clínica*. Ecoe Ediciones.
- Anguas, P. & Reyes, L. (1997). *El significado del bienestar, su valoración en México*. (Tesis de maestría) Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México.
- Araya-Vargas, G., Gapper-Morrow, S., Moncada-Jiménez, J., & Buckworth, J. (2009). Translation and crosscultural validation of the spanish version of the Mindful Awareness Attention Scale (MAAS): An exploratory analysis and potential applications to exercise psychology, sport and health. *International Journal of Applied Sports Sciences, 21*(1), 94-114.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314-319. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psychotema, 12*, 314-319. <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7597>
- Azkune, H., Ibarburen, M., Camino, X., & Iribarren, J., A. (2011). Prevención de la transmisión del VIH (vertical, ocupacional y no ocupacional). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 29*(8), 615-625. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.05.006>
- Badowski, M. E., Pérez, S. E., & Biagi, M. (2016). New Antiretroviral Treatment for HIV. *Infectious Diseases and Therapy, 5*(3), 329-352. <https://doi.org/10.1007%2Fs40121-016-0126-x>
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45. <http://doi.org/10.1177/107.319.1105283504>.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G., A., Angel, J., B., MacPherson, ... Cameron, D., W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care, 18*(7), 830-838. <https://doi.org/10.1080/09540120500466820>
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica, 10*(1), 53-69. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*(3), 505-516. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56040304>
- Barraca, M. J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas,*

- 65(127), 761-781. <http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/Terapia-de-Aceptacion-y-Compromiso-ACT.pdf>
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., J., Dauguet, C., Axler-Blin, C., Vézinet-Brun, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W., & Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220(4599), 868-871. <https://doi.org/10.1126/science.6189183>
- Bateganya, M., Abdulwadud, O. A., & Kiene, S. M. (2010). Home-based HIV voluntary counselling and testing (VCT) for improving uptake of HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7) [CD006493]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006493.pub4>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. University of Pennsylvania Press.
- Berg, C., Raminani, S. Greer, J., Harwood, M., & Safren, S. (2008). Participants' perspectives on cognitive-behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280. <https://doi.org/10.1080/10503300701561537>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R.A., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brandt, P. C., Paulus, D. J., Chad, L. M. G., Norton, P. J., & Zvolensky, M. J. (2018). A Novel Integrated Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Medication Adherence Among Persons Living With HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 105-118. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.01.007>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 49-69. <https://doi.org/10.1521/aeap.15.1.49.23844>
- Burnet, S. F. M. (1940). *Biological aspects of infectious disease*. The University Press.
- Caballero, S. N. P. (2015). *Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH-SIDA: Evaluación e intervención*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Biblioteca Digital UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2015/febrero/0725258/Index.html>
- Campero, L., Caballero, M. Kendall, T., Herrera, C., & Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en mujeres y varones mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam105e.pdf>
- Cano-García, F. J., & Rodríguez-Franco, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experienciade dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 20, 329-346.
- Cantú, G. R., Álvarez, B. J., Torres, L. E., & Martínez, S. O. (2012). Impacto social en personas que viven con VIH-Sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*,

- 22(2), 163-172.
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/529/899>
- Cantú, G. R., Álvarez, B. J., Torres, L. E., & Martínez, S. O. (2012). Impacto social en personas que viven con VIH-Sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/529/899>
- Cardona-Arias, J., Peláez-Vanegas, L., López-Saldarriaga, J., Duque-Molina, M., & Leal-Álvarez, O. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica*, 31(4), 532-44.
<http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a08.pdf>
- Caro, I. (2003). La evolución cultural de las psicoterapias cognitivas: el largo y sinuoso camino. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias Cognitivas. Evaluación y comparaciones* (pp.167-186). Paidós.
- Centers for Diseases Control. (2008). Revised Surveillance Case Definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection s and AIDS among children aged 18 months to < 13 years - United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 57(RR-10), 1-8.
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (2019). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 2do. trimestre del 2019*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/488177/RN_2doTrim_2019.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida, & Secretaría de Salud. (2018). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411867/Gu_aARV_2019_09_Noviembre.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Cohen, M.S., Chen, Y.Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., Kumarasamy, N., Hakim, J. G., Kumwenda, J., Grinsztejn, B., Pilotto, J. H. S., Godbole, S. V., Chariyalertsak, S, Santos, B. R., Mayer, K. H., Hoffman, I. F., Eshleman, S. H., Piwowar-Manning, E., Cottle, L., Zhang, X. C.... Fleming, T.R., for the HPTN 052 Study Team. (2016). Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *The New England Journal of Medicine*, 375(9), 830-839. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600693>
- Cuba, F., M., S., & Morera, G., L. (2016). Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 65-69.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a10v33n1.pdf>
- Davis, T. L., & DiClemente, R. (2016). Human Immunodeficiency Virus Prevention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(2), 283-295.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.006>
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.
<https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Delaney, E., & O'Brien, W. H. (2012). The Association Between Acceptance and Mental Health While Living With HIV. *Social Work in Mental Health*, 10(3), 253-266. <https://doi.org/10.1080/15332985.2011.649107>

- Delgado, R. (2011). Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(1); 58-65.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.10.001>.
- DeMaria, L. M., Galárraga, O., Campero, L., & Walker, D., M. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: Un diagnóstico para américa latina y el caribe. *Revista panamericana de salud pública*, 26(6), 485-493.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n6/03.pdf>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
<http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/review.html>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf
- Domingo, J. M. R., Rodríguez, M. S., & Matías, C. L. (2007). Entre la Razón y la pasión: la intimidad sexual en parejas heterosexuales ante la empresa preventiva del VIH/SIDA. *The Qualitative Report*, 12(4), 658-679.
<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR12-4/marqués.pdf>
- Domingo, P., & Lozano, F. (2011). Manejo de la Toxicidad por fármacos antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(7), 535-544. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.12.001>
- Dowd, E.T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 25-35). Editorial Paidós.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem solving therapy: A social competence approach to clinical interventions*. Springer.
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Eisinger, R. W., Dieffenbach, C. W. & Fauci, A. S. (2019). HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection. Undetectable Equals Untransmittable. *Journal of the American Medical Association*, 321(5), 451-452.
<http://doi.org/10.1001/jama.2018.21167>
- El-Bassel, N., Witte, S.S., Gilbert, L., Wu, E., Chang, M., Hill, J., & Steinglass, P. (2003). The efficacy of a relationship-based HIV/STD prevention program for heterosexual couples. *American Public Health Association*, 93(6), 963-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447878/pdf/0930963.pdf>
- Ellis, A. (1957). Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44.
- Esther de Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. H. (2009). Measuring Dysfunctional Attitudes in the General Population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 345–355.
<https://doi.org/10.1007/s10608-009-9229-y>
- Faezipour, M., Ghanbaripناه, A., Seyedalinaghi, S. H., Hajiabdolbaghi, M., & Voltarelli, F. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Depression among People Living with HIV/AIDS. *Journal of International Translational Medicine*, 6(3), 125-129.
<https://doi.org/10.11910/2227-6394.2018.06.03.04>
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 14(56), 117-112.

- <http://www.terapiacognitiva.net/wp-content/uploads/Una-perspectiva-constructivista-de-la-cognici%C3%B3n.pdf>
- Fonner, V. A., Denison, J., Kennedy, C. E., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2012). Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9) [CD001224]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001224.pub4>
- Fox, E. J. (2008). Contextualistic perspectives. In J. M. Spector, M. D. Merrill, J. Van Merriënboer, & M. P. Driscoll (Eds.), *Handbook of research on educational communications and technology* (3rd Ed., pp.55-66). Lawrence Erlbaum Associates.
- Franks, C. M. (2015). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2a ed., pp. 3-25). Siglo XXI.
- García, F., Álvarez, M., Bernal, C., Chueca, N., & Guillot, V. (2011). Diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH, del tropismo viral y las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(4), 297-307. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.12.006>
- Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Martínez, L. A., & Ojalvo, M. C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 9(1), 5-13. <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art01.pdf>
- Gillanders, D. T., Boderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Grahama, C. D, Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Guerrero, S. F., Arizcorreta, Y. A., Gutiérrez, S. D., & Ruiz, E. B. (2014). Tratamiento de la infección por VIH. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(49), 2912-2919. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70714-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70714-0)
- Guidano, V. F. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista: hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Desclée de Brouwer.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press.
- Guiscafré, G.H., & Salmerón, C.J. (1994). Historia natural y curso clínico de la enfermedad. En A. L. Moreno, V. F. Cano, & R. H. García (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp.117-130). McGraw-Hill Interamericana.
- Guiscafré, G.H., & Salmerón, C.J. (1994). Historia natural y curso clínico de la enfermedad. En A. L. Moreno, V. F. Cano, & R. H. García (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp.117-130). McGraw-Hill Interamericana.
- Harvey, S. M, Kraft, J. M, West, S. G., Taylor, A. B, Pappas-DeLuca, K. A, Beckman, L. J. (2008). Effects of a health behavior change model-based HIV/STI

- prevention intervention on condom use among heterosexual couples: A randomized trial. *Health Education & Behavior*, 36(5), 878-894. <http://doi.org/10.1177/1090198108322821>
- Hayes, S. C. & Wilson K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12(2), 99-110. <https://www.jstor.org/stable/27759047>
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. <http://www.reachcambridge.com/wp-content/uploads/providing-a-rationale-on-different-treatments.pdf>
- Hayes, S. C. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6) 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior therapy*. Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Fosyth, J. P., Karekla, M. & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Fosyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54,553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>

- Hellmuth, J., Colby, D., Valcour, V., Suttichom, D., Spudich, S., Ananworanich, J., Prueksakaew, P., Sailasuta, N., Allen, I., Jagodzinski, L. L., Slike, B., Ochi, D., & Paul, R. (2017). Depression and Anxiety are Common in Acute HIV Infection and Associate with Plasma Immune Activation. *AIDS and Behavior*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-017-1788-4>
- Jamouille, M., & Roland, M. (1995). *Quaternary prevention*. WICC annual workshop: Hongkong, Wonca congress proceedings. <http://hdl.handle.net/2268/173994>
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., & Paice, C. (1997). A shorter form health survey: Can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health Medicine*, *19*, 179–186.
- Johnson, C. J., Wiebe, J. S., & Morera, O. F. (2013). The spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Measurement invariance and psychometric properties. *Mindfulness* *1*, 552–565. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0210-1>
- Johnson, W. D., Díaz, R. M., Flanders, W. D., Goodman, M., Hill, A. N., Holtgrave, D., Malow, R., McClellan, W. M. (2008). Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men (Review). *The Cochrane Library*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001230>
- Jong-Myon, B. & Jamouille, M. (2015). Primary Care Physicians' Action Plans for Responding to Results of Screening Tests Based on the Concept of Quaternary Prevention. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, *49*(6), 343-348. <https://doi.org/10.3961/jpmpmh.16.059>
- Jurado, C. S. (2017). *Inventarios Mexicano de Ansiedad Depresión e Ideación Suicida*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L. Rodríguez, F. Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, *21*, 26-31. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11318&id_seccion=3&id_ejemplar=1169&id_revista=1
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Delta Trade Paperbacks.
- Kashdan, T. B. (2010). Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en psicología clínica*. (3ra Ed.). Pearson.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2015). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2a ed., pp. 27-50). Siglo XXI.
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J. L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., Kindelan, J. M., Carmona, A., Juega, J., & Ocampo, A., on behalf of the GEEMA Study Group. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*, *16*(4), 605-613. <https://doi.org/10.1097/00002030-200203080-00012>
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Tsia, M., Ferro, G. F., Varelo, A. L., Fernández, P. A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del

- comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371. <http://www.redalyc.org/pdf/337/33750209.pdf>
- Lara, C. L., Cianelli, A. R., Ferrer, L. L., Bernales, S. M., & Villegas, R. N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horizonte de enfermería*, 19(2), 35-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779544/pdf/nihms129933.pdf>
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*. McGraw-Hill Book.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*. McGraw-Hill Book.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: a cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- London, P. (1972). The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist*, 27(10), 913-920. <http://doi.org/10.1037/h0033571>
- Lopez, L. M., Bernholc, A., Chen, M., & Tolley, E. E. (2016). School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012249>
- Lopez, L. M., Otterness, C., Chen, M., Steiner, M., & Gallo, M. F. (2013). *Behavioral interventions for improving condom use for dual protection (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010662>
- López-Maya, E., Hernández-Pozo, M., R., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J. J., Araujo-Díaz, D., Nuñez-Gazcón, A., Cervantes-Sampayo, L., K., Nava-Alcántara, S., Bautista-García, L. E. & Hölzel, B., A. (2014). Psychometric properties of the mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 13-27.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., y Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 650-660. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000074>
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez-González, M., y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Obra Social Caja Madrid.
- Losada, A., Villareal, M. A., Nuevo, R., Márquez-González, M., Salazar, B. C., Romero-Moreno, R., Carrillo, A. L., y Fernández-Fernández, V. (2012). Cross-cultural confirmatory factor analysis of the CES-D in Spanish and Mexican Dementia caregivers. *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 783-792.
- Louwagie, G. M., Bachmann, M. O., Meyer, K. Booyesen, F. R., Fairall, L. R., & Heunis, C. (2007). Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life in South African adults with human immunodeficiency virus infection: A cross-sectional analytical study. *BioMed Central Public Health*, 7(244) 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-244>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck. Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lozano de León, N. F. (2014). Infección por VIH (I). *Medicine*, 11(49), 2893-2901. https://www.academia.edu/36987869/Infecci%C3%B3n_por_el_VIH_I

