



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PATRÓN DE  
COMPORTAMIENTO SEXUAL EN PSICÓLOS EN FORMACIÓN**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A (N)**

**MARIA DE LOS ANGELES ESTRADA  
MARTINEZ**

**Director: Dr. Ricardo Sánchez Medina**

**Dictaminadores: Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña**

**Dr. David Javier Enríquez Negrete**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, noviembre 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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME PE302819 “Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida en Personas con VIH”.

Agradezco a mis sinodales, por el apoyo, paciencia, comprensión, tolerancia y enseñanza en este trabajo. Agradezco infinitamente al Dr. Ricardo y la Dra. Rubi por la oportunidad de trabajar a su lado en diferentes proyectos, por compartir sus conocimientos a lo largo de mi formación, gracias por permitirme aplicar lo visto en las aulas en los proyectos y por la ayuda en el desarrollo de mis habilidades.

Gracias infinitas a mi familia por la confianza, por tanta comprensión, por soportar ausencias y mal humor, por estar en cada momento animándome y alentando a seguir a pesar de las dificultades, no solo en este momento, sino a lo largo de mi vida.

Gracias también a las mejores amigas del mundo Brenda y Fernanda, por tanto aprendizaje, apoyo y aguante, por estar siempre presentes, gracias por la presión ejercida en ocasiones, por la escucha y la intervención oportuna en momentos complicados. Gracias por estar desde el día uno de esta increíble aventura que a su lado se convirtió en extraordinaria.

Por último quiero agradecer a la UNAM, porque por muy poco me ha brindado mucho; han sido años de mucho aprendizaje, de encontrar conocimiento basto, profesores de excelencia, grandes amistades y amores únicos.

# CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN PSICÓLOGOS EN FORMACIÓN

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	6
1.1 Psicología y Salud	6
1.2 Práctica profesional con personas con alguna enfermedad	8
1.3 Enfermedades crónico-degenerativas y Adherencia al tratamiento	11
CAPÍTULO 2. VIH/SIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	15
2.1 VIH un problema de salud pública	16
2.1.1 Características del VIH/SIDA	18
2.1.2 Estadísticas del VIH/SIDA	20
2.2 VIH como una enfermedad crónica	21
2.3 Adherencia al tratamiento en personas con VIH	23
2.3.1 Evaluación de la Adherencia al tratamiento	26
2.3.2 Factores que influyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento	28
2.4 El papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento	29
CAPÍTULO 3. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL Y ACTITUDES ANTE LAS PERSONAS VIH+ EN PROFESIONALES DE LA SALUD	32
3.1 Conocimientos sobre VIH/SIDA y Creencias sobre el uso del condón	33
3.2 Patrón de comportamiento sexual	37
3.3 Actitudes ante las personas diagnosticadas con VIH	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
Justificación	42

OBJETIVOS	47
Objetivo general	47
Objetivos específicos	47
MÉTODO	48
Población	48
Participantes	48
Muestreo	48
Criterios de inclusión	48
Criterios de exclusión	48
Escenario	49
Diseño	49
Tipo de estudio	49
Variables de Interés	50
Instrumentos	51
Procedimiento	51
Análisis de Resultados	52
RESULTADOS	53
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS	71
APÉNDICE	84

## RESUMEN

El trabajo que se realiza con pacientes diagnosticados con VIH, implica que el psicólogo de la salud cuente con conocimientos adecuados sobre el virus, el tratamiento y las implicaciones que conlleva para el paciente este rol, además de una congruencia entre su vida profesional y personal; con base en lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue analizar los conocimientos sobre VIH/SIDA, las creencias sobre el uso del condón ante el VIH y las personas seropositivas, y las conductas sexuales presentes en los psicólogos en formación inscritos en un curso autogestivo para el trabajo de adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con VIH. Los resultados muestran un adecuado nivel de conocimientos, creencias positivas y negativas sobre el uso del condón y una discordancia entre la vida personal y profesional, ya que, se encontró un patrón de comportamiento sexual riesgoso. Los resultados se discuten en términos de la importancia de que los psicólogos proporcionen un servicio ético y profesional en la atención de personas con VIH.

Palabras clave: psicólogos, VIH, comportamiento sexual, conocimientos, creencias.

## INTRODUCCIÓN

La psicología tiene lugar en el ámbito de la salud a partir de la inclusión del bienestar social y emocional en la definición de salud ya que, con ello se entiende que la enfermedad surge también de aspectos psicológicos y sociales y no sólo de los biológicos como se creía anteriormente (Bravo, 2014).

El hablar de la psicología de la salud implica un conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales propias de la psicología aplicadas a la promoción y mantenimiento de la salud, y a la prevención y tratamiento de la enfermedad, lo que implica que esté involucrada en tres niveles de prevención diferentes; 1) prevención primaria 2) prevención secundaria y 3) prevención terciaria.

Para la aplicación de la psicología en este ámbito se utilizan diferentes modelos entre los que se encuentran el cognitivo-conductual, modelos motivacionales y emocionales principalmente por lo que es posible trabajar de manera individual y grupal (Grau & Hernández, 2005; Martín, 2003). Dentro de las funciones del psicólogo de la salud se encuentra el trabajo con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, principalmente al hacer intervenciones que ayuden a la persona a comprender y adaptarse a su rol de paciente, desarrollando habilidades necesarias para la adquisición de adherencia al tratamiento, un ejemplo de esto es el trabajo a realizar con las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, que de acuerdo con ONUSIDA (2019) sigue siendo una de las infecciones a nivel mundial con mayor impacto ya que, las cifras que se presentan año con año son bastante elevadas.

Pero ¿Por qué hablar del VIH/SIDA como una enfermedad crónica? de acuerdo con autores como Alvis et al. (2009) y Noguera y Pérez (2014) a partir de la integración de los antirretrovirales en el tratamiento del VIH se ha considerado a esta infección como enfermedad crónico-degenerativa, principalmente por que ayuda a bloquear e impedir la réplica del virus en las enzimas, permitiendo que la vida del paciente se prolongue, sin olvidar que para que esto sea posible debe presentarse una adherencia al tratamiento, la que incluye aspectos farmacológicos (la toma adecuada de los antirretrovirales) y no farmacológicos (como el cambio en el estilo de vida y el desarrollo de habilidades para

adaptarse al nuevo rol de paciente). En este sentido podría decirse que el éxito del control del virus se basa en que el paciente junto con el equipo de salud establezca objetivos terapéuticos y presente conductas adecuadas para cumplir con ellos, por ejemplo, cambiar su alimentación, acudir a sus citas médicas, buscar información, aclarar sus dudas con el médico o el psicólogo, reorganizar sus rutinas, establecer redes de apoyo, entre otras (Dávila, Piña & Sánchez-Sosa, 2008; Varela et al., 2008).

Para que el psicólogo de la salud pueda apoyar al paciente con VIH en la adherencia al tratamiento se requiere que esté presente algunas habilidades, entre las principales se encuentra el tener conocimientos específicos sobre VIH/SIDA, ITS, uso del condón y adherencia al tratamiento, tener creencias favorables sobre el uso del preservativo, ante el VIH, las personas con diagnóstico y ante el trabajo a realizar con ellas, además de presentar un patrón de comportamiento sexual seguro, teniendo así una concordancia entre lo que pretende que el paciente adquiera (conductas saludables y favorables para su salud) y lo que él hace, todo esto con la finalidad de proporcionar como mencionan Rivas, Rivas, Barría y Sepúlveda (2009) atención de calidad, sin importar el diagnóstico, pronóstico, orientación sexual, religión, sexo o raza.

Respecto a lo anterior se han realizado algunas investigaciones en las que se pretende identificar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y las conductas sexuales que tienen los profesionales de la salud, en los cuales se incluye principalmente a médicos, enfermeras, personal de laboratorio y de farmacia (Chamorro & Betanco, 2017; Solano & Sigüenza, 2017; Uribe & Orcasitas, 2011; Valdez, Vargas & Apaza, 2010) y con estudiantes de carreras de la ciencia de la salud (Alonzo y Gomes, 2018; Alviz & Becerra, 2016; Arrasco & Gonzales, 2012; Fernández et al., 2013; Trejo-Ortíz et al., 2011) teniendo como resultados que el nivel de conocimiento va de medio a bueno y que presentan conductas sexuales de riesgo principalmente al no usar preservativo de manera constante, argumentado que su uso disminuye el placer sexual, lo que demuestra una incoherencia entre la vida personal y profesional.

En otros estudios como el Infante et al. (2006) y Valdez, Vargas y Apaza (2010) se menciona que un porcentaje considerable de los profesionales de la salud presentan temor al tratar a una persona con VIH/SIDA, a tal grado de que algunos se niegan a atenderlos,



argumentando que tienen el derecho a negarles el servicio, esto demuestra una actitud poco profesional ya que, no es neutra y está influenciada por los estigmas sociales, mencionado principalmente que si la persona VIH+ es homosexual o trabajadora del sexo son culpables de la infección por tomar malas decisiones.

En estos estudios y en el Uribe y Orcasita (2011) se menciona la importancia de actualizar y reforzar los conocimientos sobre VIH/SIDA y el tratamiento farmacológico y no farmacológico en el personal de salud para mejorar la actitud ante la enfermedad y los pacientes y así reducir el estigma presente en el personal de salud y aumentar la calidad de atención, principalmente a través de la empatía.

Con lo antes mencionado se considera de importancia conocer los conocimientos sobre VIH/SIDA, creencias sobre el uso del condón, las creencias ante las personas con diagnóstico de VIH y las creencias sobre el trabajo a realizar con ellas, que se encuentran presentes en los estudiantes de psicología interesados en el campo de estudio..

Por ello en el capítulo 1 se aborda el papel del psicólogo en el ámbito de la salud, mencionando el surgimiento de la psicología en este, así como las diferentes actividades que puede realizar con pacientes con alguna enfermedad, puntualizando qué es una enfermedad crónico-degenerativa y en qué consiste la adherencia al tratamiento.

En el capítulo 2 se examina el por qué el VIH/SIDA es considerado un problema de salud pública, para ello se revisa su origen, características y estadísticas mundiales y nacionales; dadas sus características y la evolución en los antirretrovirales este virus es considerado como una enfermedad crónica ya que, puede ser controlada, es por eso que la psicología de la salud se ha interesado en la adherencia al tratamiento debido a que no se trata solo de que el paciente tome los medicamentos, también es necesario un cambio en las conductas y creencias que presenta, sobretodo al ser diagnosticado con una enfermedad tan estigmatizada. Lo abordado en este capítulo son conocimientos que debe presentar el psicólogo de la salud interesado en el trabajo con personas VIH+.

En el capítulo 3 se mencionan los conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos sexuales que deberían presentar los profesionales de la salud que trabajan

con pacientes con VIH, aquí se encontrará que la mayoría de los estudios al respecto están enfocados en médicos, enfermeras y estudiantes de la ciencia de la salud.

Posteriormente se encuentra la justificación de este trabajo así como su objetivo general y los objetivos específicos, para finalizar se encuentra el procedimiento realizado, los resultados de cada variable estudiada y la discusión en términos de la importancia de que los psicólogos interesados en el tema, cuenten con conocimientos y creencias favorables, así como una coherencia entre su vida personal y profesional.

# CAPÍTULO 1. PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El tratamiento de la salud ha ido cambiando considerablemente, principalmente al pasar de entenderla y tratarla como algo absolutamente biológico a reconocer qué aspectos psicológicos y socioculturales también influyen en ella, permitiendo de esta manera que los psicólogos comenzaran a trabajar en el ámbito de la salud realizando diferentes actividades enfocadas en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

## *1.1 Psicología y Salud*

Durante mucho tiempo al hablar de salud se empleaba principalmente al modelo médico-biológico para explicarla, el cual sólo contemplaba las condiciones propias del organismo, considerando la salud como un estado intrínseco del mismo (Ribes, 2011). Posteriormente Engel (1977) desarrolló el modelo biopsicosocial, en el que establece que se deben considerar aspectos propios del paciente, de su entorno y la postura perjudicial o no de la sociedad ante la enfermedad, aspectos en los que concuerda Oblitas (2007) añadiendo el proceso de la enfermedad y el tratamiento, sin dejar de lado los aspectos biológicos.

Al comenzar el siglo XXI surgen características, modos de desarrollar conocimiento y actividades dentro del ámbito de las ciencias sociales, se reconoce el modelo biopsicosocial, se presenta una nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad y el conocimiento de los factores psicosociales que influyen en el proceso (Amigo, 2012; Grau & Hernández, 2005).

Actualmente la palabra salud implica un completo bienestar físico, social y emocional, teniendo como objetivo el desarrollo y promoción de la salud, con esta definición se puede trabajar desde una perspectiva multidimensional, la cual considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Con esto se entiende que la enfermedad no surge sólo de factores físicos y químicos, también de aspectos psicológicos y sociales (Bravo, 2014), lo que permite que la psicología tenga presencia en el ámbito de la salud, con esto se comienza a desarrollar la psicología de la salud, que de acuerdo con Matarazzo (1980, 1982, como se citó en Grau & Hernández, 2005) al hablar de psicología de la salud se habla del conjunto de

contribuciones educativas, científicas y profesionales de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad.