- Lozano, F., & Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(6), 455-465. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.009>
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>
- Mahoney, F. L., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *State Journal*, 4, 61-65.
- Mahoney, M. J. (1997). El proceso terapéutico en la psicoterapia constructiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Editorial Paidós.
- Mancuso, J. C. (1993). Personal construct systems in the context of action. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of Scientific Contextualism*. (pp. 111-133). Context Press.
- Márquez-González, M., Izal, F. T. M., Montorio, I., y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psichotema*, 20(4), 616-622. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720417>
- Mayer, K., H., Safren, S., A., Elsesser, S., A., Psaros, C., Tinsley, J., P., Marzinke, M., Clarke, W., Hendrix, C., Tylor, W., Haberer, J., & Mimiaga, J., M. (2017). Optimizing Pre-Exposure Antiretroviral Prophylaxis Adherence in Men Who Have Sex with Men: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial of “Life-Steps for PrEP”. *AIDS and Behavior*, 21(5), 1350-1360. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1606-4>
- McCurry, S., & Hayes, S., C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12(7), 763-785. [http://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90023-2](http://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90023-2)
- McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). *Profile of mood states. Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Meda, L. R. M., Herrero, M., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B., & Palomera, C. A. (2015). *Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena” (five facet Mindfulness questionnaire, ffmq-m) en México*. *Psicología Conductual*, 23(3), 467-847.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Pergamon Press.
- Meza-Rodríguez, M. P., Mancilla-Ramírez, J., Sánchez-Bravo, C., Figuero-Damián, R., Contreras-Maldonado, L. E., & Carreño-Meléndez, J. (2011). Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(4), 236-240. <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip114h.pdf>
- Miller, W., R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.
- Miró, J., M., Manzardo, C., Zamora, L., Pumarola, T., Hereras, Z., Gallart, T., & Gatell, J., M. (2011). Manejo clínico de la infección aguda y crónica por virus de inmunodeficiencia humana antes del inicio del tratamiento antirretroviral. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(10), 759-772. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.10.009>
- Mize, S. J., Robinson, B. E., Bockting, W. O., & Scheltema, K. E. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of HIV prevention interventions for women. *AIDS care*, 14(2), 163-80. <https://doi.org/10.1080/09540120220104686>
- Moitra, E., Chan, P. A. & Stein, M. D. (2015). Open trial of an acceptance-based behavior therapy intervention to engage newly diagnosed HIV patients in care:

- Rationale and evidence of feasibility and acceptability. *Behavior Modification*, 39(5), 670-690. <https://doi.org/10.1177/0145445515590977>
- Moitra, E., Herbert, J., D., & Forman, E., M. (2011). Acceptancebased behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care*, 23(12), 1660-1667. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.579945>
- Moltó, J., Montañés, S., Poy R., Segarra, P., Pastor, M. C., Tormo, M. P. Ramirez, I., Hernández, M. A., Sánchez, M., Fernández, M. C., y Vila, J. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(1), 55-87.
- Neimeyer, R., & Feixas, G. (1997). Estado en cuestión de la terapia de constructos personales. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Editorial Paidós.
- Neimeyer, R., & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós.
- Neria, M. R. (2016). Programa psicoeducativo de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con diagnóstico reciente por VIH. (Tesis de maestría) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/0741283/Index.html>
- Newcomb, M. E., Bedoya, C. A., Blashill, A. J., Lerner, J. A., O’Cleirigh, C., Pinkston, M. M., & Safren A. A. (2015). Description and Demonstration of Cognitive Behavioral Therapy to Enhance Antiretroviral Therapy Adherence and Treat Depression in HIV-Infected Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 430–438. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.001>
- Noboa, O. P., & Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 21-43. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>
- Noguera, O. M. J., Pérez, T. B., Barrientos, C. V., Robles, G. R. y Sierra, M. J. G. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525004>
- Nogués, X., Sorli, R., M., L., & Villar, G., J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141. <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, S. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25(1), 37-47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test*. https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Who case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related*

- disease in adults and children.*
<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud & Ministerio de Salud de Panamá. (2007). *Guía para la asesoría y el apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA.*
http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=278-guia-para-la-asesoria-y-apoyo-psicologico-en-relacion-con-el-vih-sida&category_slug=publications&Itemid=224
- Padrós, B. F., Gutiérrez, H. C. Y. & Medina, C. M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 33(2), 223-232.
<https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>
- Pardo, A., & Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de psicología*, 29(2), 301-310.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.139031>
- Pardo, A., y Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de psicología*, 29(2), 301-310.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2011), 284–299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Paterson, D., L., Swindells, S., Mohr, J., Brester., M., Vergis, E., N., Squier, C., Wagener, M., M. & Singh, N. (2000). *Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00004>
- Patrón, E. F. J. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133001>
- Patrón, E. F. J. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(1), 85-95. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v5.1.38728>
- Pavlov, I. P. (1906). The Scientific Investigation of the Psychical Faculties or Processes in the Higher Animals. *Science*, 24(620), 613–619.
- Pepper, S. C. (1942). *World Hypotheses: A Study in Evidence.* University of California Press
- Pérez, E., Medrano, L. A., y Sánchez, R. J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427385008>
- Pérez-Acosta, A. M., Guerrero, F., & López, L. W. (2002). Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 103-113.
<http://www.redalyc.org/pdf/560/56020106.pdf>
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1(1), 15-23.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales.* Editorial Síntesis.
- Pérez-Jiménez, D., Escabi, M. A., & Cabrera, A. A. C. (2010). Desarrollo de una intervención grupal para revención del VIH en parejas heterosexuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 1(21), 7-34.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705776/pdf/nihms-359926.pdf>
- Piña-López, J. A., Dávila, T. M., Sánchez-Sosa, J. J., Togawa, C., & Cázares, R. O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6):377-83.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n6/a02v23n6.pdf>
- Plaud, J. J. (2001). Clinical Science and Human Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57(9), 1089-1102. <https://doi.org/10.1002/jclp.1125>
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación Psicológica*, 13(1), 71-82.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2016a). *Informe de Brechas en Prevención (Resumen)*.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-gap-report-summary_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2016b). *HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS*.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2019). *Hoja informativa. Actualización global sobre el sida 2019*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Remor, E., Ballester, A. R., Espada, S. J. P., & Gordillo, A. M. V. (2008). La investigación e intervención psicológicas en el ámbito de la infección por VIH en España: una revisión (pp. 185-215). En J. A. Piña-López y J.J. Sánchez-Sosa (Eds.), *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH. Investigación e intervención*. Plaza y Valdés Editores.
- Ribeiro, C., Sarmiento e Castro, R., Dinis-Ribeiro, M., & Fernandes, L. (2015). Effectiveness of Psycho-Educational Intervention in HIV Patients' Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 5(198), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00198>
- Ribera, E., Tuset, M., Martín, M., & Del Cacho, E. (2011). Características de los fármacos antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(5), 362-391. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.004>
- Robles, M. S. S., Rodríguez, C. M., Frías, A. B., Moreno, R. D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258. <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/242/242>
- Robles, M. S. S., Moreno, R. D., Frías, A. B., Rodríguez, C. M., Barroso, V. R., Díaz, G. A. E., Rodríguez, C. M. L., & Hernández, P. R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16722108>
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health

- Questionnaire (GHQ-12) en población Española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 125-139.
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernaza, P., Collins, S., Lunzen, J. V., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Asboe, D., Viciano, P., Gutiérrez, F., Clotet, B., Pradier, C., Gerstoft, J., Weber, R., Westling, K., Wandeler, G... Lundgren, J.; for the PARTNER Study Group. (2018). *Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNERS2 Study extended results in gay men*. Trabajo presentado en el International AIDS Conference, Amsterdam, Netherlands.
<http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/13470>
- Romero, C. R. (2007). *Microbiología y parasitología humana. Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias*. (3ra. Ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusión in dementia caregiving: Psychometric properties of the spanish version of the “Cognitive Fusion Questionnaire”. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 117-132.
<https://www.researchgate.net/publication/266030695>
- Rueda, S., Park-Wyllie, L. Y., Bayoumi, A., Tynan, A. M., Antoniou, T., Rourke, S., & Glazier, R. (2009). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3) [CD001442].
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001442.pub2>
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
<http://www.ijpsy.com/volumen10/num1/256/a-review-of-acceptance-and-commitment-therapy-EN.pdf>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 333-357.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
<http://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Barón-Rincón, D., Barrera-Acevedo, A., Martínez-Sánchez, A., & Peña, A. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Dysfunctional Attitude Scale Revised in Colombian undergraduates. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 81-87.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.10.002>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Odriozola-González, P., Barbero-Rubio, A., Eisenbeck, N., López-López, J.C., Eisenbeck, N., Budziszewska, L., & Enrique G. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the Dysfunctional Attitude Scale Revised *Behavioral Psychology*, 23(2), 287-303.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruiz, N. M., Pérez, M. T., Díaz, H. M., Izquierdo, M., Blanco, M., Machado, L. Y., & Silva, E. (2014). Determinación de la carga viral del VIH-1 en muestras de

- sangre seca en papel filtro. *Bioteología Aplicada*, 31(2), 141-145.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/biotecapl/ba-2014/ba142f.pdf>
- Safren, S., A., Bedoya, C., A., O'Cleirigh, C., Biello, K., B., Pinkston, M., M., Stein, M., D., Traeger, L., Kojic, E., Robbins, G., Lerner, J. A., Herman, D. S., Mimiaga, M. J., & Mayer, K., H. (2016). Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *The Lancet HIV*, 3(11), e529-e538.
- Safren, S., A., Hendriksen, E., S., Mayer, K., H., Mimiaga, M., J., Pickard, R., & Otto, M., W. (2004) Cognitive-Behavioral Therapy for HIV Medication Adherence and Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4),415-423.
[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80058-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80058-0)
- Safren, S., A., O'Cleirigh, C., M., Bullis, J., R., Otto, M., W., Stein, M., D., & Pollack, M., H. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV-Infected Injection Drug Users: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404–415.
<https://doi.org/10.1037/a0028208>
- Safren, S., A., Otto, M., W., Worth, J., L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1151-1162. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80052-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80052-2)
- Safren, S., Otto, M. W., & Worth, J. L. (1999). Life-steps: Applying cognitive behavioral therapy to HIV medication adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 332-341. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80052-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80052-2)
- Sánchez-Sosa, J., J. & Riveros, A. (2002). *Pasos vitales*. Traducción y adaptación para población mexicana de: Steven A. Safren, Ph.D. (1999). Cognitive-Behavioral interventions to increase medication adherence. En *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. Boston. Documento de circulación interna: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, M. R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. http://www.aepcp.net/arc/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf
- Santamaría, G. C. L., & Uribe, R. A. F. (2017). Adherence to treatment in HIV patients and acceptance and commitment therapy (ACT). *I+D Revista de Investigaciones*, 10(2), 89 – 101.
<http://www.udi.edu.co/revistainvestigaciones/index.php/ID/article/view/142>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 67(19), 705-750.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1993). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weisman y Beck. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 20(20), 671-673.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Secretaría de Salud, & Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (2016). *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida. México 2016*.
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx_2016VFin.pdf

- Secretaría de Salud, & Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA]. (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (Informe GAM)*. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MEX_2018_countryreport.pdf
- Sengupta, S., Banks, S., Jonas, D., Miles, M. S., & Smith, G. C. (2011). HIV Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: A Systematic Review. *AIDS and Behavior, 15*(6), 1075-1087. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9847-0>
- Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: an expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 37*(1): 5-22. <https://doi.org/10.1901/jeab.1982.37-5>
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech & Hearing Research, 14*(1), 5–13. <https://doi.org/10.1044/jshr.1401.05>
- Siegel, R. D. (2011). *La solución mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Simon, V., Ho, D. D. & Abdool, K. Q. (2006). HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *The Lancet, 368*(9534), 489-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69157-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69157-5)
- Simoni, J., M., Wiebe, J., S., Saucedo, J., A., Huh, D., Sanchez, G., Longoria, V., Bedoya, C., A., & Safren, S., A. (2013). A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.-Mexico border: The Nuevo Día study. *AIDS and Behavior, 17*(6) 2816–2829. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0538-5>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*. Fontanella. (Original publicado en 1938).
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., Dilley, J. W. (2015). Acceptance and Compassion-Based Group Therapy to Reduce HIV Stigma. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(4), 81–490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E., & Pérez, V. (2012). Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(1), 19-26.
- Soroudi, N., Perez, G., K., Gonzalez, J., S., Greer, J., A., Pollack, M., H., Otto, M., W., & Safren, S., A. (2008). CBT for Medication Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV-Infected Patients Receiving Methadone Maintenance Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(1), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.004>
- Stangl, A. L., Lloyd, J. K., Brady, L. M., Holland, C. E., & Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society, 16*(2) 1-14. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18734>
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change. Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P.P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging, 7*(4), 622-631. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.832.3797&rep=rep1&type=pdf>