La psicología de la salud surge en Cuba en los años sesenta, teniendo como objeto la salud y problemas mediatizadores del proceso salud-enfermedad, por lo que le interesan todos los aspectos psicológicos que están involucrados en este proceso, encontrando sus bases teóricas en la psicología clínica la psicología médica, la medicina conductual y la psicología comunitaria, comprendiendo principalmente las manifestaciones emocionales y comportamentales del paciente con el origen de la enfermedad (Martín, 2003).

De acuerdo con Amigo (2012) la psicología de la salud surge a partir de tres razones particulares, en primer lugar el incremento de enfermedades crónicas es producto de comportamiento y hábitos saludables o insanos; la segunda razón es que el paciente con enfermedad crónica debe convivir con la enfermedad durante el resto de su vida, lo que conlleva una serie de cambios importantes en su estilo y calidad de vida a lo se debe adaptar la persona, además de desarrollar las habilidades necesarias para lograrlo, la tercer razón es que el modelo médico al ser dualista es insuficiente para entender y tratar los problemas de salud crónica.

La psicología de la salud aplica principios, técnicas y conocimientos científicos en la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o la modificación de conductas y pensamientos que influyen en el proceso salud-enfermedad, teniendo como objetivos (Oblitas, 2006): a) promover la salud, estilos de vida saludable y fomentar hábitos saludables; b) prevención de las enfermedades, modificación de hábitos no saludables; c) evaluación y tratamiento de enfermedades específicas, en este caso se requiere trabajo multidisciplinario; y d) evaluación y mejora del sistema sanitario, incluyendo la formulación de políticas de salud.

De manera general se puede decir que la psicología de la salud incluye modelos motivacionales, emocionales, cognitivo-conductuales, psicométricos, epidemiológicos y sociopsicológicos, haciendo énfasis en la promoción y prevención de enfermedades, además de trabajar con individuos, grupos y comunidades (Grau & Hernández, 2005; Martín, 2003).

Aunado a esto la psicología de la salud toma en consideración que padecer cualquier clase de enfermedad implica una serie de cambios que se traducen en desequilibrios en varios niveles (físico, psicológico, social/laboral) los cuales son más intensos cuando la enfermedad es crónica ya que, el tratamiento es continuo y debe mantenerse el resto de la vida lo cual implica que la persona se adapte a la condición de monitoreo, tratamiento y cuidado continuo, en otras palabras, aceptar el rol de paciente (Amigo, 2012).

Esta aceptación del rol de paciente muchas veces se convierte en un proceso complicado, sobretodo si se trata de una enfermedad que estará en la vida de la persona permanentemente y más aún si esta conlleva un estigma social tan negativo como en el caso del VIH, por ello es importante la práctica neutra y eficaz del personal de salud, es decir, es importante y necesario que los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y en especial con VIH no presente ante el paciente juicios erróneos de la sociedad ni discriminación, esto con la finalidad de que la persona asista a las consultas y lleve un tratamiento (Uribe & Orcasita, 2011). Para ello existen actividades específicas que debe realizar el profesional de la salud, las cuales se mencionan en el siguiente apartado.

### *1.2 Práctica profesional con personas con alguna enfermedad*

El psicólogo de la salud ayuda a la persona a entender y asumir su enfermedad, las alteraciones y cambios que se requieran a partir de esta, es decir, apoya en la adaptación al rol de paciente crónico con la finalidad de prevenir un mayor desgaste emocional (Branon & Feiste, 2001). Además de desempeñar actividades en diferentes áreas entre las que se encuentran: 1) promoción y mantenimiento de la salud, identificar situaciones de riesgo (comportamentales, psicológicas y socioculturales), 2) prevención y tratamiento de la enfermedad, modificar hábitos desfavorables para la salud y desarrollar programas de promoción de las conductas saludables, 3) investigación e intervención en la calidad de vida del paciente y 4) estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, es decir, estudiar las causas psicológicas y comportamentales del padecimiento (Amigo, 2012).

Otros autores como Olvera y Soria (2008) mencionan que las actividades que realiza el psicólogo de la salud se pueden agrupar en tres secciones; investigación, aplicación y formación, esta última hace referencia a la docencia, la investigación indaga los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad con el afán de comprenderlos y analizarlos, lo cual genera propuestas de evaluación e intervención (aplicación).

Respecto a la intervención en este ámbito Antela (2004) y Bravo (2012) señala que el psicólogo puede realizarla en cualquiera de las siguientes fases:

- **Prediagnóstico.** Esta fase de la enfermedad se caracteriza por el miedo y la evitación que tiene la persona sobre sus síntomas, lo cual expresa a través de búsqueda de alternativas no catastróficas como “se me va a pasar”. Aquí el psicólogo puede dirigir su trabajo a sensibilizar a la persona y sus familiares con respecto a la importancia de realizarse los estudios y disminuir las conductas de evitación, además puede identificar las creencias sobre la enfermedad y orientar a la disminución de los pensamientos anticipatorios. Esta etapa es de suma importancia para identificar problemas comportamentales y/o emocionales.
- **Diagnóstico.** Esta fase es gran fuente de estrés para el paciente y su familia, se presentan sentimientos de incertidumbre y la mayoría presenta tensión y conflicto después del diagnóstico, lo cual se complica en el momento en el que el médico comienza a dar explicaciones con un lenguaje técnico que el paciente no domina. La intervención principal del psicólogo en esta fase es la intervención en crisis, específicamente brindar primeros auxilios psicológicos (Noguera & Pérez, 2014). Dentro de los puntos a tratar en esta fase están brindar psicoeducación sobre la enfermedad y el tratamiento, facilitar la adaptación a la enfermedad y facilitar información sobre fuentes de apoyo.
- **Tratamiento.** Es importante evaluar e intervenir en los reajustes emocionales derivados del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, además de ayudar a desarrollar habilidades para afrontar la enfermedad y modificar su estilo de vida para tener adherencia al tratamiento y que su idea de la funcionalidad del mismo sea realista.

- **Rehabilitación o remisión.** Cuando un paciente se encuentra en estado de remisión es por que la enfermedad está controlada y esto se debe a que ha presentado una adecuada adherencia al tratamiento, en esta etapa lo que se pretende es que el paciente se reincorpore a sus actividades idealmente de forma total, esto en muchas ocasiones se ve obstaculizado por los temores que pueda presentar, en este sentido el psicólogo fomenta la expresión de esos temores y entrena al paciente en habilidades de enfrentamiento que permitan la reincorporación a las diversas áreas y actividades de la vida de la persona.
- **Enfermedad terminal.** Esta etapa es muy compleja ya que, se asume que la muerte está cercana debido a que el paciente presenta un deterioro en diversas funciones vitales, siendo totalmente dependiente de un cuidador primario. Es necesario realizar intervenciones orientadas a hablar de lo que está ocurriendo y de lo que va a ocurrir en el futuro próximo, facilitar la despedida, facilitar tomar decisiones y ayudar tanto al paciente como a su familia a enfrentar la muerte de una manera adaptativa.

En cada una de estas etapas se presentan factores que afectan el bienestar psicológico de los pacientes, entre ellos se encuentran la sucesión de eventos, la severidad del padecimiento, el tratamiento, factores individuales, imagen corporal, etapa de la vida en la que se encuentre, la cultura, la influencia del entorno, las creencias y apoyo por parte de su familia y la afectación en el área laboral. En este sentido entre los objetivos de la intervención psicológica se encuentran: a) hablar a los pacientes de manera realista acerca de sus limitaciones futuras, b) favorecer la adaptación adecuada del paciente a la enfermedad y su tratamiento, c) prepararlos para los posibles acontecimientos que pueden surgir en el curso de la enfermedad y d) generar metas razonables hacia las cuales dirigirse a corto y mediano plazo. Cabe mencionar que la intervención también se puede realizar con la familia del paciente y con los profesionales de la salud que trabajan con ellos (Bravo, 2014).

Los factores antes mencionados pueden influir de manera negativa en la adherencia al tratamiento que debe presentar el paciente. Otros factores como el sesgo cognitivo al momento de recibir el diagnóstico, imaginar lo peor y preocuparse por el futuro generan ansiedad, disforia y depresión lo que conlleva a la no adherencia (Joyce-Moniz & Barros, 2007).

Como se ha mencionado en las enfermedades crónico-degenerativas es de gran importancia que se presente una adecuada adherencia al tratamiento, esto con la finalidad de que el paciente presente una buena calidad de vida y disminuya las consecuencias de la enfermedad y evite la exposición a enfermedades oportunistas, pero ¿qué es una enfermedad crónico-degenerativa? y ¿qué es adherencia al tratamiento?.

### *1.3 Enfermedades crónico-degenerativas y Adherencia al tratamiento*

Las enfermedades crónicas son aquellas en las que los síntomas se presentan gradualmente e impiden el funcionamiento normal del cuerpo, afectan a uno o varios tejidos corporales y aún no se cuenta con una cura definitiva, por lo que los tratamientos son paliativos y buscan disminuir los efectos de la enfermedad (González & Reyes, 2012; Guerrero, Ramos, Alcolado & López, 2008).

Con la enfermedad crónica el paciente puede ver afectadas diferentes esferas de su vida, como la laboral, familiar, personal, física, psicológica y social, el grado de afectación en cada esfera es diferente y depende en gran medida del tipo de enfermedad que se presente, de la capacidad de la persona para afrontar su rol como paciente y las habilidades con las que cuenta (Antela, 2004). De acuerdo con Olvera y Soria (2008) la enfermedad por sí misma no es lo más difícil de afrontar para el paciente, más bien lo son los cambios en el entorno que puede llegar a percibir ya que, existe una fase en la enfermedad en la cual la persona entra en crisis al enfrentarse a diversos e importantes cambios en su rutina, por lo que al hablar de enfermedad crónica se deben de considerar los factores emocionales y comportamentales del paciente y su familia, con la intención de dejar de ver a la enfermedad como algo exclusivamente biológico que sólo se trata con fármacos.

Además es importante que el paciente comience con un tratamiento y presente adherencia al mismo ya que, de esto depende que la enfermedad pueda ser controlada y la persona pueda llevar un estilo de vida lo más funcional posible. La adherencia al tratamiento se define como un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente los cuales están dirigidos al logro de resultados beneficiosos



para la salud, además está relacionada con el éxito o fracaso terapéutico (Vilató, Martín & Pérez, 2015).

Por otra parte Antela (2004) y Hernández-Gómez et al. (2013) mencionan que la adherencia al tratamiento debe considerarse como una serie de conductas que lleva a cabo el paciente en su vida diaria; como tomar los medicamentos en dosis y horarios exactos, asistir a citas médicas, hacer sus exámenes de control, hacer ejercicio de forma regular, alimentarse saludablemente, manejar los estados emocionales como estrés, ansiedad y depresión que influyen en el estado inmunológico, evitar consumo de drogas, adoptar medidas de prevención de ITS, autoobservar su cuerpo para ver si hay cambios, darle prioridad al cuidado del mismo, entre otros.

La adherencia ha ido trascendiendo la connotación reduccionista de cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas, otorgándole cada vez más un carácter de voluntariedad y un papel activo al paciente, además de integrar aspectos no farmacológicos como la modificación de estilos de vida, asistencia a citas médicas, comunicación con los profesionales de la salud entre otros (Ballester, 2002; Varela-Arévale & Hoyos-Hernández, 2015).

Se podría decir que la adherencia al tratamiento se debe al comportamiento del individuo y está asociada con factores personales, de la enfermedad y el tratamiento, del sistema de salud y de la interacción con el personal de salud (Ahumada & Santiago, 2011).

De acuerdo con Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz y Reyes (2009) y Peñarrieta et al. (2009) la no adherencia está relacionada con factores como la depresión, efectos secundarios del tratamiento, la percepción que tiene el paciente sobre su estado de salud, creencias sobre la efectividad y toxicidad del tratamiento, consumo de alcohol y tabaco, tener una baja calidad de vida relacionada a la salud, poco apoyo social, no contar con domicilio fijo, presentar morbilidad psíquica y tener mayor tiempo en tratamiento, entre otras.

Dentro de los desafíos a los que se enfrenta el profesional de salud a la hora de trabajar con la adherencia al tratamiento se encuentran primordialmente la falta de conceptualización de la adherencia y la evaluación e intervención de la misma. De acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) al no contar con una definición unívoca de adherencia terapéutica se

hace más complicado contar con métodos para evaluarla y con estrategias para realizar intervenciones, por ello se cuenta con diferentes formas de evaluar, entre las que se encuentran los estudios de laboratorio (sangre u orina) y la entrevista (muestra la valoración propia del paciente), estas formas de evaluación no involucran las conductas del paciente, por lo cual sería importante contemplar una evaluación que lo haga.

Para que los pacientes con enfermedades crónicas puedan afrontar su enfermedad y modificar su estilo de vida para mejorar la calidad de la misma Sapag et al. (2010) proponen tres estrategias promisorias que se pueden implementar en los servicios de salud, estas son:

1. Apoyo mutuo o de pares, se refiere a que los pacientes compartan sus experiencias con personas que padecen la misma enfermedad con la finalidad de establecer una conexión entre ellos y favorecer un cambio de conductas relacionadas con la salud mediante el mejoramiento de la autoestima, la autoeficacia, el refuerzo de la salud mental, el intercambio de información y el apoyo social.
2. Apoyo mediante cuidadores informales, estos cuidadores son principalmente miembros de la familia que acompañan al paciente durante todo el proceso de su enfermedad ya que, las redes sociales son muy útiles en el autocuidado.
3. Atención por vía telefónica o telecuidado, este recurso es muy poco utilizado a pesar de que puede dar una mayor continuidad al tratamiento y apoyar a los pacientes a adoptar y mantener un estilo de vida que contribuya a controlar su enfermedad, además permite identificar problemas reversibles si se detectan a tiempo y mejorar la comunicación entre los pacientes y los proveedores de servicio de salud. Esta estrategia está basada en modelos de cambios de conducta, entrevistas motivacionales y guías estructuradas de autocuidado.