- Teva, I., Paz, B. M., & Buela-Casal, G. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por VIH. *Psicología y Salud, 14*(2), 229-235. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/847/1560>
- Torres, A. P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P., & Bertozzi, S. M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México, 48*(4), 308-316. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48n4/a05v48n4.pdf>
- Underhill, K., Operario, D., & Montgomery, P. (2007). Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*(CD00542). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005421>
- Valle S., H., Robles M., S., Wiebe, J.S. & Sánchez-Sosa, J.J. (2019). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud, 29*(1), 139-153. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2575/4470>
- Van Luenen, S., Garnefski, N., Spinhoven, F., Spaan, P., Dusseldorp, E., & Kraaij, V. (2018). The Benefits of Psychosocial Interventions for Mental Health in People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS and Behavior, 22*, 9-42. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1757-y>
- Vannest, K. J., Parker, R. I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Texas A&M University. <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>
- Vázquez, F. L. (2003). El estado de la cuestión de los enfoques en modificación de conducta. *Boletín de Psicología, (78)*, 41-62. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-3.pdf>
- Vidanapathirana, J., Abramson, M., Forbes, A., & Fairley, C. (2005). Mass media interventions for promoting HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)* [CD004775]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004775.pub2>
- Watson, J. B. (1994). Psychology as a behaviorist views it. *Psychological Review, 20*, 248-253. (Original publicado en 1913). <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.2.248>
- Weinstein, T. L., & Li, X. (2017). The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: a systematic review of the global literature. *AIDS Care, 28*(2), 160-169. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1090532>
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, November). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement for Behavior Therapy, Chicago.
- WHOQOL World Health Organization Quality of Life (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger.
- Wilson, K. G., & Luciano, S. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Psicología Pirámide.
- Wolff, L. C., Alvarado, M., R. & Wolff, M. R. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la

- literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74.
<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- World Health Organization. (2006) *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach*.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>
- Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-32. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67(6) 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Programa de Maestría y Doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realiza un protocolo de investigación dirigido a personas que viven con VIH. El investigador responsable es el Mtro. Roberto Neria Mejía (Facultad de Psicología, UNAM). Correo electrónico: robertoneria@hotmail.com

Invitación a participar.

Esta es una invitación a participar en esta investigación que tiene por objetivo evaluar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) en la sintomatología afectiva de personas que viven con VIH y propiciar la adherencia necesaria al Tratamiento Antirretroviral.

La intervención consiste en asistir a un proceso terapéutico de 10 sesiones en promedio (semanales o quincenales) y a tres seguimientos posteriores a la intervención (al mes, tres y seis meses). Los seguimientos podrían ser presenciales, por correo electrónico o vía telefónica, según sea la mejor opción para ti.

Durante la intervención se te pedirá que contestes algunas pruebas psicológicas que evalúan tu estado de ánimo, llenes algunos formatos y se te pedirá que realices un registro de la toma de tu medicamento y tu estado de ánimo de forma semanal.

Tu participación en esta investigación es voluntaria y puedes desear no continuar participando en cualquier momento sin que esto afecte tu tratamiento en La Casa de la Sal A. C., en los diferentes servicios que ofrece.

Tu participación es totalmente confidencial y los datos que se obtengan serán identificados solo con tu número de expediente y no con tu nombre o algún otro dato que podría identificarte. Los resultados de los instrumentos y formatos que completes serán manejados solo por el responsable principal de esta investigación con fines estadísticos cuidando siempre tu confidencialidad.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en una investigación que evaluará una intervención psicológica basada en Terapia de Aceptación y Compromiso. Entiendo que, si acepto participar, debo cumplir en promedio con 10 sesiones y tres seguimientos. Las sesiones serán semanales o quincenales según lo acuerde y con una duración aproximada de 45 minutos. Mis respuestas en los instrumentos y formatos que se me apliquen se sumarán a las de otros participantes y se analizarán en su conjunto con fines estadísticos y de investigación. Mi identidad será resguardada de manera confidencial y solo se usará mi número de expediente.

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

Nombre completo y firma del (la) participante

Mtro. Roberto Neria Mejía

Ciudad de México, a ____ de _____ de 201__.

Anexo B

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES DE SALUD

Fecha:	
Elaborado por:	

Datos Sociodemográficos

Nombre				
Edad	Sexo	Orientación sexual	Ocupación	Escolaridad
38	Mujer			
Estado civil		Religión	Celular	Correo Electrónico
¿Con quién vives actualmente?			Domicilio	

Antecedentes de salud mental

¿Alguna vez ha tomado medicamentos psiquiátricos?	¿Qué medicamentos?	¿Quién se los receto y para qué era?
No.	No aplica.	No aplica.
¿Actualmente toma medicamentos psiquiátricos?	¿Qué medicamentos?	¿Quién se los receto y para qué?
No.	No aplica.	No aplica.
¿Alguna vez ha tomado terapia psicológica?	¿En dónde y para qué?	¿Le sirvió y por qué?
No.	No aplica.	No aplica.
¿Actualmente toma terapia psicológica en algún otro lugar?	¿En dónde y para qué?	
No.	No aplica.	

Datos sobre la infección por VIH

Fecha de diagnóstico	Forma de contagio	Revelación del diagnóstico
TAR		Horario de toma del TAR
Efectos secundarios		Progresión de los efectos secundarios
En dónde recibes atención médica para el VIH		
Fecha de estudios de laboratorio	Carga viral	Conteo de CD4
Además del VIH ¿Padece alguna otra enfermedad?	Fecha de diagnóstico	Tratamiento
No.	No aplica.	No aplica.

Formato diseñado *ad hoc* para este protocolo por Roberto Neria Mejía

Anexo C Instrumentos de medición

ASSIST V3.0 (OMS, 2003)

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses. (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si contesta nunca a todo, pase a la pregunta 6. De lo contrario continúe.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 con las sustancias de la pregunta 1.

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
0	2	1	

HADS-VIH (Noguera et al., 2013)

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso (a) o nervioso (a):

Todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

Igual que antes No tanto como antes Solamente un poco Ya no disfruto como antes

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y de ver el lado gracioso de las cosas:

Igual que siempre Actualmente, algo menos Actualmente, mucho menos Actualmente nada

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca

6. Me siento lento (a) y torpe:

Todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca

7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquilo (a) y relajado (a):

Siempre A menudo Raras veces Nunca

8. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

10. Espero las cosas con ilusión:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

12. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

AAQ-II (Patrón, 2010)

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.					1 2 3 4 5 6 7	
Evito o escapo de mis sentimientos.					1 2 3 4 5 6 7	
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.					1 2 3 4 5 6 7	
Mantengo el control de mi vida.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis emociones me causan problemas en la vida.					1 2 3 4 5 6 7	
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.					1 2 3 4 5 6 7	
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.					1 2 3 4 5 6 7	

CFC (Romero-Moreno et al., 2014)

A continuación, se presentan algunas frases. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o le definen utilizando la siguiente escala.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muy rara vez	Rara vez	Alguna vez	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional.					1 2 3 4 5 6 7	
Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer cosas que realmente quiero hacer.					1 2 3 4 5 6 7	
Tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica.					1 2 3 4 5 6 7	
Lucho con mis pensamientos.					1 2 3 4 5 6 7	
Me enfado conmigo mismo/a por tener demasiados pensamientos.					1 2 3 4 5 6 7	
Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos.					1 2 3 4 5 6 7	
Es una gran lucha intentar deshacerme de los pensamientos molestos, incluso sabiendo que sería muy útil para mí librarme de ellos.					1 2 3 4 5 6 7	

DAS-R (Ruiz et al., 2015)

Debajo encontrará una lista de creencias o actitudes que tiene a veces la gente. Por favor lea cada frase y señale la respuesta que mejor describe su modo de pensar haciendo un círculo en los números de al lado. Para decidir si una determinada creencia es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es usted la mayoría de las veces. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Es difícil ser feliz si no se es atractivo, inteligente, rico y creativo.					1 2 3 4 5 6 7	
Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.					1 2 3 4 5 6 7	
Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad.					1 2 3 4 5 6 7	
Si no hago las cosas tan bien como los demás, eso significa que soy una persona inferior.					1 2 3 4 5 6 7	
Si fracaso en mi trabajo seré un fracaso como persona.					1 2 3 4 5 6 7	
Si no puedo hacer bien una cosa, es mejor no hacerla.					1 2 3 4 5 6 7	
Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado.					1 2 3 4 5 6 7	
Si fracaso en parte, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso.					1 2 3 4 5 6 7	
Si los demás saben cómo eres realmente, te considerarán menos.					1 2 3 4 5 6 7	
Para ser una persona valiosa debo destacar de verdad por lo menos en un aspecto importante.					1 2 3 4 5 6 7	
Hacer una pregunta me hace parecer inferior.					1 2 3 4 5 6 7	
Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.					1 2 3 4 5 6 7	
Es horrible recibir la censura de personas importantes para uno.					1 2 3 4 5 6 7	
Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.					1 2 3 4 5 6 7	
Si desagradas a los demás no puedes ser feliz.					1 2 3 4 5 6 7	
Mi felicidad depende más de los demás que de mí.					1 2 3 4 5 6 7	
Es muy importante lo que otras personas piensan sobre mí.					1 2 3 4 5 6 7	

MAAS-M (López-Maya, 2015).

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems que siguen utilizando la escala de abajo. Simplemente haz un círculo en tu respuesta de cada ítem.

1	2	3	4	5	6	
Casi siempre	Muy frecuentemente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca	
Puedo sentir una emoción y no estar consciente de ella hasta tiempo después.	1	2	3	4	5	6
Rompo o derramo cosas por descuido, al no poner atención, o porque estoy pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
Se me hace difícil permanecer concentrado en lo que está sucediendo en un momento dado.	1	2	3	4	5	6
Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde tengo que ir, sin poner mucha atención a lo que ocurre alrededor.	1	2	3	4	5	6
Tiendo a no percibir la tensión física o el nivel de incomodidad a que estoy sometido, hasta que realmente son evidentes.	1	2	3	4	5	6
Se me olvidan los nombres de las personas, inmediatamente después de que me presentan a alguien.	1	2	3	4	5	6
Parece como si estuviera funcionando de manera “automática” sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
Me apresuro a hacer mis tareas sin realmente prestarles mucha atención.	1	2	3	4	5	6
Me concentro tanto en la meta que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla.	1	2	3	4	5	6
Realizo trabajos automáticamente, sin poner mucha atención a lo que hago.	1	2	3	4	5	6
Escucho a mi interlocutor con un oído, mientras hago otra cosa simultáneamente.	1	2	3	4	5	6
Llego a un lugar en “piloto automático” y luego me pregunto qué iba a hacer en ese lugar.	1	2	3	4	5	6
Me preocupo por cosas que pueden ocurrir en el futuro o por asuntos del pasado.	1	2	3	4	5	6
Hago cosas sin ponerles mucha atención.	1	2	3	4	5	6
Como entre comidas sin estar consciente de qué estoy comiendo.	1	2	3	4	5	6

ESCV (Padrós et al., 2015)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase encerrando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Las circunstancias de mi vida son buenas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre VIH y Tratamiento Antirretroviral (CCB-VIH-TAR)

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas tachando la opción que consideres correcta. En caso de NO saber la respuesta puedes indicar NO SÉ.

1. ¿Qué células destruye principalmente el VIH?				
CD4	Eritrocitos	Glóbulos Rojos	Trombocitos	No sé

2. Fase de la infección por VIH en que las defensas han sido destruidas y se presentan enfermedades oportunistas.				
Fase aguda	Fase de SIDA	Fase crónica	Fase de VIH	No sé

3. Evita que la infección por VIH progrese a SIDA.				
No se puede evitar el SIDA	Basta con una buena alimentación	Que las defensas suban	El Tratamiento Antirretroviral	No sé

4. ¿Cuál es el objetivo principal del Tratamiento Antirretroviral?				
La supresión viral	Evitar enfermedades oportunistas	Dar algunos años más de vida	Subir las defensas para controlar el VIH	No sé

5. ¿Qué es estar indetectable?				
500 o más CD4	Menos de 40 copias de VIH	No tener VIH	Menos de 200 CD4	No sé

6. Significa tomar el medicamento todos los días y en el mismo horario.				
Ser buen paciente	Ser responsable	Tener buena adherencia	No ser olvidadizo	No sé

7. ¿Por qué es importante que una persona con VIH use condón en sus relaciones sexuales?				
Para no contagiar	Para no decir que tiene VIH	Para evitar la reinfección	Para no tener hijos	No sé

8. Alimento que si se come en abundancia interfiere con el funcionamiento del medicamento antirretroviral.				
Ajo	Café	Vino	Grasas	No sé

9. Su consumo es peligroso cuando se está en tratamiento antirretroviral.				
Tabaco	Alcohol	Café	Hierba de San Juan	No sé

10. Alimento que afecta el funcionamiento del tratamiento antirretroviral.				
Grasas	Chocolate	Picante	Toronja	No sé

Cuestionario de Adherencia y Satisfacción al Tratamiento Antirretroviral (CASTA)

(Formato *ad hoc*)

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando las respuestas que mejor indiquen la forma en que toma su tratamiento antirretroviral.

¿Toma siempre su tratamiento antirretroviral a la hora indicada?

Sí No

En el último mes ¿cuántos días **no tomó** su tratamiento antirretroviral?

Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Más de 10

En el último mes ¿qué tan satisfecho se ha sentido con su tratamiento antirretroviral?

Totalmente insatisfecho | 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% | **Totalmente satisfecho**

Si está 100% satisfecho con su tratamiento antirretroviral deje esta pregunta en blanco. De lo contrario, si ha señalado un porcentaje menor a 100% ¿a qué se debe?

Cuestionario adherencia SMAQ

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. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?

Días: _____

Ejercicio de autoevaluación de las Habilidades ACT

1. Considera los siguientes conceptos.

Los **EVENTOS PRIVADOS** son nuestros pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones corporales, incluye tanto aquellos que son placenteros, como aquellos que nos causan malestar.

En la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) los **VALORES** son elecciones de lo realmente valioso en nuestra vida.

2. Ahora, imagina que dominar las siguientes habilidades es la meta de un camino. Evalúa del cero al 10 en qué grado consideras que tienes las siguientes habilidades y que las practicas cada día de tu vida. Cero significa que no tienes dicha habilidad y por ello no la realizas y 10 que dominas la habilidad y la realizas cada día de tu vida. Recuerda, lo importante es ser honesto contigo mismo.

10		10		10		10		10		10	
9		9		9		9		9		9	
8		8		8		8		8		8	
7		7		7		7		7		7	
6		6		6		6		6		6	
5		5		5		5		5		5	
4		4		4		4		4		4	
3		3		3		3		3		3	
2		2		2		2		2		2	
1		1		1		1		1		1	
0		0		0		0		0		0	
ACEPTACIÓN		DEFUSIÓN COGNITIVA		YO COMO CONTEXTO		MOMENTO PRESENTE		VALORES		COMPROMISO	
Habilidad de experimentar mis eventos privados aun cuando me provoquen malestar, sin evitarlos, ni luchar con ellos.		Habilidad de asumir mis pensamientos como hipótesis de mi mente sin enredarme.		Habilidad de observar mis eventos privados, mis conductas y el contexto en el que ocurren, como un observador que no juzga.		Habilidad de poner atención intencionalmente al momento presente sin hacer juicios.		Habilidad de identificar claramente aquello que es realmente valioso en mi vida.		Habilidad de poner en práctica mis valores personales en mis acciones diarias.	

Ejercicio: Tiro al Blanco

(Traducido de Lundgren et al., 2012).

A continuación, se te presenta un tablero de Tiro al Blanco dividido en cuatro áreas de la vida que son importantes en la vida de las personas.

- **Trabajo/Educación** se refiere a objetivos sobre tu desarrollo profesional, a tus valores implicados en tu educación y obtención de conocimientos, y en general, a ese sentimiento de utilizar tu formación en las personas que te rodean y en un trabajo que contribuya a la comunidad (por ejemplo, voluntariado, supervisar mejoras en tu hogar etc.).
- **Tiempo libre** se refiere a cómo te esparces en tu vida, como te diviertes, tus pasatiempos o actividades a las que dedicas tu tiempo libre (por ejemplo, jardinería, coser, pasar tiempo con la familia, ir a eventos culturales y deportivos, hacer deporte, salir de paseo, etc.).
- **Relaciones personales** se refiere a los vínculos afectivos en tu vida, tu familia, tus amigos, relaciones de pareja y contactos sociales en la comunidad.
- **Crecimiento personal/Salud** se refiere a tu vida espiritual, ya sea en una religión organizada o en tu forma personal de vivir la espiritualidad, el ejercicio, la nutrición, factores de riesgo de salud como el beber, el consumo de drogas, fumar, el control de nuestro peso, el tomar el Tratamiento Antirretroviral todos los días y el asistir a las visitas médicas de rutina.

En este ejercicio se te pedirá que reflexiones sobre tus valores personales en cada una de las áreas antes mencionadas. Después, que evalúes qué tan cerca estás de vivir tu vida de acuerdo con tus valores. También que identifiques las barreras y obstáculos que se interponen entre la vida que deseas vivir y tú. Tomate un momento y reflexiona sin precipitarte.

1. Identifica tus valores.

Describe cuáles son tus principales valores en cada una de las siguientes áreas. Piensa en cada una de ellas en términos de tus sueños, como si fuera posible cumplir tus deseos por completo. Los valores que indiques no deben ser un objetivo específico, sino que deben reflejar la forma en que te gustaría vivir tu vida a lo largo del tiempo. Por ejemplo, tener pareja puede ser un objetivo en la vida. Sin embargo, este objetivo refleja valores como ser honesto (a), respetuoso(a) o una pareja afectuosa. Recuerda, son tus valores personales los que realmente importan en este ejercicio. A continuación, escribe cuáles son los valores que te gustaría tener en cada una de las siguientes áreas.

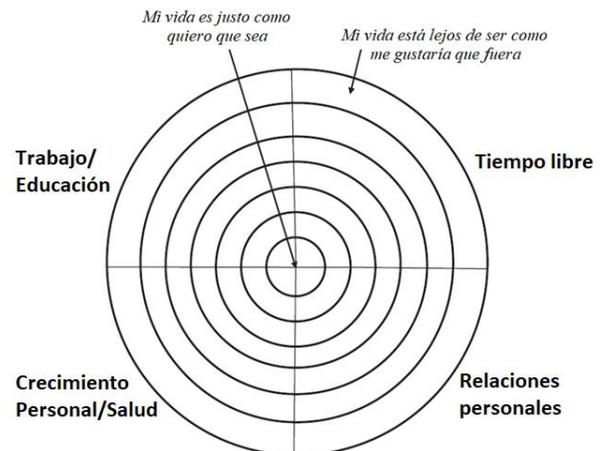
Trabajo/Educación:

Tiempo Libre:

Relaciones Personales:

Crecimiento personal/Salud:

Mira nuevamente los valores que has escrito arriba y piensa en tus valores como un tablero de "tiro al blanco". El centro significa que tu vida es exactamente cómo quieres que sea y que estás viviendo con acciones basadas en tus valores personales. Por el contrario, entre más lejos estés del centro eso significa que tu vida no es cómo quieres y que tus acciones no se basan en tus valores personales. Coloca una X en el tablero de "tiro al blanco" que represente de la mejor manera dónde te encuentras el día de hoy. Cómo hay cuatro áreas, debes marcar cuatro X en el siguiente tablero de "tiro al blanco".



2. Identificación de tus obstáculos.

Ahora escribe lo que se interpone entre la vida que te gustaría vivir y tú, según lo que has escrito en tus áreas valiosas de vida.

Trabajo/Educación:

Tiempo libre:

Relaciones Personales:

Crecimiento personal/Salud:

Ahora valora hasta qué punto el o los obstáculos que acabas de describir, te impiden vivir tu vida de una manera que se ajuste a tus valores. Haz un círculo alrededor del número que mejor describa el grado en que estos obstáculos se interponen en tu vida.

1 2 3 4 5 6 7

No se interponen en absoluto

Se interponen completamente.

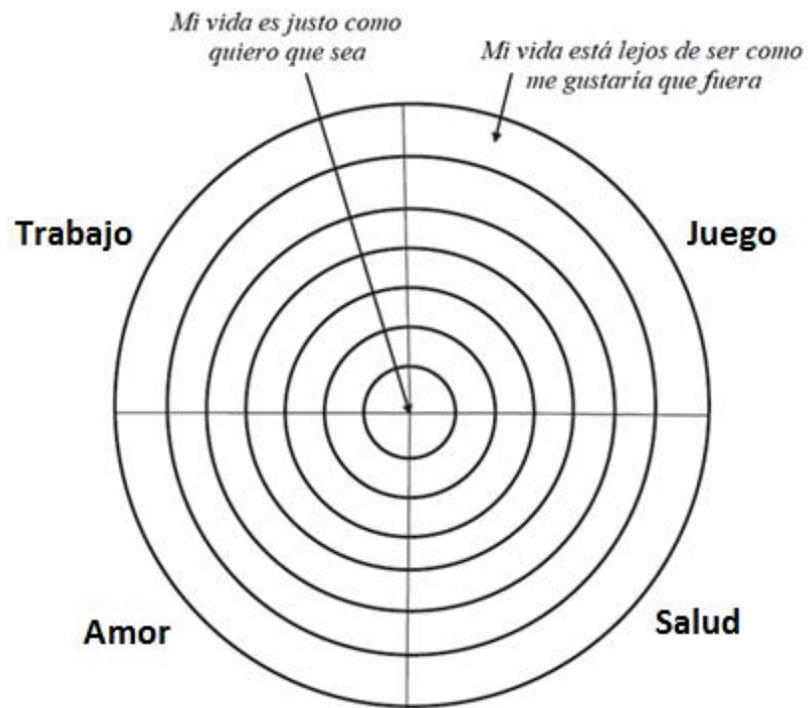
Ejercicio: Tiro al blanco.

(Evaluación por sesión, adaptado por Neria de Lundgren et al., 2012)

Plan de Acciones Valiosas.

Indica en cada área por lo menos una acción orienta a alguno de tus valores personales, que puedas realizar esta semana. Los valores que elijas pueden repetirse. Incluso el mismo valor podría estar en todas las áreas.

Área	Valores	Acciones
Trabajo/Educación (Educación)		
Tiempo Libre		
Relaciones Personales		
Crecimiento Personal/Salud		

Ejercicio de tiro al blanco

REGISTRO CONDUCTUAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología



Protocolo de Terapia de Aceptación y Compromiso

Registro Conductual

Nombre: _____

Terapeuta: Mtro. Roberto Neria Mejía

Medicamento

Registra con una ✓ si tomaste tu medicamento cada día en el horario indicado.

Semana	L	M	M	J	V	S	D

Depresión

Evalúa cada día de la semana qué tan deprimido (a) te sentiste utilizando una escala del cero al 10, donde cero es sentirse nada deprimido y 10 sentirse totalmente deprimido.



0
10

Semana	L	M	M	J	V	S	D

Ansiedad

Evalúa cada día de la semana qué tan ansioso (a) te sentiste utilizando una escala del cero al 10, donde cero es sentirse nada ansioso (a) y 10 sentirse totalmente ansioso (a).



0
10

Semana	L	M	M	J	V	S	D

DEFINICIONES QUE PUEDEN SERVIRTE:

Depresión: Es una respuesta de dolor emocional debido a la pérdida de algo valioso (objeto, persona, situación o fracaso). Puede incluir ganas de llorar, llanto, desinterés, cansancio, irritabilidad, alteraciones del sueño, apetito, concentración y descuido del aspecto personal y aseo.

Ansiedad: Es una respuesta emocional anticipada de miedo excesivo ante una amenaza inminente cercana o futura, que a veces es difícil de asociar a una causa concreta. Puede incluir tensión muscular, inquietud, temblores, nerviosismo, latidos acelerados del corazón, sudoración en las manos y respiración agitada.

¡GRACIAS!

Anexo D

Manual de aplicación de la intervención ACT-VIH

Este manual se integra por las cartas descriptivas por sesión y las hojas de trabajo por módulo que se presentan a continuación.

CARTAS DESCRIPTIVAS

Evaluación Inicial

(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Ratificar el motivo de consulta y realizar la invitación a participar en el Protocolo ACT-VIH.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
12	<ul style="list-style-type: none"> - Presentarse y dar la bienvenida al usuario de La Casa de la Sal. - Lee en voz alta junto con el usuario el formato de <i>Solicitud de servicios y Consentimiento Informado</i> en el que se explica las reglas del servicio, y la <i>Carta de Compromiso con la Vida</i>, que son requisitos para poder brindar el servicio gratuito, resuelve dudas en caso de haberlas y firma la <i>Solicitud de servicios y Consentimiento Informado</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue la lectura del terapeuta y expone sus dudas. - Firma los documentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva. - Lectura en voz alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de servicios y Consentimiento Informado. - Carta de Compromiso con la Vida^a.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Obtiene los datos sociodemográficos y antecedentes de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde las preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista estructurada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de identificación y antecedentes de salud. - ASSIT.
20	<ul style="list-style-type: none"> - Explora el motivo de consulta y algunos aspectos de la biografía del usuario sin hacer juicios ni interpretaciones (estos datos biográficos son requeridos para el expediente de La Casa de la Sal). 	<ul style="list-style-type: none"> - Expone su motivo de consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista triple T+M 	<ul style="list-style-type: none"> - Formato de entrevista triple T+M.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Invita al usuario de La Casa de la Sal a participar en el Protocolo ACT-VIH, le proporciona la hoja de trabajo: Bienvenido a terapia, la lee en voz alta y clarifica dudas. - Entrega el consentimiento informado, lee en voz alta, explica los beneficios y actividades que se compromete a realizar si decide recibir la intervención. - Resuelve dudas en caso de haberlas. - Firma el consentimiento informado y entrega al participante un original. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe la hoja de trabajo bienvenido a terapia y el consentimiento informado. - Sigue la lectura del terapeuta y expone sus dudas. - Si está de acuerdo con participar firma el consentimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva. - Lectura en voz alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo: Bienvenido a Terapia. - Dos Consentimiento informados del Protocolo ACT-VIH.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Explica el llenado del registro conductual, su importancia y pide al participante llene uno en forma retrospectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha, expone dudas y llena el registro conductual de forma retrospectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión, entrega el registro conductual para la siguiente semana, programa la siguiente cita en el carné de La Casa de la Sal. - Proporciona los instrumentos de evaluación pre y del primer punto de la línea base^b. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe el registro conductual y el carné de la institución. - Contesta los instrumentos de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual. - Carné de citas de La Casa de la Sal^a. - AAQ-II/CFQ/ DAS-R/ MAAS/SSF/IMADIS/ HADS-VIH

Nota: ASSIST=Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test versión en español 3.0; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale versión en español;SSF=Scale of Satisfaction with Life versión en español; IMADIS=Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Documento propiedad y de uso interno de la institución por lo que no se muestran en los anexos.