Respecto a la intervención para la adherencia al tratamiento, no se debe olvidar que debe ser totalmente personalizada a las necesidades del paciente, sin embargo, hay aspectos generales en los que se debe prestar atención, de acuerdo con Betancout (2018) entre estos factores se encuentran: a) apoyo y ayuda, implica brindar la información necesaria al paciente y asegurarse que conozca a detalle la enfermedad y su tratamiento, mostrar empatía y tener

buena comunicación; y b) plantear estrategias de intervención que incluyan psicoeducación y ayuden a desarrollar y establecer hábitos saludables y habilidades para el autocuidado.

A manera de conclusión se puede decir que el psicólogo de la salud puede intervenir en diferentes etapas de la enfermedad crónico-degenerativa, principalmente en el trabajo de adherencia al tratamiento cuando ya fue diagnosticada una enfermedad para ayudar al paciente a tener una mejor adaptación al rol de paciente y por lo tanto una mejor calidad de vida.

Hasta aquí se ha visto de manera general el trabajo del psicólogo en el ámbito de la salud, generalidades de las enfermedades crónico-degenerativas y de la adherencia al tratamiento, en el capítulo siguiente se hablará específicamente del VIH/SIDA como enfermedad crónico-degenerativa, la adherencia al tratamiento para esta enfermedad y el trabajo del psicólogo en la misma.

## CAPÍTULO 2. VIH/SIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de acuerdo con Velasco y Lazcano (2009) está constituido por un retrovirus que afecta el sistema inmunológico del ser humano hasta destruirlo, atacando principalmente los linfocitos CD4 encargados de detectar y destruir agentes para que la persona no desarrolle enfermedades. Los mismos autores mencionan que existen dos tipos de virus, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es el más infeccioso, proviene del Virus de Inmunodeficiencia de Chimpancés (SIVcpz) y de acuerdo con Lamotte (2014) y Rivas et al. (2006) sus ramificaciones son:

- M, dividida a su vez en 7 subtipos (A, B, C, D, H, F, G) es la ramificación con mayor prevalencia en la población diagnosticada, siendo más frecuente en Latinoamérica, Norteamérica y Europa el subtipo B (transmitido principalmente por vía sexual, mientras que en Europa del este y Asia predomina el subtipo A (transmitido principalmente por uso de drogas inyectables). El subtipo C se encuentra mayoritariamente en el sur y oriente de África, India, China y Nepal. Respecto a los subtipos D,H,F y G se han mostrado prevalencias bajas únicamente en África central.
- O, *Outlier* o atípica
- N, ni M ni O

En el caso de VIH-2 se encuentran identificadas ocho ramificaciones (A, B, C, D, H, F, G), este tipo de virus es menos infeccioso, proviene del Virus de Inmunodeficiencia del sooty mangabey (SIVsm) y los casos diagnosticados con este tipo de VIH se encuentran principalmente en África Occidental (Boza, 2016).

La diferencia básica entre estos dos tipos de virus radica en que provienen de diferentes especies de primates, por lo cual cada una posee algunos genes exclusivos, por ejemplo mientras en el VIH-1 se encuentra el gen *vpu* (que codifica proteínas con función anti-CD4, es decir, ayuda a la degradación de las moléculas del receptor viral CD4) el VIH-2 contiene gen *vpx* (ataca principalmente a las proteínas SAMHD1, las cuales se encargan de

bloquear la reproducción de células virales) y ambos comparten genes accesorios de proteínas como vif<sup>1</sup> y vpr<sup>2</sup> (Rivas et al., 2006; Velasco & Lazcano, 2009).

Con base en lo antes expuesto es notoria la complicación de crear un tratamiento 100% efectivo ya que, con estas variaciones se pueden hacer diversas combinaciones y mutaciones del VIH, lo cual se ve favorecido por la migración.

Debido a lo antes expuesto el diagnóstico de este virus era considerado sinónimo de muerte próxima, actualmente con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa) se ha disminuido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable y ya no en una enfermedad terminal, cabe mencionar que para que la infección por VIH/SIDA sea tratada como enfermedad crónica es necesaria una adecuada adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, lo cual implica en casi todo los casos cambios importantes en el estilo de vida (Alvis et al., 2009).

### *2.1 VIH un problema de salud pública*

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por VIH entre los factores que aumentan la vulnerabilidad ante el VIH y el desarrollo del SIDA se encuentran la falta de igualdad, la falta de educación sexual, el estigma, la falta de trabajo, la distribución desigual de recursos, entre otros. Los factores antes mencionados propician que en México se presente una epidemia concentrada, es decir, se presenta en poblaciones consideradas vulnerables al presentar conductas de alto riesgo que probabilizan la transmisión de VIH, por lo que se necesitan estrategias para evitar que se generalice. Estas estrategias están dirigidas principalmente a la prevención, atención y control del virus, además de considerar actitudes favorables para la salud, la reorientación de los servicios de salud, impulsar políticas públicas entorno al tema y brindar servicio de atención integral, tratando de unificar y establecer los criterios de atención del VIH/SIDA.

---

<sup>1</sup> vif: Factor de infectividad viral, proteína que se encarga de interrumpir la actividad antiviral de la enzima APOBEC la cual ayuda a proteger contra infecciones virales

<sup>2</sup> vpr: proteína viral R, ayuda a la reproducción del virus, es fundamental para la integración del VIH al ADN (Cervantes, 2005).

Existe un sesgo al momento de tratar a los pacientes con VIH ya que, se le da prioridad a que el paciente diagnosticado reciba sus medicamentos y los tome tal cual le indica el médico, sin considerar las afectaciones emocionales, las dudas y las dificultades para cambiar el estilo de vida que pueda tener el paciente en ese momento (Reyes, 2011).

El tratamiento farmacológico en México se comenzó a proporcionar de manera gratuita a personas afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a partir del año 1997, sin embargo, la distribución del medicamento no estaba regularizada, ni había parámetros para la misma, ni para medir la eficacia en los centros de atención a personas con VIH (Echeverría et al., 2007). Actualmente se cuenta con varios tipos de antirretrovirales y diversos tratamientos, siendo el más efectivo el Targa, el cual consiste en la toma diaria de al menos tres medicamentos contra el VIH, los que impiden que el virus se multiplique en el cuerpo y se pueda demorar la aparición del SIDA, por lo tanto este tratamiento tiene la finalidad de bajar las cargas virales en sangre hasta llegar a los que se consideran como no detectables, preservando de esta manera el sistema inmunológico (Ahumada, Escalante & Santiago, 2011).

Además de estos medicamentos para tratar el virus, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA ([Censida], 2019) menciona que se han creado dos tratamientos farmacológicos con la intención de prevenir la transmisión de VIH; estos medicamentos son:

- PrEP: Profilaxis Pre Exposición, consiste en la toma diaria y programada de una pastilla, con la intención de generar una protección en el organismo de la persona para disminuir la probabilidad de adquirir VIH. Esta estrategia por el momento sólo se encuentra disponible para Hombres que tienen sexo con Hombres, mujeres transgénero, trabajadores sexuales, personas con alguna ITS y personas cuya pareja tiene VIH.
- PEP: Profilaxis Post Exposición, esta estrategia tiene la finalidad de prevenir la infección en personas que han tenido alguna práctica de riesgo (sexo sin protección, violación o riesgo ocupacional en caso del personal de salud), consiste en la toma de tratamiento antirretroviral durante 30 días, es importante precisar que la toma de estos

medicamentos debe comenzar en un periodo máximo de 72 horas después de la práctica de riesgo, esta estrategia está disponible de manera gratuita en el país.

De acuerdo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de Norteamérica (2018) además de estas estrategias farmacológicas existen otras con la finalidad de prevenir la infección por VIH, entre ellas se encuentran: a) las comportamentales que tratan principalmente de cambiar conductas consideradas de riesgo por otras más saludables para la persona y b) las estructurales, enfocadas en cuestiones sociales como la pobreza, el uso de drogas, el acceso a medicamentos, entre otras.

Actualmente se cuentan con diversas estrategias de prevención para evitar la transmisión por VIH y se han desarrollado algunas para trabajar con las personas que ya cuentan con un diagnóstico, hablando específicamente del tratamiento farmacológico es necesario conocer las características de la infección y la fase en la que se encuentra el paciente, lo que también ayuda en el tratamiento no farmacológico.

### *2.1.1 Características del VIH/SIDA*

El VIH es un retrovirus que se caracteriza por codificar una polimerasa llamada reverso transcriptasa o transcriptasa inversa. Los retrovirus son característicos de los vertebrados, y suelen infectar células somáticas. Velasco y Lazcano (2009) mencionan que los datos disponibles indican que el origen de la epidemia del VIH resultó de múltiples eventos de zoonosis<sup>3</sup> en donde han jugado un papel protagonista los llamados Virus de Inmunodeficiencia de Simios (VIS) que infectan a diversos primates y que pasaron a la especie humana, lo cual pudo ser provocado por la cercana convivencia entre el hombre y estos primates, incluyendo el contacto con sangre y otros tejidos contaminados durante la cacería, el comercio y el consumo de primates con el virus.

Los primeros casos de inmunosupresión grave se presentaron en EE. UU. y principalmente en hombres jóvenes homosexuales; el primer caso se presentó en el año 1981, la infección se propagó de forma considerable, para el año 1982, se reportaron 750 casos de inmunodepresión grave, siendo la misma población la más afectada. En el año 1983

---

<sup>3</sup> Enfermedad propia de los animales que incidentalmente puede comunicarse a las personas.

la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó más de 250 casos en diferentes países Europeos y al término del año 1984 estaban reportados más de doce mil casos a nivel mundial. Los primeros casos en México según Ponce y Lazcano (2009) se presentaron en jóvenes profesionales que vivieron un tiempo en EE. UU. al momento de la expansión de la epidemia y posteriormente regresaron a México, los síntomas que se presentaban en los pacientes mexicanos eran diferentes a los reportados en EE. UU. y en países Europeos, sobresaliendo la diarrea constante, la criptosporidiosis<sup>4</sup> y la tuberculosis. En el año 1985 se comenzaron a detectar casos en mujeres, los cuales se atribuyeron a la transfusiones sanguíneas que habían recibido ya que, en ese momento no había forma de identificar si la sangre donada estaba contagiada, además en este año la epidemia incrementó, comenzando los contagios entre adictos a drogas inyectables y entre mujeres las cuales se infectaban debido a que sus parejas iban y venían de EE. UU. (Araújo, 2014, Velasco & Lazcano, 2009).

Cabe señalar que mientras la infección avanzaba se desarrollaba un sistema de atención que trataba de ser lo más oportuno y eficaz posible, esto se puede observar principalmente a comenzar a diseñar tratamientos farmacológicos para contrarrestar y tratar de controlar la infección, creando así los antirretrovirales por ello, la infección por VIH es considerada una enfermedad crónica con alta prevalencia a nivel mundial y con repercusiones importantes en diversas áreas de la vida de la persona diagnosticada (Noguera & Pérez, 2014).

El riesgo de transmisión se presenta a través de tres principales vías; transmisión sexual (sexo oral, vaginal y/o anal), transmisión vertical (de madre a hijo por medio de la leche materna) y transmisión parenteral (por medio de la sangre ya sea, por transfusiones, punciones accidentales de agujas o al compartir jeringas). El virus del VIH se reproduce en el sistema inmunológico de forma considerablemente rápida, esto ha dificultado durante mucho tiempo la creación de un medicamento para combatirlo (Teva, Bermúdez, Ramiro & Buena-Casal, 2012).

De acuerdo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de Norteamérica (2018) existen tres fases de infección por VIH, la primera es la infección aguda, esta es la etapa más temprana y por lo general se manifiesta en un lapso de dos a

---

<sup>4</sup> Enfermedad causada por un parásito que vive en la tierra, el agua y los alimentos. Sus principales síntomas son: deshidratación, pérdida de peso, cólicos, fiebre, náuseas y vómito.



cuatro semanas de adquirirla. Algunas personas presentan síntomas parecidos a los de la influenza, como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo, por lo cual la concentración del mismo en la sangre es muy alta lo que aumenta considerablemente el riesgo de infección.

La segunda fase consiste en la infección crónica por VIH, el virus sigue reproduciéndose pero en concentraciones muy bajas y a pesar de que puede ser asintomático para la persona puede propagar la infección. Cabe señalar que sin un tratamiento con antirretrovirales ésta infección puede evolucionar a SIDA fase final y más grave ya que, el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer, por lo general las personas en esta etapa sobreviven tres años (Lamotte, 2014).

Al ser el VIH una enfermedad mayoritariamente asintomática y rodeada de estigmas y prejuicios sociales muchas veces las personas portadoras no tienen conocimiento de su estado de seropositividad, factor que conjugado con las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas inyectables aumentan las cifras de personas portadoras, además de que los diagnósticos no suelen ser en la primer fase de la infección.