^b Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: La metáfora del reloj de arena.

(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Evaluar y proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y la importancia de una buena adherencia al TAR.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	- Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y explica el objetivo de la sesión.	- Entrega el registro conductual. - Escucha.	- Refuerzo positivo. - Expositiva.	- Registro conductual.
10	- Aplica los instrumentos de evaluación sobre la adherencia al TAR y conocimientos básicos sobre la infección por VIH y el TAR.	- Contesta los instrumentos de evaluación.	- Aplicación.	- CCB-VIH-TAR (pre). - SMAQ. - CASTA.
30	- Aplica La metáfora del reloj de arena. - Entrega la hoja de trabajo, lee la hoja en voz alta y resuelve dudas. - Evalúa los conocimientos adquiridos después de la Metáfora del reloj de arena.	- Observa y escucha la metáfora del reloj de arena. - Expone sus dudas sobre la infección por VIH y el TAR.	- Metáfora del reloj de arena.	- Material didáctico (reloj de arena). - Hoja de trabajo: La metáfora del reloj de arena. - CCB-VIH-TAR (post).
15	- Realiza la evaluación de los procesos ACT, lee el ejercicio de autoevaluación en voz alta y resuelve dudas.	- Escucha la lectura, resuelve sus dudas y realiza la autoevaluación de los procesos ACT.	- Aplicación.	- Ejercicio de Autoevaluación de las Habilidades ACT.
3	- Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión ^a .	- Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación.	- Aplicación.	- Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/ HADS-VIH

Nota: CCB-VI-TAR=Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre VIH y el TAR; SMAQ=Simplified Medication Adherence Questionnaire versión es español; CAST=Cuestionario de Adherencia y Satisfacción a Tratamiento Antirretroviral; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: Lo realmente valioso para mí.
(70 minutos aproximadamente)

Objetivo: Favorecer un sentimiento creativo de desesperanza y clarificar los valores personales del participante y vincularlos con acciones.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	- Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual y refuerza al participante por haberlo hecho.	- Entrega el registro conductual.	- Refuerzo positivo.	- Registro conductual.
15	- Explica al participante que en esta sesión se realizará la evaluación de cada sesión de forma previa para tener una medición de su progreso de manera previa a la intervención ACT.	- Contesta los instrumentos	- Aplicación.	- AAQ-II - CFC - DAS-R - HADS-VIH
15	- Aplica el ejercicio de “Desesperanza creativa”.	- Reflexiona y comparte sus opiniones y experiencia personal.	- Metáfora del hombre en el hoyo.	
15	- Entrega la hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo.	- Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo.	- Metáfora del soldado. - Psicoeducación de los conceptos: decisión, elección, objetivos y valores.	- Hoja de trabajo: Lo realmente valioso en mi vida.
20	- Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Sugiere como tarea realizar las acciones propuestas en el ejercicio de Tiro al Blanco.	- Identifica sus valores personales y evalúa que tan cerca se encuentra de ellos. - Identifica sus obstáculos. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión.	- Ejercicio de Tiro al blanco.	- Formato del ejercicio correspondiente.
3	- Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión ^a .	- Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación.	- Aplicación.	- Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/ HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

Módulo: Construyendo un contexto de cambio.
(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Favorecer el abandono de las estrategias utilizadas por el participante para solucionar sus problemas cuando su experiencia indique que no están dando resultado.				
Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	<ul style="list-style-type: none"> - Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo. - Retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Pregunta al participante: ¿Cómo te fue esta semana? - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus vivencias personales con los objetivos de este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Narrativa 	
15	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega a hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. - Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de las secretarías. - Psicoeducación de los conceptos: dolor, sufrimiento, evitación experiencial y aceptación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo: Construyendo un contexto de cambio.
30	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Sugiere como tarea no evitar ni luchar con sus eventos privados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacta con su propio sufrimiento y considera la aceptación como alternativa a la evitación experiencial. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: Tu inventario de sufrimiento, el dolor ha desaparecido, ¿y ahora qué, y Tiro al blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión^a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: Los pensamientos sólo son pensamientos.
(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Desliteralizar o debilitar en el participante el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas cognitivas literales o evaluativas.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	<ul style="list-style-type: none"> - Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo. - Retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Pregunta al participante: ¿Cómo te fue esta semana? - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus vivencias personales con los objetivos de este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Narrativa 	
15	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega a hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. - Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora: Somos peces nadando en nuestros pensamientos. - Psicoeducación de los conceptos: fusión cognitiva, defusión cognitiva, evaluaciones y descripciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo: Los pensamientos sólo son pensamientos.
30	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Sugiere como tarea el ejercicio de agradecer a la mente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Experimenta sus procesos de pensamiento. - Distingue en su propia experiencia entre evaluaciones y descripciones. - Práctica la habilidad de asumir pensamientos como hipótesis de su mente. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: Jeep amarillo, descripciones y evaluaciones, agradecer a la mente y Tiro al blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión^a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: Contacto con el momento presente.
(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Desarrollar en el participante la habilidad de situarse en el momento presente, de manera presente y sin hacer juicios.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	<ul style="list-style-type: none"> - Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo. - Retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Pregunta al participante: ¿Cómo te fue esta semana? - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus vivencias personales con los objetivos de este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Narrativa 	
15	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega a hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. - Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de las nubes. - Psicoeducación de los conceptos: momento presente, modo atardecer, modo solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo: Los pensamientos sólo son pensamientos.
30	<ul style="list-style-type: none"> - Explica cómo realizar respiración diafrágica. - Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Sugiere algunas actividades que puede realizar para continuar la práctica del momento presente. - Sugiere como tarea practicar el “modo atardecer”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprende a realizar respiraciones diafrágicas. - Práctica el poner intencionalmente atención al momento presente si hacer juicios. - Contacta con sus recuerdos pasados y experimenta como eventos privados ocurren en el presente. - Elige una actividad vinculada a la práctica del momento presente para realizar como tarea. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: Mirando las nubes y Tiro al blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión^a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^aPor cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: Si no soy mis pensamientos, ni mis emociones... entonces ¿quién soy?
(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Desarrollar en el participante una perspectiva de observador de sus vivencias internas sin actitud de juicio.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	<ul style="list-style-type: none"> - Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo. - Retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Pregunta al participante: ¿Cómo te fue esta semana? - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus vivencias personales con los objetivos de este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Narrativa 	
15	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega a hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. - Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del tablero de ajedrez. - Psicoeducación de los conceptos: yo como concepto y yo como contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo: Si no soy mis pensamientos, ni mis emociones... entonces ¿quién soy?
30	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Sugiere como tarea el practicar el “modo tablero”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica la habilidad de ser un observador (modo tablero) de alguna situación dolorosa de su biografía. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: Argumento vital y Tiro al blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión^a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: Estar dispuesto a vivir una vida significativa.
(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Favorecer en el participante el estar dispuesto a hacer espacio a sus eventos privados sin evitarlos, con una actitud de auténtica curiosidad y sin hacer juicios.				
Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	<ul style="list-style-type: none"> - Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo. - Retroalimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Pregunta al participante: ¿Cómo te fue esta semana? - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus vivencias personales con los objetivos de este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Narrativa 	
15	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega a hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. - Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de Paco el vagabundo. - Psicoeducación del concepto estar dispuesto. - Metáfora de estar dispuesto es como saltar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo: Estar dispuesto a vivir una vida significativa.
30	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Sugiere de tarea ponga en práctica la persona que ha elegido ser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Describe la persona que está dispuesto (a) ser con base en sus valores personales. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: La persona que elijo ser y Tiro al blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión^a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Módulo: Mi compromiso con la vida.
(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Favorecer el compromiso del participante para vincular sus valores personales con sus acciones diarias.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	- Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta.	- Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación.	- Refuerzo positivo. - Retroalimentación.	- Registro conductual.
10	- Pregunta al participante: ¿Cómo te fue esta semana? - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus vivencias personales con los objetivos de este módulo.	- Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión.	- Narrativa	
15	- Entrega a hoja de trabajo y explica al participante el objetivo de la sesión. - Aplica el componente metafórico leyendo en voz alta el epígrafe y la metáfora de la sesión. Al terminar cada uno de estos recursos, se detiene a explorar las reflexiones, opiniones y experiencias del participante. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos implicados en este módulo.	- Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión. - Recibe la hoja de trabajo. - Escucha, reflexiona, comparte sus opiniones y experiencia personal en relación con el epígrafe y la metáfora contenida en la hoja de trabajo. - Expone y resuelve sus dudas sobre los conceptos contenidos en la hoja de trabajo.	- Metáfora de esquiar - Psicoeducación del concepto compromiso dentro de la ACT.	- Hoja de trabajo: Mi compromiso con la vida.
30	- Aplica el componente experiencial realizando los ejercicios de este módulo. - Pide de tarea al participante que reflexionó como llegó a terapia y cómo se va, para comentarlo en la sesión de cierre, puede escribirlo o sólo comentarlo.	- Experimenta sus procesos de pensamiento. - Distingue en su propia experiencia entre evaluaciones y descripciones. - Práctica la habilidad de asumir pensamientos como hipótesis de su mente. - Evalúa como le fue en su plan de acciones valiosas durante la semana pasada y para realiza un nuevo plan de acciones valiosas para realizar antes de la siguiente sesión.	- Ejercicios: Asesoramiento de valores, tu epitafio, tiro al blanco.	- Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3	- Cierra la sesión preguntando ¿Qué te llevarías de esta sesión?, entrega el registro conductual y programa la siguiente cita. - Proporciona los instrumentos de evaluación de cada sesión ^a .	- Recibe el registro conductual y el carné de citas. - Contesta los instrumentos de evaluación.	Aplicación.	- Registro conductual. - Carné. - AAQ-II/CFC/DAS-R/ HADS-VIH

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

^a Por cuestiones operativas, una vez concluida la sesión, se pide al participante conteste los instrumentos de evaluación en el tiempo que el participante requiera.

Sesión de cierre.

(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Retroalimentar al participante sobre la intervención ACT y agradecer su participación.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	- Da la bienvenida al participante, recoge el registro conductual, refuerza al participante por haberlo hecho y retroalimenta.	- Recibe retroalimentación.	- Refuerzo positivo. - Retroalimentación.	
30	- Pregunta al participante: ¿Cómo llegaste a terapia y cómo te vas?	- Responde la pregunta y expresa sus opiniones y experiencial personal de la intervención.	- Narrativa	
25	- Proporciona los instrumentos de evaluación.	- Responde los instrumentos de evaluación.	- Aplicación.	- AAQ-II/CFQ/ DAS-R/ MAAS/SSF/IMADIS/ HADS-VIH
5	- Se acuerda la forma de seguimiento. Agradece su participación al usuario de La Casa de la Sal y asistencia a todas las sesiones. - Cierra la sesión.	- Escucha y lo decide retroalimenta.		

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale versión en español;SSF=Scale of Satisfaction with Life versión en español; IMADIS=Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

Sesión de seguimiento.

(60 minutos aproximadamente)

Objetivo: Obtener informa sobre cómo ha estado en participante.

Duración (Minutos)	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/Formatos
2	- Da la bienvenida al participante (si el seguimiento es electrónico saluda la participante, pregunta ¿Cómo ha estado? Y proporciona los links para responder los instrumentos).	- Entrega el registro conductual. - Recibe retroalimentación.	- Refuerzo positivo. - Retroalimentación.	- Registro conductual.
20	- Pregunta al participante: ¿Cómo ha estado? (sólo aplica en seguimiento presencial).	- Responde en términos generales como le fue la semana previa a la sesión.	- Narrativa.	
15	- Proporciona los instrumentos de evaluación (sólo aplica en seguimiento presencial).	- Responde los instrumentos de evaluación.	- Aplicación.	- AAQ-II/CFQ/ DAS-R/ MAAS/SSF/IMADIS/ HADS-VIH
3	- Agradece la asistencia al seguimiento y cierra la sesión (si e seguimiento es electrónico, en cuanto el participante contesta los instrumentos, agradece su participación).			

Nota: AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire versión en español; CFC=Cognitive Fusion Questionnaire versión en español; DAS-R= Dysfunctional Attitude Scale Revised versión en español; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale versión en español;SSF=Scale of Satisfaction with Life versión en español; IMADIS=Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida; HADS-VIH= Hospital Anxiety and Depression Scale versión en español para personas con VIH.

HOJAS DE TRABAJO

Hoja de trabajo:
Bienvenido a Terapia.

- **Protocolo ACT-VIH**

ACT significa Terapia de Aceptación y Compromiso por sus siglas en inglés de **Acceptance and Commitment Therapy**. La ACT es una nueva modalidad de terapia respaldada científicamente y que forma parte de la llamada *tercera ola* de Terapia Cognitivo Conductual. La ACT desarrolla habilidades que permiten a las personas pasar del sufrimiento humano al compromiso con una vida valiosa.