### *2.1.2 Estadísticas del VIH/SIDA*

La infección por VIH/SIDA ha tenido un comportamiento epidémico que constituye uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, de acuerdo con el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2017) en el año 2017, 36, 9 millones de personas vivían con VIH, de los cuales solo 21,7 millones recibían tratamiento antirretroviral y fueron 1,8 millones de personas las que contrajeron la enfermedad en ese año.

En América Latina en el año 2017 1,8 millones de personas vivían con VIH, siendo 100,000 los nuevos casos en ese año y 1,1 millones de personas las que tienen acceso a tratamientos antirretrovirales. En el caso de México Hernández-González et al. (2013) mencionan que en el año 2012 se tenían registradas a 157,529 personas con VIH; el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA ([CENSIDA], 2018) reporta que

durante el año 2017 se presentaron 14,047 nuevos casos de infección, mientras que en el 2018 se han reportado 6,827 casos, siendo en total 155,276 las personas que viven con esta enfermedad. Durante el 2019 el número casos que se presentaron de acuerdo al último informe de CENSIDA (2019) es de 5,119, de los cuales 4351 son hombres y 768 mujeres.

En el caso específico de la Ciudad de México se reportan desde el año 1983 hasta el 2019 un total de 28,989 personas con VIH, de los cuales 25,881 son hombres y 3,108 mujeres. De estas cifras en el año 2016 se reportaron 649 casos en hombres y 78 en mujeres, mientras en el 2017 se cuenta con el registro de 371 hombres y 45 mujeres dando un total de 416 nuevos diagnósticos, en el año 2018 se presentaron 532 nuevos casos, de los que 487 son hombres y 45 mujeres y en 2019 se presentaron 305 casos nuevos en hombres y 35 en mujeres (CENSIDA, 2019).

Con los datos anteriores se puede observar que siguen siendo predominantes los casos de diagnóstico por VIH en hombres y que a pesar de la difusión para la prevención de la enfermedad, los nuevos casos siguen en cifras similares, presentando incluso un aumento en el año 2018 en comparación con el 2017.

## *2.2 VIH como una enfermedad crónica*

Las enfermedades crónicas son trastornos orgánico-funcionales que se mantiene a lo largo del tiempo y que sólo pueden ser controladas y no curadas (Bravo, 2014; Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez, & Otalvaro, 2009). Además obligan al paciente a realizar cambios que pueden ser significativos en su vida, los cuales van desde cambiar sus alimentos hasta cambiar de trabajo, causando así cambios completos en su estilo de vida (Sapag, Lange, Campos & Piette, 2010).

Las enfermedades crónico-degenerativas llegan a causar un gran impacto en el paciente y en su entorno familiar, teniendo amplias repercusiones en el ámbito social, psicológico económico y laboral, además generan en el paciente una necesidad de ajuste en sus aspiraciones, estilo de vida y en muchas ocasiones en su empleo, por ello es necesario considerar factores como la edad, estilos de vida previos a la enfermedad, cuidados en la enfermedad, recursos psicológicos con los que cuenta para afrontar y resolver problemas,

concepción que tiene sobre la enfermedad, entre otros, al momento de planear una intervención con los pacientes (Bravo, 2014).

En el caso del VIH/SIDA el diagnóstico adecuado de la fase de la enfermedad, los antirretrovirales y los cambios pertinentes en el estilo de vida, permiten que se hable de una enfermedad crónica, lo que permite a los pacientes presentar una mayor esperanza de vida (Alvis et al., 2009; Gavira, et al., 2009; Nogueta & Pérez, 2014; Sapag, et al., 2010).

Respecto a las fases de diagnóstico Nogueta y Pérez (2014) menciona tres etapas de clasificación

Tabla 1. Etapas de clasificación diagnóstica para el VIH/SIDA (retomada de Nogueta & Pérez, 2014).

A	B	C
Infección asintomática Infección aguda Linfadenopatía generalizada persistente	Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA: *Candidiasis orofaríngea o vaginal mayor a un mes *Síndrome diarreico crónico y/o febril prolongado mayor de un mes *Baja de peso mayor de 10 kg *Herpes zoster (más de un episodio) o más de un dermatoma Entre otras condiciones	Condiciones clínicas indicadoras de SIDA: *Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar *Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> *Toxoplasmosis cerebral *Retinitis por citomegalovirus *Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial *Encefalopatía por VIH *Sarcoma de Kaposi *Linfoma no Hodgkin

De acuerdo con estos autores en cada una de estas etapas el virus se encuentra en un proceso diferente de evolución, por lo que los medicamentos están diseñados para bloquear e interrumpir el proceso de réplica del virus en las enzimas, lo cual permite que se hable de un control en la enfermedad y por lo tanto de una enfermedad crónica (INFOSIDA, 2005).

Siguiendo la misma línea en la publicación del año 2017 de la página web INFOSIDA (Coordinadora Estatal de VIH y SIDA [CESIDA] y la Compañía Farmacéutica de Johnson y Johnson [JANSSEN] de España) se menciona que los medicamentos contra el VIH impiden que el virus se reproduzca, lo que reduce la carga viral. Al tener menos concentración del VIH en el organismo el sistema inmunitario tiene más posibilidad de recuperarse y aunque no

se llega a eliminar del todo el virus del cuerpo, el sistema inmune está lo suficientemente fuerte como para combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con el VIH. El tratamiento además reduce el riesgo de transmisión. Por el contrario, las personas que no reciben tratamiento permitirán que el virus se extienda por su cuerpo, debilitando gravemente el sistema inmunitario y pudiendo llegar a la fase de SIDA. Además, la carga viral en sangre es elevada y pueden propagar el virus.

Ante el hecho de que las enfermedades crónicas obligan al paciente a modificar su estilo de vida, es importante que este lleve además del tratamiento y seguimiento farmacológico, intervención psicológica, (como ya se mencionó un poco en el capítulo anterior) generando adherencia al tratamiento.

Recordando que el VIH no es sólo un problema orgánico es importante mencionar que involucra un grave impacto emocional tanto en el paciente como en la familia y en su entorno social. Por lo que los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos son de importancia en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Schwartz & Weiss, 1977).

Estudios como el de Rabkin y Ferrando (1997) reportan que el estrés emocional suele ser más intenso en los primeros meses después del diagnóstico de VIH y que los síntomas depresivos y de ansiedad disminuyen conforme el paciente se adapta a su nuevo rol. Por ello es importante la intervención psicológica para que el paciente cuente con los elementos necesarios para adherirse al tratamiento, prolongar su vida y hablar así de la infección por VIH como una enfermedad crónica.

### *2.3 Adherencia al tratamiento en personas con VIH*

Se ha mencionado anteriormente la adherencia al tratamiento, sin embargo, es preciso mencionar en qué consiste esta de forma específica en un paciente con VIH, para ello se retoma la definición de Ahumada, Escalante y Santiago (2011) y Varela et al. (2008) quienes mencionan que la adherencia al tratamiento en personas con VIH consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales se establecen en acuerdos realizados con los profesionales de la salud, estos comportamientos se desarrollan o perfeccionan con el objetivo de reducir/controlar las consecuencias de la enfermedad. Estos

comportamientos incluyen el asistir a las citas médicas, realizar ejercicio, llevar una dieta, tomar los medicamentos en los horarios establecidos, manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico como el estrés, la ansiedad y la depresión, evitar el consumo de drogas y adoptar medidas de prevención de reinfección del VIH y de adquirir otras ITS, observar su cuerpo para detectar cualquier cambio y priorizar el cuidado de sí mismo.

Dichos comportamientos y habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con la obtención de los objetivos terapéuticos, por ejemplo el uso de estrategias eficaces para identificar los medicamentos, para recordar su toma, para manejar los efectos adversos y para organizar el plan terapéutico, involucrarse en el plan de tratamiento, buscar información, ayuda profesional y apoyo social, llevar consigo dosis de los medicamentos y tener reserva de estos, buscar alternativas para tomar los medicamentos sin que los demás se den cuenta de su diagnóstico, saber como contestar las preguntas relacionadas con su enfermedad o el tratamiento, reorganizar las rutinas para responder a las necesidades que van surgiendo a causa del VIH y su tratamiento, entre otras (Varela et al., 2008).

El éxito del control del VIH requiere de la adherencia a múltiples aspectos no farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección y la transmisión del virus a otras personas (Dávila, Piña & Sánchez-Sosa, 2008).

La adherencia al tratamiento antirretroviral es el factor más importante a nivel individual que asegura una adecuada respuesta a los fármacos y a los cambios en el estilo de vida, lo que permite a las personas infectadas mantener controlado el virus y llevar una vida sana y productiva. Las instituciones de salud pública en México se encargan de ofrecer antirretrovirales a las personas con VIH/SIDA sin embargo, no se tiene la certeza de que exista una adherencia a ellos y menos que realicen los cambios conductuales requeridos, por lo que Hernández-González et al. (2013) realizaron un estudio con la finalidad de conocer el comportamiento y la prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH, en un hospital de segundo nivel del IMSS en Reynosa, Tamaulipas. Concluyendo que existe una alta adherencia en la población estudiada ya que, reportan no tener dificultades al

seguir las recomendaciones médicas, sin embargo, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados debido a que el muestreo se realizó por conveniencia, por lo que no es una muestra representativa de la población.

Por otra parte, el trabajo realizado por Peñarrieta et al. (2009) tuvo como objetivo conocer la magnitud de la no adherencia al tratamiento antirretroviral e identificar los factores que intervienen en personas adscritas al programa de VIH de la Secretaría de Salud de Tamaulipas en México, para esto se utilizaron los instrumentos Test de creencias frente al tratamiento antirretroviral de alta efectividad, la escala de Depresión de Zung y el Test de apoyo social de Duke. En los resultados se observó que el 98% de los participantes no presenta adherencia al tratamiento, siendo las razones principales el que el horario es muy rígido, no pueden llevar con ellos el medicamento, olvidan tomar la dosis y evitar los efectos desagradables.

En otro estudio realizado por Vilató, Martín y Pérez (2015) tuvo como objetivo caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/SIDA en un área de salud, para esto se realizó una colecta de información a través de entrevistas semiestructuradas y el Cuestionario de Apoyo Social en la versión Núm. 10 (CAS-10), a partir de estos dos instrumentos se observó que existe una prevalencia parcial de adherencia al tratamiento, respecto al apoyo social muestran una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social, dejando ver que la familia es la principal fuente de este apoyo.

El apoyo social toma un papel de gran relevancia ya que, la enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo. De acuerdo con Vega y González (2009) la familia y amigos más cercanos del paciente crónico son la principal fuente de apoyo social, siendo uno de los familiares quien toma el papel de cuidador (Sapag et al., 2010) , sin embargo, quien realiza esta función en la mayoría de los casos no cuenta con la orientación suficiente para dar el apoyo que requiere el paciente, para su cuidado y para que presente adherencia.

También existen estudios en los que además de trabajar con la adherencia al tratamiento se trabaja con las creencias que el paciente posee respecto a la enfermedad,

ejemplo de esto es el estudio realizado por Pérez, Soler, Hung y Rondón (2016) quienes plantearon como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo basado en el Modelo de Creencias de Salud, para favorecer la adherencia terapéutica en los pacientes con tratamiento antirretroviral del municipio Manzanillo, Cuba. En los resultados se observó que antes de la aplicación del programa solo el 20% de los participantes eran adherentes al tratamiento, después de la aplicación del programa este número pasó al 72%, por lo cual se concluye que este programa de intervención es efectivo para incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/sida de la región de Manzanillo, Cuba.

Para trabajar con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH es necesario considerar aspectos farmacológicos y no farmacológicos como conductas, creencias, hábitos y habilidades, para lo cual se requiere de una evaluación para saber el nivel de adherencia que presenta el paciente y con base en ello generar un plan de trabajo.

### *2.3.1 Evaluación de la Adherencia al tratamiento*

Para la valoración de la adherencia al tratamiento se cuentan con diferentes métodos directos e indirectos, en el primero se observan las concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales, las cuales son caras, complejas y cuestionables. Entre los métodos indirectos se encuentran las valoraciones de los profesionales de la salud, el sistema de control electrónico de apertura de los envases el cual tiene un alto costo económico y el uso de cuestionarios con los cuales se realiza una correlación entre la adherencia autorreferida y la efectividad antirretroviral, entre los cuestionarios más utilizados para saber la adherencia de los pacientes a su tratamiento se encuentra el *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (por sus siglas en inglés, SMAQ). De acuerdo con Alvis et al. (2009) para lograr una estimación más precisa de la adherencia al tratamiento se deben utilizar varios métodos.

Existen instrumentos como la Escala simplificada para detectar problemas de cumplimiento con el tratamiento antirretroviral (ESPA) que consta de seis preguntas con respuesta dicotómica para saber si la persona toma sus medicamentos, sin embargo, solo se mide la adherencia en cuanto a los fármacos (Rodríguez, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez & Faus, 2008).

Respecto a esto Varela, Salazar y Correa (2008) mencionan que es importante proponer nuevos lineamientos de evaluación de la adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA y los factores asociados que permitan diseñar intervenciones más eficaces, tomando en cuenta los factores personales, sociales-culturales, el tratamiento, la enfermedad y el sistema de salud.

Por otra parte Varela et al. (2009) mencionan que las medidas de evaluación que existen para medir la adherencia al tratamiento son limitadas y deficientes, en especial aquellas dirigidas a poblaciones bajo tratamiento antirretroviral a causa de la infección por VIH/SIDA, por tal motivo el objetivo de su estudio fue construir y establecer las propiedades psicométricas del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para Mujeres con VIH/SIDA (CAT-M VIH), el cual consta de 17 ítems en tres apartados 1) datos sociodemográficos, 2) historia de la enfermedad y 3) escala de comportamientos de adherencia al tratamiento en VIH, en este último se consideran los siguientes factores; comportamientos de adherencia a aspectos farmacológicos, no farmacológicos y de autocuidado, medidas para prevenir las ITS y disminuir el consumo de drogas, de esta manera el instrumento responde a una concepción integral que trasciende la toma de medicamentos antirretrovirales y con gran utilidad a nivel clínico e investigativo.

Otro instrumento validado en México por Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006) es el VPAD-24, constituido por 24 reactivos agrupados en cuatro factores: 1) comportamientos de adhesión presentes y variables relacionadas con el tratamiento; 2) motivos que subyacen a la práctica de los comportamientos de adhesión; 3) competencias conductuales presentes y 4) competencias conductuales pasadas, este instrumento pretende evaluar si el paciente puede adherirse al tratamiento antirretroviral, sabiendo anteriormente ha seguido indicaciones médicas en cuanto la toma de medicamentos y que es lo que los motiva a hacerlo.

Como se puede observar la adherencia al tratamiento se evalúa más comúnmente de manera indirecta, a través de auto-reportes, aunque en los pacientes con VIH se puede agregar el análisis de carga viral en la sangre para saber si el paciente está tomando los fármacos, sin dejar de considerar que existen diversos elementos que pueden influir de manera positiva o negativa en la adherencia.



### *2.3.2 Factores que influyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento*

La principal causa de fracaso terapéutico es la no adherencia al tratamiento antirretroviral lo cual coincide con lo reportado con Alvis et al. (2009) quienes han realizado un estudio con la finalidad de determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al Targa en adultos infectados con el VIH, en los resultados de este estudio se encontró no adherencia al Targa, presentando relación con factores como tener una baja calidad de vida relacionada a la salud, ser homosexual/bisexual, contar con poco apoyo social, no tener domicilio fijo y tener mayor tiempo con el tratamiento.

Existen varios estudios que han mostrado que entre el 50 y 80% de los pacientes en tratamiento presenta adherencia a este y quienes no presentan adherencia es por diferentes factores los cuales se pueden dividir en cuatro rubros, a) los relacionados con el individuo, b) los debidos a la enfermedad en sí misma, c) los propios del tratamiento antirretrovirales y d) los relacionados con el equipo asistencial.

En el estudio realizado por Hernández y Pérez (2010) quienes tenían la finalidad de caracterizar las causas del cambio de tratamiento antirretroviral y de los tipos de reacciones adversas presentadas con este tratamiento en un grupo de pacientes con VIH/SIDA, encontraron que las causas más frecuentes son la mala adherencia al tratamiento y las reacciones adversas a este. En los participantes de este estudio se pudo observar que la mala adherencia al tratamiento se debe a factores como los efectos secundarios que presenta el tratamiento, la fase de la enfermedad en la que se encuentran y factores relativos a su estilo de vida.

Diversos estudios han mostrado varios factores de adherencia y no adherencia al tratamiento. Entre los factores de adherencia se encuentran: una actitud positiva, motivación, un entorno familiar en el que se puedan expresar libremente, la concentración de varios fármacos en uno solo, expectativas positivas de la enfermedad, comunicación adecuada entre el personal de salud y el paciente, información completa y correcta de la infección por VIH/SIDA y el tratamiento (Betancout, 2018; Calderón, 2017), cambio en el estilo de vida y en hábitos (Pérez, Soler, Hung & Rondón, 2016) el apoyo social, ser mujer, tener una

orientación homosexual, ser soltero y tener una escolaridad de grado superior (Plascencia, Chan & Salcedo, 2019).

Por otro lado entre los factores de la no adherencia se encuentran: ansiedad, estrés, depresión, consumo de drogas, ingerir un mayor número de pastillas, efectos secundarios del medicamento, creencias erróneas de la enfermedad (Betancout, 2018; Calderón, 2017) la orientación sexual, la mala calidad de vida, la falta de apoyo social, ser menor de edad, tener un estatus socioeconómico bajo (Plascencia, Chan & Salcedo, 2019), dificultades para comprender las indicaciones médicas y temor a que otras personas conozcan el diagnóstico (Alvis, et al., 2009; Ballester, 2002; Martín, et al., 2002; Matute-Salazar, 2016; Varela, et al., 2013).

Considerando los factores antes mencionados es necesario crear estrategias de intervención con la finalidad de mejorar la adherencia y la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA (Alvis et al., 2009).

#### *2.4 El papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento*

La psicología realiza diferentes aportes en el ámbito de la salud, respecto a la adherencia al tratamiento de acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) este fenómeno puede abordarse desde diferentes modelos o marcos teóricos entre los que se encuentran:

- A. Teoría Social Cognitiva: plantea que el cambio de conducta está fundamentado en la creencia que tiene la persona en su habilidad para realizar los cambios, es decir, si la persona considera que tiene la habilidad para seguir con el tratamiento de acorde a las indicaciones del equipo de salud podrá hacer los cambios necesarios, de lo contrario no presentará adherencia.
- B. Teoría de la Acción Razonada: menciona que las creencias, intenciones y conductas están relacionadas y que el mejor predictor de la adherencia al tratamiento es la intención que tiene el paciente de llevarla a cabo.
- C. Modelo de Creencias en Salud: este modelo conjuga teorías cognitivas y conductuales, mencionando que la no adherencia está relacionado con el impacto de

las consecuencias y las expectativas relacionadas con la conducta, las cuales dependen del grado de motivación del paciente, la autopercepción, percibir la condición como amenazante, el grado de convencimiento del tratamiento y de la percepción de poca dificultad en realizar la conducta protectora o de salud.

D. Modelo Transteórico: considera cinco etapas de cambio para explicar el reducir conductas de riesgo y/o adquirir conductas protectoras:

- a. Precontemplación: no hay intención de cambiar la conducta a corto plazo.
- b. Contemplación: considera cambiar conductas a corto plazo.
- c. Preparación: se considera cambiar la conducta en el futuro inmediato.
- d. Acción: se ha realizado un cambio, sin embargo, no está totalmente establecido.
- e. Mantenimiento: ya se cambió la conducta y se trabaja activamente por mantenerla.

E. Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales: la relación entre estos tres elementos explica el 33% de la varianza del cambio en la conducta, demostrando a través de investigaciones empíricas que la información no es suficiente por sí sola, pero si es un prerrequisito, que la motivación y las habilidades son determinantes y que la información y la motivación afectan la conducta por medio de las habilidades, es decir, ayudan a desarrollar las habilidades que sean necesarias para llevar a una conducta protectora, sin embargo, cuando la persona ya cuenta con las habilidades requeridas la información y la motivación actúan directamente sobre la conducta.

De manera general el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento es ayudar al paciente y su red de apoyo a comprender la enfermedad, a convivir con ella y a entender la importancia del tratamiento y de la adherencia a este, sobre todo cuando se habla de enfermedades crónico-degenerativas como es el caso del VIH.

Antela (2004) menciona que dentro de las actividades a realizar con personas diagnosticadas con VIH se encuentran: a) identificar los conocimientos con los que cuente la persona sobre la enfermedad y el tratamiento y brindar la necesaria, además de explicar el

tratamiento y lo que conlleva (beneficios y consecuencias); b) identificar conductas que pongan en riesgo la salud de la persona (exposición a reinfecciones o a enfermedades oportunistas) y de terceros (infectar a otros); c) identificar y desarrollar habilidades necesarias para adquirir y mantener conductas de protección; d) identificar redes de apoyo y hacer un trabajo en conjunto; e) identificar y modificar creencias erróneas sobre la enfermedad, entre otras.

Con base en lo antes expuesto, se puede decir que en el trabajo con pacientes con VIH se realiza prevención primaria (intervenir en los mecanismos de transmisión), prevención secundaria y terciaria (detección oportuna, prevención de las infecciones oportunistas y la reinfección y el afrontamiento de los efectos secundarios). Además del afrontamiento del impacto emocional que conlleva el diagnóstico de seropositividad. Según Oblitas (2006) en la prevención primaria se combinan el brindar información con el entrenamiento en habilidades, mientras que en la prevención secundaria y terciaria se pretende mejorar el estado emocional de los pacientes con ayuda de técnicas cognitivo-conductuales, mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral y mejorar los déficits neuropsicológicos.

Se debe recordar que durante cada proceso por el que pasa el paciente, desde momentos antes de la prueba hasta el seguimiento del tratamiento establecido el psicólogo debe estar preparado para realizar una intervención en crisis, principalmente a la hora de dar un diagnóstico positivo de VIH (Macías, Isalgué, De las Mercedes Loo & Acosta, 2018).

Para realizar las intervenciones necesarias con los pacientes con VIH el psicólogo de la salud debe contar con conocimientos específicos, además de ser congruente entre su vida personal y profesional, lo cual se expondrá en el siguiente capítulo.

### **CAPÍTULO 3. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL Y ACTITUDES ANTE LAS PERSONAS VIH+ EN PROFESIONALES DE LA SALUD**

Como se mencionó en el capítulo anterior, el VIH es un problema de salud pública que requiere el trabajo multidisciplinario, uno de estos profesionales es el psicólogo, quien permite al individuo asumir de forma menos agresiva la condición crónica que conlleva la enfermedad con el fin de evitar desgaste emocional y psicológico al enfermo como a su familia. Aportan una comprensión de los procesos tanto adaptativos como mal adaptados, psicológicos, y sociales que son fundamentales para la comprensión, prevención y tratamiento de la adherencia (Olvera, 2008).

De acuerdo con Uribe y Orcasita (2011) el trabajar con personas con VIH presenta una carga emocional importante, principalmente por las situaciones y vivencias que experimentan estas personas, además de que se está frente a una enfermedad sumamente estigmatizada, lo que implica un reto profesional y personal ya que, en cierta medida los profesionales de la salud cuentan con el estigma y las ideas erróneas creadas por la sociedad sobre la enfermedad. La atención que ofrece el profesional de la salud debe estar fundamentada en aspectos éticos para ofrecer una atención integral, completa, equitativa y respetuosa, dejando de lado el estigma y la discriminación.

Para realizar una intervención el psicólogo debe tener manejo del tema, en el caso de la adherencia al tratamiento en personas con VIH se debe saber qué es adherencia, que implica, las creencias de la enfermedad, los estigmas y las implicaciones físicas, psicológicas y sociales. Además tener claridad acerca de qué es el VIH, cómo se transmite, las conductas de riesgo y de protección, así como los beneficios y consecuencias de llevar un tratamiento o no.

Dentro de la psicología se sabe que la psicoeducación (desde la Terapia Cognitivo-Conductual) es necesaria para que el paciente cuente con un panorama general de lo que está pasando y de lo que puede pasar dependiendo de las decisiones que tome, de manera general el objetivo de la psicoeducación sería que el paciente al tener la información

sobre el tema implicado, en este caso sobre el VIH y su tratamiento, haga conciencia y tome las decisiones que estén a favor de su salud y su calidad de vida, sin embargo, se sabe que esta información es necesaria pero no suficiente.

Bayés (1994) y Díaz-Loving (2001) mencionan que el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA es necesario para la prevención e intervención, en la cual se reconozcan causas y consecuencias, empero estos conocimientos no son suficientes para prevenir conductas de riesgo, principalmente porque la mayoría de estos están basadas en las ideas erróneas de la sociedad y lo que se difunde a medias a través de los medios de comunicación, por lo que como menciona Uribe y Orcasitas (2011) es importante identificarlos, modificarlos y disminuir conductas de riesgo.

Un ejemplo de que la información es necesaria pero no suficiente son los propios profesionales de la salud ya que, a pesar de contar con información variada y específica sobre los temas que trabajan, en este caso los psicólogos que trabajan con la adherencia al tratamiento de las personas con VIH, presentan conductas de riesgo para su salud, sobretodo para la salud sexual (Chamorro, & Betanco, 2019; Uribe & Orcasitas, 2011). Por lo que es importante conocer la relación que hay entre los conocimientos y prácticas sexuales frente al VIH/SIDA en los profesionales de la salud.

Los estudios encontrados en esta búsqueda están enfocados en el personal médico y de enfermería, los que de manera general coinciden en que estos profesionales de la salud presentan temor al atender a personas diagnosticadas con VIH ya que, creen pueden infectarse (Barrón, Adalberto, Cham, Gonzalo & Huerta, 2000; García, 2005; Gascons, 2003; Foreman, Lyra & Breinbauer, 2003; Onusida, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2002; Rivas, Rivas, Barría & Sepúlveda, 2009; Tomas & Aradilla, 2003; Uribe, 2005).

### *3.1 Conocimientos sobre VIH/SIDA y Creencias sobre el uso del condón*

El conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos y enunciados. Se puede clasificar en conocimiento científico o vulgar; el primero se adquiere a través de la razón, es verificable, objetivo y puede ser basado en la experiencia pero siempre se puede demostrar. Por otro lado, el conocimiento vulgar se adquiere por medio del azar, no es verificable y está sujeto a la

experiencia y modo de sentir de la persona. El conocimiento científico se adquiere principalmente a través de sistemas formales, como la escuela, mientras el conocimiento vulgar es propiciado por sistemas informales como el entorno en el que vive la persona y su propia experiencia (Bunge, 2001). En ambos sistemas se encuentran presenten los mismos temas, por lo que en general se debe encontrar un equilibrio entre ambos.