El Protocolo en el que se te está invitando a participar tiene el objetivo de aplicar la ACT en personas que viven con VIH. Además, incluye clarificar tus dudas sobre la infección de VIH y el Tratamiento Antirretroviral. Y Finalmente, ayudarte a aceptar esta nueva condición médica de una forma sana.

El protocolo ACT incluye que resuelvas algunos instrumentos psicométricos cada sesión y que realices un registro de tu estado de ánimo para monitorear tus avances. La petición que te hace este protocolo es que me permitas utilizar los resultados de los instrumentos que contestes, protegiendo siempre tu confidencialidad y sumarlos a las repuestas de otros participantes con fines estadísticos y de investigación.

El protocolo ACT consiste en las siguientes sesiones.

Número de sesiones	Fase	En que consiste
1	Sesión inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Se firman los documentos requeridos por La Casa de la Sal para brindarte este servicio gratuito. • Se expone el motivo de consulta. • Se te invita a participar en el protocolo ACT y se contestan algunos instrumentos de evaluación previa a la intervención.
1	Sesión Psicoeducativa sobre el VIH y el TAR.	<ul style="list-style-type: none"> • En ella se brindan conocimientos necesarios sobre la infección por VIH y la importancia de TAR. • Evaluación de esta sesión.
7	Terapia de Aceptación y Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades que atiendan tu motivo de consulta. • Evaluación por sesión.
1	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar que consideras que obtuviste de este proceso terapéutico y contestar los instrumentos de evaluación posterior a la intervención.
1	Seguimiento a un mes.	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser presencial o electrónico con el objetivo de monitorear si los beneficios de la intervención continúan a un mes, en el que expondrás cómo te encuentras y se resuelven algunos instrumentos.
1	Seguimiento a tres meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser presencial o electrónico con el objetivo de monitorear si los beneficios de la intervención continúan a tres meses, en el que expondrás cómo te encuentras y se resuelven algunos instrumentos.

Terapeuta: Roberto

Psicólogo Clínico: Roberto Neria Mejía
 Lic. En Psicología/UNAM/Cédula: 6973949
 Mtro. en Psicología/UNAM/Cédula: 10166013
 Alumno del Doctorado en Psicología/UNAM

Hoja de trabajo:
LA METÁFORA DEL RELOJ DE ARENA
 (Basado en Neria, 2016).

• **Conceptos para recordar.**

Sobre la infección de VIH.	
	<p>Recuerda, el VIH entra al cuerpo por tres vías que son: sexual, vertical (madre a hijo) y sanguínea. Una vez en el cuerpo el VIH hace copias de sí mismo. El VIH destruye a las células CD4, que son células del sistema inmunitario, que se encargan de protegernos de invasores como son: bacterias, hongos y virus. Incluso, los CD4 colaboran en la prevención de ciertos tipos de cáncer.</p> <p>En ausencia del Tratamiento Antirretroviral la infección por VIH progresa de su fase aguda, a un periodo crónico y finalmente cuando el sistema inmune ha colapsado aparecen enfermedades graves y dolorosas que culminan con la muerte.</p>

Sobre el Tratamiento Antirretroviral (TAR)	
<p>Objetivo: La supresión viral, es decir, disminuir la carga viral hasta indetectable.</p>	<p>Indetectable: menos de 40 copias de VIH en un milímetro cúbico de sangre. Carga viral: número de copias de VIH en un milímetro cúbico de sangre. Conteo de CD4: número de CD4 en un milímetro cúbico de sangre. Sida: Fase de la infección por VIH en que el sistema inmunológico ha colapsado y aparecen enfermedades graves y dolorosas.</p>

Adherencia al TAR: Tomar el medicamento todos los días y a la hora indicada.	
<p>Beneficios de una buena adherencia al TAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El TAR siga funcionando y la infección por VIH este contralada. • Evita que el virus mute. • Disminuye en un 96% la transmisión del VIH cuando se consigue la supresión viral. • Normaliza la esperanza de vida con respecto a la población en general. 	<p>Consecuencias de una mala adherencia al TAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La infección por VIH progresa a sida. • Aumenta el riesgo de que el virus mute y se haga resistente al TAR. • Aparezcan enfermedades graves y dolorosas.
<p>Reinfección:</p> <p>Aunque tengas una buena adherencia al TAR y la transmisión sexual disminuya en un 96%, es importante usar condón en toda relación sexual, porque puedes volverte a infectar por VIH. El nuevo VIH podría facilitar la mutación o bien, este virus que re-infecta podría ya ser resistente al TAR que tomas actualmente.</p> <p>Usar condón en toda relación es para cuidarte a ti.</p>	

Alimentos que afectan el TAR.		
<p>Hierba de San Juan Impide que el tratamiento antirretroviral funcione, por lo que no debes consumirla.</p>	<p>Toronja Disminuye la absorción de tu medicamento, por lo que no debes consumirla.</p>	<p>Ajo En grandes cantidades disminuye el efecto de tu medicamento, por lo que puedes comer ajo de manera normal, sólo tener cuidado de no comerlo en exceso.</p>

METÁFORA DEL RELOJ DE ARENA (Adaptada de Neria, 2016).

Con apoyo del material didáctico del reloj de arena el aplicador debe memorizar la siguiente metáfora y entrenarse previo a su aplicación. Para ver la elaboración del material didáctico del reloj de arena consultar el anexo pertinente a su elaboración en trabajo de Neria (2016) disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/0741283/Index.html>

Este es un reloj de arena y lo utilizaré para explicar de forma metafórica, qué es la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH por sus siglas, qué es el Tratamiento Antirretroviral y la importancia de tener una buena adherencia a este tratamiento.

Imagina que este reloj de arena representa nuestro cuerpo. La parte de arriba está vacía porque representa que el virus de VIH no ha entrado al cuerpo. La parte de abajo está llena porque representa a los CD4 en un momento que no hay infección por VIH. Los CD4 son células inmunitarias que nos defienden de infecciones por virus, bacterias, hongos y algunos tipos de cáncer. Los CD4 son las defensas.

El VIH puede entrar a nuestro cuerpo de tres formas. Vía sexual, es decir, cuando tenemos sexuales sin condón con una persona que tiene VIH. Vía vertical, es decir, de madre a hijo. Sin embargo, existe ciertos cuidados médicos que junto con el tratamiento antirretroviral han mostrado eficacia para evitar que una mujer embarazada pase el virus a su bebé. Y por último vía sanguínea, es decir, cuando sangre infectada por VIH entra a nuestro torrente sanguíneo. Por ejemplo, si usamos jeringas no esterilizadas que estuvieron en contacto reciente con sangre infectada por VIH.

Voy a dar vuelta al reloj de arena para representar que el VIH ha entrado al cuerpo.

En este momento comienza la infección y el VIH comienza a destruir a las células CD4.

¿Qué está pasando con los CD4? [Esperar un momento a que el participante conteste y luego reforzar o corregir su respuesta]. Muy bien, están disminuyendo].

Y ¿qué pasa con el VIH? [Esperar un momento a que el participante conteste y luego reforzar o corregir su respuesta]. Muy bien, están aumentando].

En ausencia de tratamiento la infección seguirá su progreso natural pasando por una fase aguda que puede durar uno o dos años en la los que usualmente se presenta un cuadro de tipo gripal, diarreas recurrentes y sudoraciones nocturnas, después una fase crónica que es asintomática, porque no hay síntomas de enfermedades graves. Sin embargo, el cuerpo sufre un desgaste lento y progresivo. Esta fase crónica se puede extender en promedio hasta ocho años. Finalmente, sigue la fase de SIDA, que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA es la fase final de la infección por VIH cuando el sistema inmune finalmente ha colapsado y aparecen signos y síntomas de enfermedades graves y dolorosas que culminan en la muerte.

Para saber el número de virus de VIH que hay en el cuerpo se realiza un estudio denominado carga viral.

La carga viral mide el número de virus de VIH que hay en un milímetro de sangre, es decir, en una gotita de sangre (hacer un dibujo de una gotita de sangre que diga dentro 1 milímetro de sangre).

Y para saber el número de células CD4 que hay en el cuerpo se realiza un estudio denominado conteo de CD4. El conteo de CD4 mide el número de células CD4 que hay en una gotita de sangre.

Como pudiste observar en ausencia de tratamiento la infección por VIH progresa de manera natural al a fase de SIDA. El Tratamiento Antirretroviral impide que el virus del VIH haga copias de sí mismo y con ello evita la progresión de la infección por VIH.

Voy a voltear el reloj de arena para representar el momento en que una persona con VIH comienza su Tratamiento Antirretroviral. Ahora la parte de abajo son los CD4 y la parte de arriba los virus de VIH.

Ahora, con el Tratamiento Antirretroviral.

¿Qué está ocurriendo con la carga viral? [Esperar un momento a que el participante conteste y luego reforzar o corregir su respuesta]. Muy bien, están disminuyendo.

Y ¿qué ocurre con los CD4? [Esperar un momento a que el participante conteste y luego reforzar o corregir su respuesta]. Muy bien, están aumentando.

El objetivo del Tratamiento Antirretroviral es la supresión viral, es decir, impedir la replicación viral al grado que la carga viral reporte 39 o menos virus de VIH por gotita de sangre.

Una carga viral tan pequeña es lo que se conoce como indetectable. Ser indetectable no significa estar curado, pues hasta hoy la infección por VIH no tiene cura, significa que la cantidad de VIH en el cuerpo es tan pequeña que la infección está controlada.

En este momento se ha logrado la indetectabilidad que es el objetivo del Tratamiento Antirretroviral.

Mientras esto permanezca así la infección está controlada. Sin embargo, para que esto sea posible son necesarias dos cosas. Primero, tener una buena adherencia al Tratamiento Antirretroviral, es decir, tomar el medicamento todos los días en el horario indicado.

Imaginemos que una persona deja de tomar su medicamento o no lo toma todos los días en los horarios indicados, esto sería como dar la vuelta al reloj de arena y permitir que la infección continúe.

El no tener una buena adherencia al tratamiento antirretroviral, además de permitir que la infección continúe da oportunidad a que el VIH pueda mutar y se haga resistente al medicamento. Esto significa que el medicamento deje de funcionar. Por eso es importante tener una buena adherencia al tratamiento antirretroviral.

Otra cosa que permite que el virus mute es la reinfección. Es decir, que una persona con VIH vuelva a infectarse con un virus de VIH que ya es resistente a su medicamento o que junto con el VIH que ya tiene muten a un virus resistente al tratamiento antirretroviral. Lo que significa, que aun que se tenga buena adherencia, el medicamento dejará de funcionar.

Tener buena adherencia y evitar la reinfección utilizando condón en cada relación sexual permiten que el objetivo del tratamiento sea posible y permanezca en el tiempo, normalizando la esperanza de vida de las personas con VIH con respecto a la población en general.

Finalmente, es importante que conozcas tres alimentos que interfieren con el funcionamiento del tratamiento antirretroviral.

El primero es la Hierba de San Juan que se utiliza en té para mejorar el estado de ánimo. Sin embargo, la Hierba de San Juan impide que el tratamiento antirretroviral funcione, por lo que no debes consumirla. El segundo alimento es la toronja, porque disminuye la absorción de tu medicamento, por lo que no debes consumir Toronja. El tercero es el ajo. El ajo en grandes cantidades disminuye el efecto de tu medicamento, por lo que puedes comer ajo de manera normal, sólo tener cuidado de no comerlo en exceso.

¡Tomar tu medicamento todos los días sólo depende de ti!

Gracias.

EJERCICIO DE DESESPERANZA CREATIVA

Metáfora de la persona en el hoyo.

(Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Imagina que estas en un campo y que llevas una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Te han dicho que tu tarea consiste en correr por el campo, con los ojos vendados. Así es como se supone que debes vivir tu vida y, por eso, tú haces lo que se te ha dicho. Ahora bien, sin que tú lo sepas, resulta que en el campo hay unos cuantos hoyos bastante profundos, esparcidos por toda el área. Al principio, tú no lo sabes —eres un ingenuo—. De modo que empiezas a correr y, antes o después, caes en un profundo agujero. Palpas a tu alrededor y parece bastante claro que no vas a poder subir otra vez. Está enfangado y resbaladizo y no parece haber ninguna salida que puedas tomar. ¿Te lo puedes imaginar en tu mente? ¿Cómo te sientes en una situación semejante?

[Comentar]

Tienes la bolsa de herramientas que se te proporcionó; tal vez quieras averiguar qué hay dentro; puede que haya alguna cosa que puedas utilizar para salir del agujero. Tienes los ojos vendados, pero puedes tantear dentro de la bolsa. Hay una herramienta, pero se trata de una pala; al parecer, es todo lo que tienes. Imagina que quieres salir del agujero a toda costa, que has intentado durante horas trepar por la pared resbaladiza sin conseguirlo... ¿Qué pensarías al encontrarte con la pala?

[Comentar]

Imagina que intentas cavar, hacer una escalera y en todo lo que se te ocurre la tierra se te viene encima. Estas sudoroso, cansado y jadeante. Y después de todo ese tiempo cavando, resulta que estás en un hoyo aún más profundo. Tómate un tiempo para experimentar cómo se debe sentir eso. [Pausa].