Hablando específicamente de los conocimientos en torno a la salud sexual la persona se enfrenta con diversas dificultades para mediar el conocimiento científico y el vulgar ya que, este último se basa principalmente en creencias que suelen ser producto de un tabú, lo cual dificulta que las personas, reciban conocimiento amplio y verídico del tema, facilitando la adquisición de conocimiento vulgar que en muchas ocasiones es falso o incompleto, de manera que se puede poner en riesgo la salud sexual de las persona, esto se presenta principalmente en la población adolescente debido a que existe la idea de que proporcionar información propicia que comiencen su vida sexual de forma precipitada, sin embargo, se ha mostrado que la edad de inicio de la vida sexual es cada vez más temprana y que al no contar con la información adecuada los adolescentes se ponen en riesgo de una ITS VIH o un embarazo no deseado (González, 2009).

Existen diversas investigaciones que han evaluado el nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA presentes en adolescentes, universitarios y profesionales de la salud. Por ejemplo Díaz, Cantillo, García, Martínez y Vega (2014), Navarro y López (2012), Pérez (2018) y Toledo (2007) mencionan que la mayoría de los jóvenes conocen que el VIH/SIDA se puede transmitir por vía sexual, que no usar condón al tener relaciones los pone en riesgo de contraer alguna ITS y VIH, refiriendo que cuentan con nivel de conocimientos regular. Sin embargo, en investigaciones como las de Casadiego (2014), Castro (2014), Díaz (2014), Sánchez (2011) y Solís (2014) se concluye que los adolescentes presentan bajo nivel de conocimientos en la temática del VIH. Aunque Cheverri y Monge (2008) y Fernández et al (2013) encontraron que existe una escasez de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS en la población en general y no sólo en los adolescentes, incluyendo a los estudiantes de las carreras relacionadas con la salud, que de acuerdo con los autores estos últimos son considerados una población con mayor acceso al conocimiento sobre el tema, que incluso que pueden fomentar una buena salud sexual.

Fernández et al. (2013) mencionan que los estudiantes de las Ciencias de la Salud tienen deficiencias en los conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS, siendo los estudiantes de psicología quienes mayor conocimiento del tema presentan a diferencia de Alonzo y Gomes (2018), Alviz y Becerra (2016), Arrasco y Gonzales (2012), Gómez (2013), Pérez (2018) y Trejo-Ortíz et al. (2011) quienes mencionan que los universitarios del área de la salud presentan un nivel medio de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA.

Por otra parte Cisneros (2007), Escudero (2016) y Flores, Ríos y Vargas (2015) mencionan que el nivel de conocimientos de los jóvenes es adecuado, principalmente en relación a la transmisión y prevención del VIH, dato que difiere con lo reportado por Cahuachi, Flores y Rengifo (2010), Clavo (2018), Rodas (2019), Rodríguez (2019) y Uribe y Orcasita (2009) quienes mencionan que los universitarios presentan un alto nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, sobretodo en las áreas de prevención y transmisión.

Respecto al personal de salud Solano y Sigüenza (2017) mencionan que los médicos, internos, enfermeras, personal de farmacia, laboratorio y trabajadores sociales que participaron en el estudio presentan conocimientos altos sobre VIH/SIDA. Valdez, Vargas y Apaza (2010) refieren que los conocimientos del personal de salud en instituciones de Cochabamba Colombia en general son buenos, sin embargo, es necesario fortalecerlos, sobretodo en transmisión y antirretrovirales, este último considerando que la mayoría de los profesionales en el estudio son médicos y enfermeras.

Estudios como los antes mencionados toman relevancia al considerar que los profesionales de la salud son considerados los primeros agentes de transmisión de conocimientos para la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA (Solano & Sigüenza, 2017). Por lo que se necesita que los conocimientos presentes en ellos sean altos y actualizados ya que, como mencionan Guerrero et al. (2009) los grupos considerados como vulnerables ante las ITS y VIH/SIDA requieren de una adecuada educación sexual, tanto de sus padres, como de los docentes y los profesionales de la salud, por eso proponen la integración de la educación sexual dentro de los planes de estudio.

Al ver propuestas como esta se tiene que observar y poder asegurar que las personas encargadas de fomentar la educación sexual cuente con los conocimientos y habilidades necesarias para la tarea, más aún si es un profesional de la salud, además de implementar en



su vida personal lo que pretende enseñar. Solano y Sigüenza (2017) mencionan que es necesaria la formación de recursos humanos en ciencias de la salud con las competencias necesarias, tanto para educar en salud sexual como para tener la capacidad de llevar esos conocimientos a su vida cotidiana, contribuyendo con ello a una cultura sanitarista que se vea reflejada en el desarrollo social

Cabe mencionar que el tener amplio conocimiento sobre temas de la salud sexual no es determinante de conductas sexuales de protección, es decir, no asegura que la persona que conozca el tema y tenga información correcta va a utilizar preservativo en cada una de sus relaciones y prácticas sexuales, que no tendrá varias parejas sexuales o que no tendrá relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o alguna droga, sin embargo, el contar con la información si se asocia a una disminución de enfermedades e infecciones prevenibles (Cisneros, 2007; De Dios & Medina, 2006; Fernández et al., 2013; Mota, Tello & Rivas, 2010; Pérez & Pick, 2006) y son necesarios para iniciar un cambio en la estructura psicológica de la persona, lo que puede hacer más probable que identifique sus conductas de riesgo y desarrolle habilidades para cuidar su salud sexual (Castro-Vázquez, 2000; Núñez, Hernández, García, González & Walker, 2003).

Dentro de las conductas sexuales de riesgo se considera el no utilizar condón de forma consistente en cada una de las relaciones sexuales, lo que de acuerdo con algunos autores puede estar relacionado con creencias negativas sobre su uso, pero ¿qué es una creencia? de acuerdo con Ajzen y Fishben (1980) las creencias forman parte de la estructura de pensamiento de las personas y se encuentran en función de lo que es aceptable o no dentro de su contexto social; se construyen en función del momento histórico y del entorno social por lo que se encuentran arraigadas y es difícil cambiarlas.

En relación a los temas sobre salud sexual en la cultura se encuentran mayormente presentes creencias negativas, por ejemplo que una mujer es promiscua la tener relaciones sexuales con diferentes parejas o lo es al pedirle a su pareja que utilice condón (Pérez et al., 2016) y que es el hombre el que tiene el poder y la decisión de cómo son las relaciones sexuales y se utiliza o no el preservativo (Abril, Román, Cubillas & Domínguez, 2018; Camacho & Pabón (2014); Enríquez et al., 2005; Robles et al., 2006).

El condón o preservativo masculino, es un método de barrera que empleado de manera correcta y consistente ayuda a prevenir la transmisión de VIH o alguna ITS, así como prevenir un embarazo, por lo que es el método mayormente distribuido en la población, sin embargo, la información que se presenta referente a este y su uso suele ser segregada o insuficiente, más aún cuando esta información se basa en creencias erróneas o desfavorables sobre los métodos de barrera (Valdez, Román, Cubillas & Domínguez, 2018).

Abril et al. (2018) mencionan que el condón es mayormente considerado como un método de control de natalidad y que entre la población joven es más frecuente el temor a un embarazo no deseado que a una ITS o VIH, por lo que suelen optar por otros métodos anticonceptivos. En otros estudios se ha encontrado que tanto adolescentes como universitarios inscritos en carreras relacionadas al área de la salud y profesionales de la salud consideran que su uso puede protegerlos de una ITS y del VIH/SIDA (Cisneros, 2007; Martínez, Villaseñor & Celis, 2002) sin embargo, creen que usarlo disminuye el placer sexual (Moral de la Rubia, 2007; Pérez et al., 2016; Solano & Sigüenza, 2017) y consideran que existe la posibilidad de que se rompa aún con el uso adecuado (Martínez, Villaseñor & Celis, 2002). Mientras que en el estudio realizado por Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín y Santos-Preciado (2003) se observa que aunque se tengan conocimientos objetivos sobre el uso del condón y el VIH/SIDA, lo que influye en mayor medida en su uso es la percepción de riesgo, es decir, que tan expuesta se sienta la persona a contraer VIH.

Los autores antes mencionados concuerdan en que existen mayormente creencias desfavorables sobre el uso del condón, lo que de acuerdo con Uribe y Orcasitas (2011; 2009) influye en la decisión de no usarlo en sus prácticas sexuales, lo que puede propiciar patrones de comportamiento sexual de riesgo.

### *3.2 Patrón de comportamiento sexual*

Los patrones sexuales son hábitos que se adquieren y presentan diferencias individuales en función a las características de la persona, su experiencia previa y el contexto en el que se desenvuelve (Rodas, 2019). Existen diversos factores que son considerados dentro del patrón

de comportamiento sexual, Enríquez, Sánchez y Robles (2003) mencionan la edad de inicio de la vida sexual, la frecuencia de las relaciones sexuales, el tipo de práctica sexual, la frecuencia del uso del condón, el número de parejas sexuales y el tipo de pareja (ocasional o estable).

Los factores antes mencionados se consideran de riesgo cuando la persona tiene diversas parejas sexuales, consume alcohol, ingiere drogas, tiene conocimientos deficientes sobre ITS y VIH/SIDA y no usa condón en cada una de sus relaciones sexuales (Del Castillo et al., 2012; Rodas, 2019). En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) mencionan que a menor edad de inicio de la vida sexual es mayor la probabilidad de tener un gran número de parejas sexuales y de no usar preservativo, lo que implica un incremento en la probabilidad de adquirir alguna ITS o VIH. Algunos autores como Campos y Fajardo (2000), Enríquez, Sánchez y Robles (2005) y Uribe y Orcasita (2009) mencionan que la edad promedio de inicio de la edad sexual se ubica alrededor de los 16 años. Sin embargo estudios como el realizado por González (2009) mencionan que la edad media de inicio de la vida sexual es de 13 años para hombres y de 14 años para las mujeres.

Se han realizado diversas investigaciones para conocer el patrón de comportamiento sexual; en el estudio realizado por Enríquez, et al. (2005) se reporta que los hombres presenta un patrón de comportamiento sexual de mayor riesgo que las mujeres, esto debido a que inician su vida sexual a edades más tempranas (16 años y 17 para las mujeres), tienen mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida y el uso del preservativo no es constante, es decir no lo ocupan en cada una de sus relaciones sexuales ni en cada práctica sexual, mencionando que es más frecuente que se utilice el condón en relaciones con penetración vaginal que en prácticas orales.

En otra investigación Uribe y Orcasita (2009) reportan que los universitarios colombianos presentan conductas de riesgo al no usar preservativo, al tener un número de parejas sexuales alto y al iniciar su vida sexual a temprana edad (16 años). Con respecto al uso del condón mencionan que la mayoría lo usó en su primer relación sexual, sin embargo el porcentaje de universitarios que lo utilizó en la última relación sexual fue menor, estos resultados coinciden con los reportados por Pérez (2018), quien menciona que los estudiantes de enfermería presentan conductas sexuales desfavorables y con los expuestos por González

(2009) quien menciona que uno de cada tres adolescentes no planea su primer encuentro sexual.

Chamorro y Betanco (2017) y Uribe y Orcasitas (2011) evaluaron conductas sexuales presentes en profesionales de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, laboratoristas y odontólogos) teniendo como resultados que la mayoría de los profesionales de la salud presentan conductas sexuales de riesgo (no utilizan preservativo y han mantenido relaciones sexuales bajo influencia de drogas y alcohol), por lo que se considera necesario un trabajo de coherencia entre la vida personal y profesional, sobretodo en las conductas de riesgo y protección y el establecimiento de estrategias de autocuidado.

Gayet et al. (2003) realizaron un análisis de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, mencionando que a partir de los resultados encontrados se puede concluir que el perfil del adolescente que sí utiliza condón en su primer relación sexual y que está en condiciones de prevenir una ITS, incluye iniciar la vida sexual a mayor edad, tener residencia urbana, escolaridad media o superior y ser hombre.

Con lo antes descrito se puede observar que los profesionales de la salud al igual que los estudiantes en el ámbito presentan un patrón de comportamiento sexual riesgoso que los puede llevar a adquirir alguna ITS o VIH/SIDA. Lo que causa una discordancia entre la vida profesional y personal ya que, no aplican en su vida los conocimientos y habilidades que transmiten a la población.

Además de los conocimientos, creencias y conductas sexuales de protección los psicólogos que trabajan o están interesados en trabajar en el ámbito de la salud y en especial con la población en riesgo de contraer VIH o ya con el diagnóstico se considera necesario contar con creencias y actitudes positivas ante la enfermedad y las personas VIH+ para realizar un trabajo neutro y profesional (Uribe & Orcasitas, 2011).

### *3.3 Actitudes ante las personas diagnosticadas con VIH*

Los profesionales de la salud como se mencionó anteriormente son considerados como los principales agentes de conocimiento sobre la prevención y tratamiento del VIH/SIDA por lo

que se considera importante conocer las creencias que tienen acerca del VIH, ante las personas diagnosticadas y sobre el trabajo a realizar con ellas.

En este sentido se sabe que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad y el compromiso de proporcionar a los pacientes atención de buena calidad, sin importar raza, religión, sexo, orientación sexual, diagnóstico o pronóstico (Rivas, Rivas, Barría & Sepúlveda, 2009). Por lo que se han realizado estudios que evalúan las actitudes de los universitarios y profesionales de la salud ante las personas con VIH/SIDA, esto lo hacen principalmente a través de una escala de fobia al SIDA de Harrell y Wright, traducida al español por Uribe y Orcasita (2011).

Entre estos estudios se encuentran los realizados por Uribe y Orcasita (2009) y Rodríguez (2019) quienes mencionan que los universitarios presentan en general una actitud positiva ante las personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Mientras en el personal de salud el estudio realizado por Infante et al (2006) reporta que estos presenta un trato diferenciado ante las personas con VIH/SIDA, mostrando discriminación y estigma, sobretodo al clasificarlos como víctimas y culpables; consideran víctimas a amas de casa infectadas por su marido “promiscuo”, niños infectados por vía perinatal y personas que recibieron una transfusión de sangre contaminada ya que, la persona no pudo controlar la razón por la que se infectaron. Por otra parte, consideran culpables a los hombres que tienen sexo con hombres y a las trabajadoras sexuales, mencionando que ellos eligieron las prácticas que los llevaron a infectarse.

De acuerdo con los autores estas ideas influyen en el trabajo que realizan con los pacientes, lo que se refleja en el hecho de que los médicos generales al saber que hay un diagnóstico de VIH/SIDA opta por canalizar al paciente a una clínica especializada, sin importar la razón por la que acudieron a consulta. En este estudio también se encontró que una parte del personal de salud está de acuerdo con que se le debería prohibir a las personas con diagnóstico de VIH el ingreso a los servicios públicos y que sus jefes tiene el derecho de conocer la condición de sus empleados, por lo cual deberían de informar de su diagnóstico.

En otro estudio realizado en personal de salud de Colombia Valdez, Vargas y Apaza (2010) mencionan que un porcentaje mínimo de participantes refieren miedo y temor al momento de atender a una persona VIH+, afirmando que se puede negar a atenderlos. La

mayoría (81,3%) mencionan que se debe brindar atención como a cualquier otro paciente y no ser aislado.

En ambos estudios los autores mencionan que la actitud negativa que presenta el personal de salud ante los pacientes con VIH se puede deber principalmente a que sus conocimientos sobre la enfermedad y cómo tratar al paciente no son adecuados.

En otro estudio realizado por Uribe y Orcasita (2011) en Cali, Colombia en profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales), se encontró que la mayoría cuenta con una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus, sin embargo, es necesario crear estrategias que refuercen conceptos y comportamientos favorables ante el VIH ya que, sigue teniendo un peso considerable para ellos el estigma social acerca de la infección.

En estos estudios se menciona la importancia de actualizar y reforzar los conocimientos sobre VIH/SIDA y el tratamiento farmacológico y no farmacológico para mejorar la actitud ante la enfermedad y los pacientes y así reducir el estigma presente en el personal de salud y aumentar la calidad de atención, principalmente a través de la empatía.

Con lo expuesto en este capítulo se considera importante que los estudiantes de psicología que están interesados en trabajar con adherencia al tratamiento en personas con VIH, presenten una coherencia entre los conocimientos y creencias que posean sobre la enfermedad y el uso del preservativo y las conductas sexuales que tienen, aspecto que podría facilitar su intervención y una mayor empatía con las personas con las que posiblemente trabajen.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### *Justificación*

El VIH/SIDA sigue siendo una de las infecciones con mayor impacto a nivel mundial ya que, las cifras de diagnóstico que se presentan cada año son bastante elevadas (ONUSIDA, 2019).

Ante las diversas consecuencias que trae consigo este virus se han realizado diferentes investigaciones, desde las que tratan de explicar sus orígenes, hasta las que tratan de conseguir una cura, tomando mayor relevancia las que pretenden prevenir, principalmente porque es más factible prevenir la transmisión, que intentar curarla.

El estudio de las conductas sexuales (de riesgo primordialmente), creencias sobre el uso del condón y conocimientos sobre VIH/SIDA están enfocados generalmente en adolescentes ya que, se consideran particularmente vulnerables ante la infección por VIH, al comenzar su vida sexual en una etapa temprana en la que generalmente carecen de información sobre esta y sus implicaciones para desarrollar conductas sexuales de protección como el uso del preservativo (Ballester, Gil, Giménez & Ruiz, 2009; Espada, Quiles & Méndez, 2003; Mazo-Vélez, Domínguez-Domínguez & Cardona-Arias, 2014; Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez, 2012; Silva-Fhon, Andrade-Iraola, Palacios-Vallejos, Rojas-Huayta & Mendonça-Júnior, 2014; Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita & Vergara, 2010; Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín & Santos-Preciado, 2003).

De acuerdo con Carballo (2017) los conocimientos en relación a ITS, VIH/SIDA y métodos de protección son un factor importante en las conductas sexuales, aunque no determinante. Se ha observado que los adolescentes obtienen información de estos temas de diversas fuentes, como la familia, amigos, los medios de comunicación e internet, fuentes que comúnmente cuentan con información incompleta y/o errónea.

En el caso de la familia, generalmente la sexualidad es un tema tabú por lo que a los padres les es complicado brindar información a sus hijos, un estudio realizado por Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) se mostró que tanto adolescentes, como padres de familia cuentan con conocimientos insuficientes sobre ITS y VIH/SIDA aunque refieren tener creencias positivas sobre el uso del condón y la disposición de usarlo, además se menciona que hay más comunicación entre los adolescentes y sus madres que con los padres. En otras

investigaciones se ha encontrado que la buena comunicación sobre temas de sexualidad entre padres e hijos, hacen más probable que estos últimos planeen el inicio de su vida sexual y utilicen el preservativo (Andrade, Betancourt & Palacios, 2006; Sánchez & Robles, 2014).

En cuanto a los amigos, los conocimientos que se presentan están basados en las creencias predominantes en el grupo social, las cuales en su mayoría son erróneas y se vinculan principalmente al uso de preservativo, en un estudio realizado por Robles y Díaz-Loving (2011) se menciona que mientras los estudiantes de secundaria (principalmente varones) presentan creencias de protección favorables ante el uso del condón, es decir, mencionan que utilizarlo los protege de una ITS y VIH/SIDA, los alumnos de preparatoria creen que usarlo disminuye el placer sexual, pone de mal humor a su pareja y les resulta problemático y costoso. En otro estudio realizado con universitarios se observó que muestran creencias desfavorables al relacionar el uso del condón con la pérdida de placer sexual, dificultades de uso y estereotipos de género (Abril, Román, Cubillas & Domínguez, 2018), mientras Cisneros (2007) menciona que los universitarios presentan creencias favorables sobre el uso del condón pero al compararlo con las prácticas de uso eran pocos los estudiantes que lo utilizaban.

Ante lo antes descrito existen diversas organizaciones que deben contar con personal capacitado para brindar información correcta y aclarar dudas y mitos respecto al tema, los profesionales de la salud también deben contar con esta información y así poder crear estrategias para la prevención e intervención; además tienen la responsabilidad y compromiso de brindar atención de calidad a los usuarios, de una manera profesional, sin importar raza, religión, sexo, orientación sexual, diagnóstico o pronóstico (Rivas, Rivas, Barría y Sepúlveda, 2009), en otras palabras sin presentar estigma ni discriminación, sin embargo muchas veces no es así sobretodo al hablar de una enfermedad tan estigmatizada como el VIH/SIDA.

El estigma ante el VIH/SIDA y la vinculación a contextos de pobreza, marginación y promiscuidad sexual fomenta las actitudes negativas ante la enfermedad y las personas con diagnóstico, lo que puede generar una barrera para la promoción y el mantenimiento de la salud ya que, se presentan dificultades para el acceso a tratamiento, adherencia al mismo y apoyo social. Por lo anterior Fernández, Fernández y Tomás-Sábado (2006) y



Tamayo-Zuluaga, Macías-Gil, Cabrera-Orrego, Henao-Pelaéz y Cardona-Arias (2014) mencionan que es importante que los profesionales de la salud sean capaces de guiar a los pacientes, por lo que necesitan contar con habilidades, conocimientos y actitudes positivas, es decir, debe brindar una atención abierta, tolerante y libre de prejuicios.

Como mencionan Chamorro y Betanco (2017), Sigüenza y Solano (2017) y Uribe y Orcasita (2011) los profesionales de la salud son los principales agentes que proporcionan información sobre VIH/SIDA y sus implicaciones por lo que se da por entendido que están altamente calificados para ello y por lo tanto trabajar en la promoción y prevención de la enfermedad y en la intervención con pacientes diagnosticados; sin embargo, existen pocos estudios que evalúen conocimientos sobre VIH/SIDA, creencias sobre el uso del condón, actitudes ante el VIH y/o conductas sexuales en los profesionales de la salud.

Los estudios existentes han mostrado, de manera general, que los profesionales de la salud presentan conocimientos adecuados sobre el VIH/SIDA, sin embargo, se menciona que es necesario reforzarlos. Cabe mencionar que los participantes de estos estudios son en su mayoría médicos y enfermeros, tanto ejerciendo como en formación (Arias de la Torre, Cordoví & Maceo, 2015; Meza-León, Conislla-Monterola, Huaranca-Gavilán & Soto-Meneses, 2017; Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez & Muñoz, 2017; Real-Cotto, et al., 2017; Rivas, et al., 2009; Rodas, 2019; Valdez, Vargas & Apaza, 2010) sólo en el estudio de Uribe y Orcasita (2011) se incluyen psicólogos y en el de Sigüenza y Solano (2017) se menciona la evaluación de un psicólogo, además de que son realizados principalmente en países de Sudamérica.

Por ejemplo, en el estudio realizado por Chamorro y Betanco (2017) se menciona que los conocimientos que presentan los profesionales de la salud sobre el VIH/SIDA son adecuados principalmente en los médicos, mientras que en el personal de enfermería se deben reforzar, mencionando que esta falta de conocimientos puede llevar a brindar una orientación inadecuada a los pacientes, que facilita la omisión de consejería pre y post prueba y que puede generar discriminación y estigma. Rodríguez (2019) menciona que los estudiantes de trabajo social enfocados en el ámbito de la salud cuentan con un nivel de conocimiento medio-alto y que requieren de mayores programas específicos del tema para un mejor desarrollo profesional. Por otra parte Fernández et al. (2013) mencionan que los psicólogos

en formación cuenta con un nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA medio-alto, mientras los estudiantes de enfermería y odontología se encuentra en los tres niveles de conocimiento (bajo, medio y alto) por lo que es necesario reforzar los conocimientos, sobretodo si se pretende trabajar en el tema de VIH/SIDA ya que, los conocimientos influyen en las actitudes de las personas ante el virus y las personas que lo portan.

Sigüenza y Solano (2017) mencionan que la falta de conocimientos sobre el VIH y su tratamiento y una fuerte carga de trabajo se consideran factores de riesgo de actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia los pacientes VIH positivos. En cuanto a las actitudes el estudio realizado muestra que los profesionales de la salud que participaron presentan actitudes positivas adecuadas sobre el VIH/SIDA y las personas con el diagnóstico, sin embargo, las actitudes negativas que se presentan reflejan un grado de rechazo a la población diagnosticada.

Zárate (2017) señala que los estudiantes de enfermería que se encuentran en primer año presentan mayores actitudes negativas ante el VIH y el trabajo con las personas VIH+ a comparación con los estudiantes de quinto año que presentan mayores conocimientos sobre la enfermedad y actitudes positivas, por lo que concluye que a mayores conocimientos, se pueden tener mejores actitudes ante las personas con diagnóstico.

En estudios realizados en diferentes países como España, Bolivia, Venezuela, Nicaragua y Perú se ha encontrado que los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y odontólogos) presentan actitudes positivas ante el VIH/SIDA, sin embargo, presentan temor al atender a las personas diagnosticadas, mencionando además que tienen derecho a negarse a atenderlas (Barron, Palma & Juárez, 2000; Chamorro & Betanco, 2017; Godoy, 2004; Gómez, Medina y Bracamontes, 2018; Peralta, 2019; Tomás & Aradilla, 2003).

Por otra parte Valdez, Vargas y Apaza (2010) mencionan que los profesionales de la salud no se sienten capacitados para atender a una persona con VIH/SIDA, además de que cuentan con conocimientos insuficientes sobre el tema y aunque de manera general el personal presenta una buena actitud ante el VIH una parte del mismo menciona que puede negarse a atender a una persona seropositiva.

En estudios como los realizados por Mantilla (2017) y Santa Cruz (2017) con Cirujanos dentistas se menciona que en general se presenta una actitud desfavorable ante las personas VIH+, lo que dificulta el que puedan atenderlas, mencionando primordialmente que les causa temor el infectarse.

De acuerdo con Paniagua (1997 como se citó en Uribe & Orcasita, 2011) los conocimientos erróneos son aspectos primordiales para una incorrecta actitud ante el VIH y las personas diagnosticadas, Sigüenza y Solano (2017) menciona que esa actitud equivocada también se podría interpretar como miedo, lo que limita el trabajo de los profesionales de la salud. Por ello Uribe y Orcasitas (2011) mencionan que se necesitan fortalecer estrategias para reforzar conocimientos sobre VIH/SIDA y actitudes positivas ante las personas VIH+ ya que, estos elementos cuentan con una gran influencia en la intervención que el profesional de la salud ofrece a la comunidad.