¿Qué estás sintiendo? [Comentar].

Incluso parece que te estás hundiendo cada vez más... Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo y sólo has conseguido que el agujero se haga más y más grande. No hay salida. ¿Y esto no se parece a tu propia experiencia? Lo que me pregunto es si no habrás acudido a mí pensando: “A lo mejor él tiene una pala realmente grande —una de acero, chapa en oro”. Bueno pues no y aunque la tuviera, no la utilizaría porque cavar no es la salida del hoyo; cavando es como se hacen los hoyos. De modo que, tal vez, todo el plan de control sobre el problema [integrar el problema del participante] no tenga sentido. No sea más que un truco. No puedes conseguir salir cavando; lo único que consigues así es enterrarte más [La terapeuta mezcla intencionalmente los términos de la metáfora y de la situación real vivida por el participante para destacar implícitamente la equivalencia entre las dos situaciones].

Hoja de trabajo:
¿Qué es lo realmente valioso para mí?

Los animales pueden elegir, pero no pueden juzgar.
 Hayes, Strosahl y Wilson (2012).

- **Metáfora del soldado** (Hayes, 2005).

Imagina un soldado en el campo de batalla, luchando en una guerra. La guerra no está saliendo demasiado bien por lo que el soldado lucha cada vez con mayor empeño. Perder, tendría un efecto devastador y quien está empeñado en el combate cree que, a menos que gane esa guerra, no va a ser posible vivir una vida que valga la pena. De manera que la guerra sigue y sigue...

Lo que no sabe esa persona, es que en cualquier momento podría abandonar el campo de batalla y empezar a vivir su vida ahora mismo. La batalla seguramente iba a continuar y el campo de batalla seguiría ahí, a la vista. El paisaje puede que siga siendo muy semejante a como era mientras sucedían los combates. Pero el resultado de la guerra ya no tiene demasiada importancia y la necesidad, aparentemente lógica, de tener que ganar la guerra antes de empezar a vivir de verdad, habrá quedado descartada. Luchar por tu vida no es lo mismo que vivir tu vida. [Comentar]

- **Algunos conceptos.**

Decisión	Elección
Es una selección hecha por razones . Las razones son formulaciones de causa-efecto o de pros y contras. Por ejemplo: <i>Persona A:</i> Iré al museo, porque la gente que va a los museos es culta. Es decir, si yo voy al museo entonces seré una persona culta.	Es una selección entre alternativas que se hace sin alguna razón específica . Aunque, puede darse en presencia de razones. Por ejemplo: <i>Persona B:</i> Me gusta mucho el arte, sobre todo las pinturas, y también me gusta el cine. Pero hoy quiero ir al museo. Además, la exhibición de pinturas que tiene hoy el museo, sólo se exhibirá este mes y luego regresará a su lugar de origen.

En el ejemplo anterior para la persona A ir al museo es una **decisión**. Sin embargo, para la persona B el Arte es una **elección** que se expresa eligiendo ir al museo.

Valores
Son elecciones de lo realmente valioso para una persona en su vida. (Para la ACT los valores no son cuestiones morales de bueno o malo).

- **Tarea:** Realizar el plan de acciones valiosas.

Hoja de trabajo:
CONSTRUYENDO UN CONTEXTO DE CAMBIO

“Cuando el sufrimiento toca a tu puerta y tú le dices que no hay una silla para él, él te dice que no te preocupes porque él ha traído su propia silla”.
 Chinua Achebe (1964).

- **Metáfora de las secretarias** (Adaptada por Neria y basada en Wilson y Luciano, 2002).

Dos mujeres se presentaron a una entrevista de trabajo para obtener el puesto de secretaria. La persona que las entrevistó se dio cuenta que las dos mujeres eran excelentes para el trabajo. Entonces les pidió que transcribieran un texto en la computadora y les dijo que aquella que terminara primero obtendría el trabajo. Así, las dos secretarias iniciaron al mismo tiempo su tarea. De pronto, a una de ellas le comenzaron a aparecer unos mensajes en la computadora que decían: “eres una inútil”, “no puedes ni resolver tú vida”, “la gente tiene razón de lo mala persona que eres” etc. La mujer no sólo creía que estos mensajes eran ciertos, además comenzó a tratar de cerrar los mensajes emergentes. Pero, lo que ocurría es que por cada mensaje que cerraba aparecían tres más.

De pronto la otra secretaria, terminó su trabajo y la secretaria que estaba intentando eliminar todos los mensajes se enojó mucho y reclamó que ella no había terminado porque su computadora estaba mal. Entonces la secretaria que había terminado el trabajo le dijo: A mí también me aparecieron unos mensajes horribles, y cuando intenté eliminarlos, entre más los eliminaba me aparecían más y eran más terribles. Sin embargo, me di cuenta, que podía arrastrar los mensajes a la orilla de la pantalla y continuar mi trabajo. [Comentar].

- **Algunos conceptos.**

Dolor natural	Sufrimiento
Es el dolor natural que experimentamos como respuesta a un problema de la vida diaria.	Es el dolor que experimentamos cuando luchamos innecesariamente por controlar o evitar el dolor natural.



Evitación Experiencial
Es el proceso mediante el cual uno intenta evitar las propias vivencias. La evitación experiencial reduce el contacto con la propia vida y a largo plazo impide que realicemos acciones que son valiosas para nosotros.

- **Tarea:** Dejar de luchar con el dolor natural y realizar el plan de acciones valiosas.

Ejercicio: Tu inventario de sufrimiento.

(Adaptado por Neria de Hayes, 2011, p. 45-47).

Me gustaría que hicieras una lista sobre los temas que en el presente te causen malestar psicológico. Trata de que lo que anotes no sean cosas externas o situacionales. Por ejemplo, “|mi jefe” no sería un buen ejemplo de problema, pero, “sentirme frustrado por mi jefe” o “sentirme relajado por mi jefe” sí que serviría. Una vez que hayas completado tu lista en la parte izquierda del formato, has memoria y piensa desde hace cuánto tiempo ese tema ha sido un problema para ti y coloca esa información en la columna de la derecha.

Asuntos difíciles y dolorosos que estoy experimentando.	Desde hace cuánto.

Ahora, mira lo que has escrito y piensa que asunto te causa más problema y ordena la lista ya sea del asunto que te cause más dolor al que te cause menos problema o viceversa, como te parezca mejor.

Ejercicio: El dolor ha desaparecido, ¿y ahora qué?

(Tomado de Hayes, 2011, p. 48).

Si _____ ya no fuera un problema para mí,
entonces yo podría _____

Si _____ ya no fuera un problema para mí,
entonces yo podría _____

Hoja de trabajo:
LOS PENSAMIENTOS SON SOLO PENSAMIENTOS

“No es la realidad la que nos causa problema, es lo que pensamos de ella”.
 Epicteto, Siglo I

- **Somos peces nadando en nuestros pensamientos.** (Hayes, 2013)

Los peces nadan en el agua de una manera natural. No “saben” que están bajo el agua; simplemente nadan. Para los seres humanos, pensar resulta algo parecido. Los pensamientos son nuestro elemento natural. Estamos tan inmersos en ellos que rara vez somos conscientes de que están ahí. Nadar en nuestros pensamientos es nuestro estado natural. No podemos sacar a un pez del agua y esperar que siga viviendo como un pez. Ahora bien, ¿Qué ocurriría si los peces se hicieran conscientes del agua? [Comentar].

- **Algunos conceptos.**

Fusión Cognitiva	Defusión Cognitiva
Es un apego excesivo a los contenidos de la mente. Es decir, mezclar el ser humano que uno es con lo que nuestra mente dice que uno debe ser.	Habilidad de asumir los pensamientos como hipótesis de nuestra mente, sin enredarse en ellos. Es decir, separar el ser humano que uno es de la mente que soluciona problemas en un sistema lógico.
Evaluaciones	Descripciones
Son juicios subjetivos que hacemos sobre objetos, personas o acontecimientos internos y externos. Se refieren a atributos subjetivos.	Son verbalizaciones relacionadas directamente con la forma o aspecto de los objetos, personas o acontecimientos. Se refieren a atributos objetivos.

- **Ejercicio del Jeep Amarillo.**
- **Tarea:** Agradecer a la mente y realizar el plan de acciones valiosas.

Ejercicio: Explorar la diferencia entre Descripciones y Evaluaciones.

(Adaptado por Neria de Hayes 2011, pp. 174-175).

Describe y evalúa lo que a continuación se te pide. Ejemplo:

	<p>Descripciones (atributos objetivos)</p>	<p>Evaluaciones (atributos subjetivos)</p>
	<p>Tiene raíces.</p>	<p>Es absurdo, porque no hay árboles de estrellas.</p>

Película que hayas visto recientemente:

<p>Descripciones (atributos objetivos)</p>	<p>Evaluaciones (atributos subjetivos)</p>

Un amigo (a) cercano:

<p>Descripciones (atributos objetivos)</p>	<p>Evaluaciones (atributos subjetivos)</p>

Anota aquí una experiencia dolorosa:

<p>Descripciones (atributos objetivos)</p>	<p>Evaluaciones (atributos subjetivos)</p>

Hoja de trabajo:
Contacto con el momento presente.

Los sentimientos van y vienen como las nubes en un cielo ventoso.
 La respiración consciente es mi ancla.
 Thich Nhat Hanh (1997).

• **Metáfora de las nubes** (Propuesta por Neria).

Imagina un cielo totalmente despejado y con un viento sereno y tranquilo. De pronto, el viento cambia y aparecen algunas nubes blancas. Estas nubes blancas son tus emociones, pensamientos, recuerdos, impulsos y sensaciones positivas. Tómate un momento y descríbeme cómo han sido algunas de tus nubes blancas. [Comentar].

Todo está tranquilo, cuando de pronto el viento vuelve a cambiar y ahora comienzan a llegar nubes grises. Estas nubes grises son tus emociones, pensamientos, recuerdos, impulsos y sensaciones corporales que te causan malestar. Tómate de nuevo un momento y dime como han sido tus nubes grises. [Comentar].

De pronto, las nubes grises son tantas que una tormenta terrible se desata, hay truenos y hay oscuridad. Puedes imaginarlo. Recuerda algún momento de tu vida en que te hayas sentido en una tormenta terrible. Dime que ocurría y cómo te sentías. [Comentar].

Sin embargo, si te das cuenta ni las nubes blancas, ni las nubes negras pueden modificar el cielo que ha estado siempre detrás de ellas. Ese cielo eres tú, no las nubes [Comentar].

• **Algunos conceptos.**

Para la ACT el presente no significa algo opuesto al pasado o al futuro. Pasado y futuro sólo son maneras para hablar sobre el paso del tiempo, son un mero truco del lenguaje, que hace parecer al tiempo un objeto concreto, como un collar de perlas. En ocasiones decimos: “esto me pasó ayer” o “esto otro ocurrirá mañana”, como si el tiempo contuviera al pasado y al futuro al igual que el espacio puede contener objetos.

Sin embargo, el pasado ya se ha ido para siempre y el futuro todavía no ha llegado. Lo que hay es lo que experimentamos en el presente. Incluso, los recuerdos e historias sobre el pasado y las construcciones que hacemos sobre el futuro: **SON PRESENTE**. El pasado y el futuro no tienen lugar, solo el presente.

Contacto con el momento presente (Modo Atardecer)	Modo Resolución de problemas
Es la habilidad de poner atención intencionalmente al momento presente sin hacer juicios.	Resolver lo que está sucediendo.

• **Tarea:** Practicar el “Modo Atardecer” y realizar el plan de acciones valiosas.

Tener contacto con el momento presente es una habilidad que requiere una práctica diaria. Parece un poco absurdo, pero muchas veces pasamos más tiempo dirigiendo nuestra atención hacia nuestros recuerdos y nuestras preocupaciones del futuro, que al presente de una manera intencional y con una actitud de no juicio. Algunas cosas que puedes hacer para practicar esta habilidad son:

-Salir a caminar en silencio 10 minutos. Puede ser alrededor de tu patio, de tu casa, tu cuadra o incluso dar un paseo por algún lugar que te agrade. Pon atención de manera intencional sin hacer juicios a aquello que llame tu atención. Por ejemplo, si de pronto sientes el calor del sol sobre un brazo, entonces repite para ti mismo “estoy sintiendo el calor del sol sobre mi brazo”. Si mirar algo que te agrade de igual manera describe la experiencia tal como esté ocurriendo en ese momento.

- Come tres chocolates o dulces pequeños que te agraden y trata de comer cada uno disfrutándolo el mayor tiempo en tu boca.

- Puedes ver tu programa favorito, película o escuchar alguna canción que te guste, comer tu alimento preferido, vestir la ropa que más te agrade, sentir las texturas de objetos cotidianos, olores, sabores... y centrarte en lo que experimentas en ese presente.

Ejercicio: Mirando las nubes.

(Propuesto por Neria y basado en Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Vamos a realizar algunas respiraciones con los ojos cerrados, aunque también puede ser mirando al suelo si así lo prefieres. Una vez que estés relajado voy a pedirte que te imagines que tú eres el cielo y que dejes pasar por un momento las nubes que pasen en ese momento. Después de uno o dos minutos te pediré que vuelvas a respirar y abras los ojos para que me cuentes qué nubes han pasado y las organizaremos en el siguiente formato.

Vivencias internas	Nubes Blancas	Nubes Negras
Pensamientos		
Recuerdos		
Emociones		
Impulsos		
Sensaciones corporales		

Realizaremos lo mismo ahora con un evento que te haya causado sufrimiento en tu vida. Puede ser el mismo que me has contado en la metáfora con la que iniciamos la sesión.

Vivencias internas	Nubes Blancas	Nubes Negras
Pensamientos		
Recuerdos		
Emociones		
Impulsos		
Sensaciones corporales		

Hoja de trabajo:

SI NO SOY MIS PENSAMIENTOS, NI MIS EMOCIONES... ENTONCES ¿QUIÉN SOY?

Una niña de seis años resultó muerta al colocarse frente a un tren, después de decirle a sus dos hermanas y a su primo que “quería convertirse en un ángel para estar con su madre...” Las autoridades informaron que su madre tenía una enfermedad terminal.
 Periódico New York Times, 17 de junio de 1993.

• **Metáfora del tablero de ajedrez** (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Imagina un tablero de ajedrez que se extiende hasta el infinito en todas las direcciones. Imagina que las piezas del ajedrez representan tus vivencias internas (pensamientos, recuerdos, emociones, impulsos y sensaciones corporales). Las piezas blancas representan tus vivencias internas positivas y las piezas negras tus vivencias internas negativas. Como te puedes dar cuenta las vivencias internas negativas conforman el equipo de los “malos” y las positivas el equipo de los “buenos”. Es la típica lucha entre el equipo de los “buenos” contra los “malos”.

Parece que este juego se trata de que un equipo gane. Así que nos montamos sobre el caballo blanco y cabalgamos hacia la batalla, para luchar hasta ganar la guerra con la ansiedad, la depresión, el impulso de consumir drogas o cualquier vivencia interna que nos cause malestar. Se trata de un juego de guerra. Pero surge aquí un problema lógico y es que, al adoptar esta actitud, hay muchas partes de ti mismo que van a ser tu propio enemigo. En otras palabras, si necesitas librar esta guerra, es que hay algo malo en ti. Y como parece que estás al mismo nivel de las piezas, estas pueden ser tan grandes como tú, o incluso mayores –aunque las piezas estén dentro de ti, pues son tus vivencias internas–. De manera que, aunque esto no sea lógico, cuánto más luchas, más grandes se vuelven. Es cierto ese refrán que dice “lo que menos quieres lo tendrás en tu casa” de modo que a medida que luchas contra el equipo “malo”, más importancia adquieren esas vivencias internas en tu vida; más habituales se vuelven, más dominantes y más entrometidas en cada aspecto de tu vida.

La idea lógica es que, si eliminas a la mayoría de las piezas negras, conseguirás dominarlas –sólo que te tu experiencia te dice que ya lo has intentado y sucede justo lo contrario–. Al parecer, ¡las piezas negras no pueden ser eliminadas intencionalmente! De modo que la batalla sigue y sigue. Tú te sientes indefenso, tienes la sensación de que no puedes ganar y, sin embargo, no puedes dejar de luchar. Si vas montado en el caballo blanco, la única elección que tienes es luchar contra las piezas negras, porque parecen estar amenazando tu vida. Aunque vivir en una zona de guerra no sea vivir. Imagina que no eres ninguna de las piezas; entonces ¿Quién podrías ser?

• **Algunos conceptos.**

Es muchas ocasiones creemos ser aquello que nuestra mente y los demás dicen que somos. Y seguimos al pie de la letra ese concepto de lo que se espera que seamos y hagamos con nuestra vida. Eso es lo que en ACT se denomina **YO CONCEPTO**. Sin embargo, no somos del todo ese concepto, realmente somos esa persona que está atrás de nuestros ojos en todo momento, observando, experimentando la vida, eligiendo y realizando acciones. Es lo que realmente somos. Es decir, un **YO OBSERVADOR**, que la ACT denomina **YO COMO CONTEXTO**.

Yo como concepto	El yo como contexto
Son las evaluaciones y autoevaluaciones sobre uno mismo. Auto-conceptualizaciones: Son juicios que hace tu mente sobre ti como persona y que tú, implícitamente consideras como verdades literales.	Es el lugar desde donde observas al mundo exterior y a tus eventos privados. Incluye la consciencia continua, flexible y voluntaria de nuestras experiencias en el presente. Es la experiencia de ser uno mismo, sin juzgarnos.

• **Tarea:** Practicar el “Modo Tablero” y realizar el plan de acciones valiosas.

Hoja de trabajo:
ESTAR DISPUESTO A VIVIR UNA VIDA SIGNIFICATIVA

No podemos controlar el viento, sólo podemos ajustar las velas.
 Dicho popular chino.

- **Metáfora de Paco el Vagabundo.** (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Imagina que estrenas una casa nueva e invitas a todos los vecinos del lugar a una gran fiesta de inauguración de tu vivienda. Todos cuantos viven en el vecindario están invitados, incluso has colocado un anuncio en el supermercado. De modo que se presentan todos los vecinos. La fiesta es genial y, de pronto, aparece Paco que vive detrás del supermercado, junto a los contenedores de basura. Paco huele que apesta y tú piensas: “¡Oh, cielos! ¿Por qué ha tenido que venir?”. Pero en tu anuncio tu habías puesto: “Todo mundo es Bienvenido”. ¿Podrías ser capaz de darle la bienvenida a él y hacerlo realmente, plenamente, aunque no te guste que se haya presentado? Puedes darle la bienvenida, aunque no tengas muy buena opinión de él. No tiene que gustarte. No tienen que gustarte como huele ni su estilo de vida ni su vestimenta. Puede que te sientas avergonzado de la forma en que se está sirviendo el ponche o cómo mete mano a los sándwiches. Tu opinión sobre Paco o la evaluación que hagas de él, es algo completamente distinto de tu posición de acogerlo como invitado en tu casa.

Ahora bien, también podrías decidir que, a pesar de haber dicho que todo el mundo era bienvenido, en realidad él *no* es bienvenido. Pero, en cuanto adoptas esta actitud, la fiesta cambia. Ahora tú tienes que estar delante de tu casa, vigilando la puerta para que él no vuelva. Ahora bien, si tú decides: “de acuerdo eres bienvenido”, pero en realidad no quieres decir eso –y te refieres a que solo es bienvenido si se queda en la cocina y no anda por en medio de los demás invitados– entonces vas a tener que estar ocupándote continuamente de que sea así y toda tu fiesta vas a limitarte a eso. Mientras tanto, la vida sigue, la fiesta continua y tú eres el guardián de Paco. Eso no es calidad de vida. No se parece a una fiesta. ¡Es demasiado trabajo! ¿Y qué pasaría si todas la emociones, recuerdos, impulsos y pensamientos que, sin embargo, vienen a tu mente, fueran precisamente, otros tantos vagabundos a tu puerta? La cuestión es: ¿Qué postura adoptarías entonces? ¿Serían bienvenidos? ¿Puedes darles la bienvenida, aunque no te guste el hecho de que hayan venido? Si no, ¿cómo va a ser tu fiesta?

- **Algunos conceptos.**

Aceptación	Estar dispuesto
Es estar dispuesto a experimentar nuestras vivencias internas aun cuando nos provoquen malestar, sin evitarlas, ni luchar con ellas.	No es querer, intentar o condicionar. Estar dispuesto es una cuestión de todo o nada, es como dar un salto. Es responder activamente a nuestras vivencias internas.

- **Tarea:** Estar dispuesto a experimentar la vida y realizar el plan de acciones valiosas.

Ejercicio: La persona que elijo ser.

Realiza este ejercicio con apoyo de tu terapeuta. Imagina el tipo de persona que te gusta o gustaría ser y escribe esas características. Recuerda, no se trata de cómo te gusta que sean contigo, sino de cómo eliges ser tú con los demás, incluso cuando las personas son como no te gusta que sean. Considera que no es necesario tener pareja, por ejemplo, para describir qué tipo de pareja eliges ser. Si alguna área no aplica para ti, puedes dejarla en blanco o explicar por qué no aplica. En caso de que haga falta un área importante para ti, que no esté en el formato, utiliza el cuadro de “otra” y nombra dicha relación.

<p style="text-align: center;">Hermano (a)</p>	<p style="text-align: center;">Hijo (a)</p>	<p style="text-align: center;">Amigo (a)</p>
<p style="text-align: center;">Padre/Madre</p>	<p>Elijo ser...</p>	<p style="text-align: center;">Pareja/Novio(a)/Esposo(a)</p>
<p style="text-align: center;">Empleado/Trabajador/ Profesionista/Estudiante</p>	<p style="text-align: center;">Persona que apoya a la comunidad</p>	<p style="text-align: center;">Otra:</p>

Hoja de trabajo:
Mi compromiso con la vida.

“Lo que puedas hacer, o sueños que puedes hacer, empíezalo.”
 Goethe (1749-1832).

- **Metáfora de Esquiar.** (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

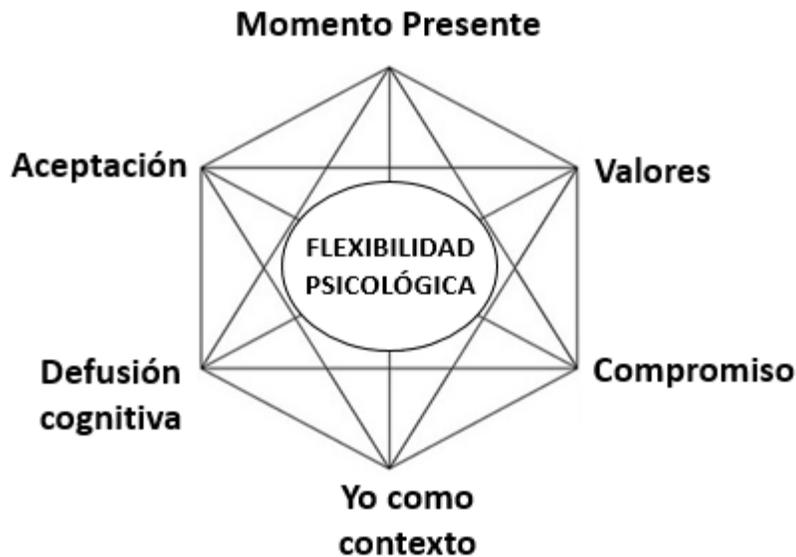
Imagina que estás esquiendo. Te subes al telesilla y llegas a la cumbre de la montaña y te dispones a descender con los esquíes cuando aparece un tipo y te pregunta a dónde vas. “Voy al refugio que esta al pie de la montaña”, le contestas. Él te dice: “Yo te puedo ayudar” y, rápidamente te agarra y te mete a un helicóptero, te lleva volando hasta el refugio y, luego desaparece. Entonces, tú miras a tu alrededor aturdido y vuelves a subirte al telesilla hasta la cumbre de la montaña y estás a punto de descender con los esquíes cuando el mismo tipo te vuelve a agarrar, te mete en el helicóptero y te lleva otra vez al refugio. Seguro que ibas a estar algo molesto ¿verdad? Probablemente dirías: “¡Oye! ¡Es que yo quiero esquiar!”

Esquiar no consiste meramente en llegar al refugio. Eso se puede conseguir de muchas maneras. Esquiar es una manera concreta de llegar ahí. Pero, date cuenta, que llegar al refugio es importante para esquiar porque nos permite llevar a cabo el proceso. Valorar el descenso más que ir en el telesilla es necesario para bajar la pista esquiendo. Si intentas ponerte los esquíes para subir la montaña en vez de bajarla, ¡no vas a poder conseguirlo! Todo este proceso se puede expresar mediante una paradoja: el resultado es el proceso mediante el cual el proceso puede llegar a ser el resultado. Es decir, necesitamos objetivos, como lo es llegar al refugio, pero lo realmente importante es que participemos plenamente en el viaje. [Comentar].

- **Algunos conceptos.**

Compromiso
Es poner en práctica nuestros valores personales en nuestras acciones diarias.

FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA es un modelo integrado por los siguiente seis procesos:



- **Tarea:** Vivir una vida con acciones basadas en tus valores personales.

Ejercicio: Tu epitafio.

(Tomado de Hayes, 2011)

Cuando entierran a la gente, a veces le dedican un epitafio. Suelen poner cosas como: “Aquí está Sue. Amó su familia de todo corazón. Si la lápida de abajo fuera la tuya ¿Qué inscripción te gustaría que llevara? ¿Cómo te gustaría que caracterizarán tu vida? Esto no es una descripción, ni una predicción; es una esperanza, una aspiración, un deseo. Piénsalo por un momento e intenta sintetizar tus valores más profundos en un breve epitafio y escríbelo en la lápida de abajo.

Aquí yace:

Ejercicio: Plan de acciones valiosas para mi vida.

(Adaptado por Neria de la Hoja de asesoramiento de valores de Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

A lo largo de esta terapia has conectado tus valores con acciones concretas, que has realizado cada semana. Es momento de hacer un recuento de tus valores e incluirlos en un plan de acciones general para tu vida. A continuación, coloca tus valores personales en cada una de las áreas, tus objetivos a largo plazo y alguna acción concreta para realizarlo.

Área	Valores	Objetivos a largo plazo	Barreras	Acciones
Trabajo/ Educación				
Tiempo libre				
Relaciones personales				
Crecimiento personal/Salud				