Otra variable importante a considerar es la conducta sexual ya que, el profesional de la salud y en este caso el psicólogo debería presentar una coherencia entre su vida personal y profesional, es decir, aplicar en su vida lo que le pide al paciente que aplique en la suya, sobretodo al hablar de conductas de protección para prevenir alguna enfermedad. En el estudio de Chamorro y Betanco (2017) se hace referencia a que la mayoría de los profesionales de la salud presentan conductas sexuales de riesgo (no utilizan preservativo y han mantenido relaciones sexuales bajo influencia de drogas y alcohol), por lo que se considera necesario un trabajo de coherencia entre la vida personal y profesional, sobretodo en las conductas de riesgo y protección y el establecimiento de estrategias de autocuidado, en lo que coincide Uribe y Orcasitas (2011) mencionando además que los profesionales de la salud presentan la creencias de que usar preservativo previene las ITS y el VIH, pero que utilizarlo disminuye el placer sexual y detener el acto sexual para colocarlo hace el sexo menos divertido, lo que se relaciona con creencias desfavorables ante el uso del condón.

En la investigación hecha por Pérez (2018) en estudiantes de enfermería, teniendo como resultado que la mayoría de los participantes presentan conocimientos adecuados sobre VIH/SIDA y conductas sexuales desfavorables, presentando una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y la conducta sexual.

Si bien los conocimientos sobre el VIH no son un determinante de las conductas sexuales, si son un predictor de estas y un factor muy relevante en los profesionales de la salud que trabajan en la promoción, prevención e intervención en esta enfermedad ya que, teóricamente deberían ser el sector más capacitado sobre este problema de salud y al tener mayores conocimientos sobre el virus, los medios de transmisión, las consecuencias y el tratamiento puede brindar una mejor atención tanto a la población con diagnóstico como a la que es considerada de riesgo.

A partir de esto se genera la pregunta ¿Cuáles son los conocimientos sobre el VIH/SIDA, las creencias sobre el uso del condón, las creencias ante el VIH y las personas seropositivas y las conductas sexuales que presentan los psicólogos en formación interesados en el trabajo de adherencia al tratamiento en personas con VIH/SIDA?

## **OBJETIVOS**

### *Objetivo general*

Analizar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, las creencias sobre el uso del condón y VIH, así como el patrón de comportamiento sexual presentes en los psicólogos en formación.

### *Objetivos específicos*

- Identificar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA presentes en psicólogos en formación
- Conocer las creencias que psicólogos en formación tienen sobre el uso del condón , VIH y personas VIH+.
- Describir el patrón de comportamiento sexual de los estudiantes de psicología inscritos en el curso.
- Comparar los conocimientos sobre VIH/SIDA, las creencias y las conductas sexuales de los psicólogos en formación utilizando como variable de agrupación si utilizaron o no preservativo en su última relación sexual.

## MÉTODO

### *Población*

Alumnos de la licenciatura de psicología de las modalidades presencial y a distancia inscritos en un curso autogestivo acerca del trabajo en adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con VIH.

### *Participantes*

62 psicólogos en formación de los cuales 49 eran mujeres (79%) y 13 hombres (21%). Las edades oscilaron entre 21 y 58 años, teniendo una media de edad de 34.06 años (DE 8.811). En cuanto a las modalidades de estudio el 69,4% de los participantes estudian en línea, mientras el 30,6% estudia de manera presencial.

### *Muestreo*

El muestreo fue no probabilístico a conveniencia (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) ya que, los participantes fueron aquellos que se inscribieron al curso PAPIME 302819 Adherencia al tratamiento y Calidad de vida en personas con VIH.

### *Criterios de inclusión*

Estudiantes de psicología en modalidad presencial y en línea que se inscribieron al curso PAPIME 302819 Adherencia al tratamiento y Calidad de vida en personas con VIH, que contestaron el cuestionario Conocimientos, Creencias y Conductas sexuales y que hayan iniciado su vida sexual.

### *Criterios de exclusión*

Participantes que no contestaron el cuestionario Conocimientos, Creencias y Conductas sexuales y que no han iniciado su vida sexual.

### *Escenario*

El escenario fue la plataforma de aprendizaje en línea del Corporativo Universitario Virtual de Educación a Distancia (CUVED), el cual utiliza el software Moodle, diseñado para ayudar a los docentes a crear cursos en línea de alta calidad y entornos de aprendizaje virtuales.

### *Diseño*

#### No experimental Transversal

Un estudio no experimental implica que no se realizaron manipulaciones en las variables independientes, por lo que se observa el fenómeno tal cual se presenta en su contexto natural para analizarlo, es decir, se observan situaciones ya existentes, las variables ya están presentes y no se manipulan. Al ser de corte transversal los datos que se necesitan se recolectan en un solo momento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Esto es adecuado para el estudio ya que, se pretende conocer el nivel de las variables en un momento determinado.

### *Tipo de estudio*

#### Estudio descriptivo

Este tipo de estudio pretende especificar propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se someta a análisis. Pretende medir o recolectar información ya sea de manera conjunta o independiente sobre variables o conceptos (Hernández, et al., 2010).

Se aplicó este tipo de estudio ya que, se pretende conocer los conocimientos sobre VIH/SIDA, las creencias sobre el uso del condón, ante el VIH, el trabajo a realizar con las personas diagnosticadas y ante las personas VIH+ y las conductas sexuales presentes en los estudiantes de psicología.

## *Variables*

En la tabla 2 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables de interés.

Tabla 2. Definiciones de las variables de interés

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Conocimientos sobre VIH/SIDA	Nivel de información que se posee en relación con la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del virus (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Promedio obtenido en la escala de conocimientos sobre VIH/SIDA
Creencias sobre el uso del condón.	Representan opiniones que una persona tiene acerca de un objeto, se considera que son un factor subjetivo ya que, corresponden a la estimación que cada quien hace de la probabilidad de que un objeto posea determinado atributo (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Promedio obtenido en la escala de creencias hacia el uso del condón, evaluada del 1 al 5, siendo los valores más cercanos a 5 los indicadores de creencias favorables.
Creencias ante el VIH y las personas diagnosticadas		Respuestas que brindan los participantes ante los estímulos.
Patrón de comportamiento sexual	Hace referencia a la edad de la primera relación sexual y las circunstancias bajo las cuales ésta ocurrió, considerando además el número de parejas sexuales que se han tenido en toda la vida (Robles & Díaz-Loving, 2011).	Conductas sexuales indicadoras de riesgo o protección, por ejemplo, uso de preservativo en la primera y en la última relación sexual, número de parejas sexuales, edad de inicio de la vida sexual.

## *Instrumentos*

Se aplicó el cuestionario Conocimientos, Creencias y Conductas Sexuales (ver apéndice) integrado por:

- La versión corta de la prueba sobre conocimientos de VIH/SIDA e ITS y sobre el uso del condón validada por Robles y Díaz-Loving (2011), la cual cuenta con 12 reactivos

divididos en cuatro áreas (prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA y características de ITS) y 6 reactivos sobre el uso del condón, teniendo un formato de respuestas de correcto, falso y no sé.

- La Escala de creencias hacia el uso del condón, la cual fue validada por Robles y Díaz-Loving (2011). Esta escala cuenta con 12 reactivos que evalúan creencias sobre el uso del condón, de estos reactivos cuatro evalúan creencias negativas y ocho evalúan creencias positivas. Se contesta en escala tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).
- Patrón de comportamientos sexuales retomado de la Encuesta estudiantil sobre salud sexual elaborada por Robles y Díaz-Loving (2011), la cual identifica el tipo de prácticas sexuales que tiene la persona, si ha utilizado condón, el tipo y número de parejas sexuales, si se ha tenido o tiene una ITS, VIH o un embarazo y la utilización de métodos anticonceptivos.

Cabe mencionar que estos instrumentos tuvieron pequeñas modificaciones en cuanto a instrucciones y en formato de algunos reactivos ya que, la aplicación se realizó vía electrónica y el instrumento original está diseñado para la aplicación en físico.

Además se utilizó la estrategia de Redes Semánticas Naturales Modificadas para identificar las creencias de los participantes ante el VIH/SIDA y las Personas Seropositivas.

### *Procedimiento*

Al momento de ingresar al curso autogestivo PAPIME 302819 Adherencia al tratamiento y Calidad de vida en personas con VIH, se presentó un consentimiento informado a los participantes, posteriormente se les solicitó que contestaran el cuestionario Conocimientos, Creencias y Conductas sexuales antes de comenzar con las actividades.

### *Análisis de Resultados*

Se realizaron análisis de estadística descriptiva para obtener información sobre las características de los participantes, sus conocimientos sobre VIH/SIDA, ITS y uso de condón, sobre sus creencias sobre el uso del preservativo y sobre su patrón de comportamiento sexual. Se aplicó la *t* de Student para muestras independientes con la finalidad de conocer las



diferencias de medias considerando como variable de agrupación el uso o no de preservativo en la última relación sexual. Estos análisis se llevaron a cabo utilizando el programa estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows.

Además se utilizó la estrategia de Redes Semánticas Naturales Modificadas de Reyes-Lagunes (1993), con la finalidad de conocer las palabras significantes para los estudiantes ante los estímulos “el VIH y yo”; “trabajar con una persona con VIH”; “que se necesita para trabajar con una persona con VIH” y “una persona con VIH es”. También se utilizó la prueba  $\chi^2$  y  $r_s$  de Spearman con la finalidad de conocer la relación entre las variables. Estos análisis se realizaron en el programa Excel Office 2013.

## RESULTADOS

Respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS se obtuvo una media de 80,50%, esta variable se divide en cuatro áreas (ver figura 1), mostrando que la mayor cantidad de respuestas incorrectas (32,27%) se encuentran en el área de transmisión, siendo la pregunta “la transmisión del VIH es más probable en la práctica sexual anal que en la vaginal u oral sin protección” la que contestaron mal el 67,7% de los participantes, mientras en el área de prevención el 51,6% de los estudiantes consideran que usar condón femenino y masculino al mismo tiempo es más efectivo para prevenir el VIH.

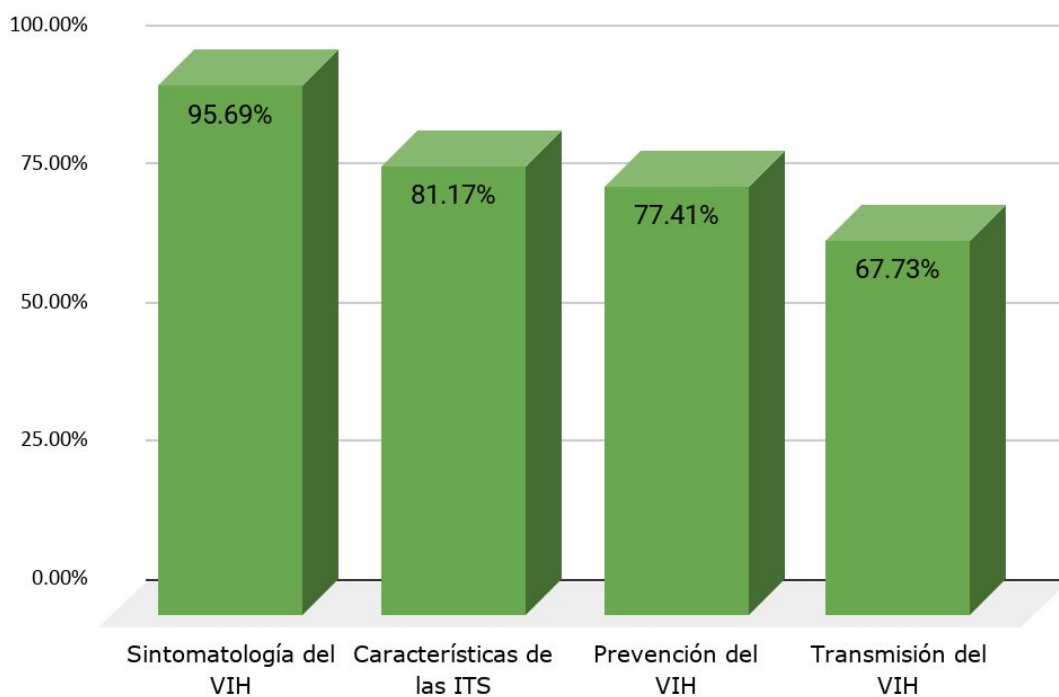


Figura 1. Porcentaje promedio de respuestas correctas sobre ITS y VIH/SIDA

En los conocimientos sobre el uso del condón se encontró una media de 50,53%, siendo cuatro los reactivos que fueron contestados de manera errónea por la mayoría de los estudiantes, estos reactivos son:

- “Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa” 66,1% de los psicólogos en formación contestaron de manera incorrecta.

- “Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los condones de látex”, 53,2% de los participantes respondieron de manera incorrecta.
- “Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta” fue contestado de manera errónea por el 50% de los participantes.
- “Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual”, el 80,6% de los estudiantes.

Respeto a los conocimientos sobre Adherencia y Calidad de Vida se encontró una media de 72,27%; estos conocimientos se dividen en 4 áreas dos referentes a la adherencia y dos a la calidad de vida. Se encontró que el porcentaje más alto de respuestas correctas fue en el área de factores relacionados a la adherencia (84,06%), mientras el área con el porcentaje más bajo de respuestas correctas fue la de Calidad de vida con un 60% (ver figura 2).

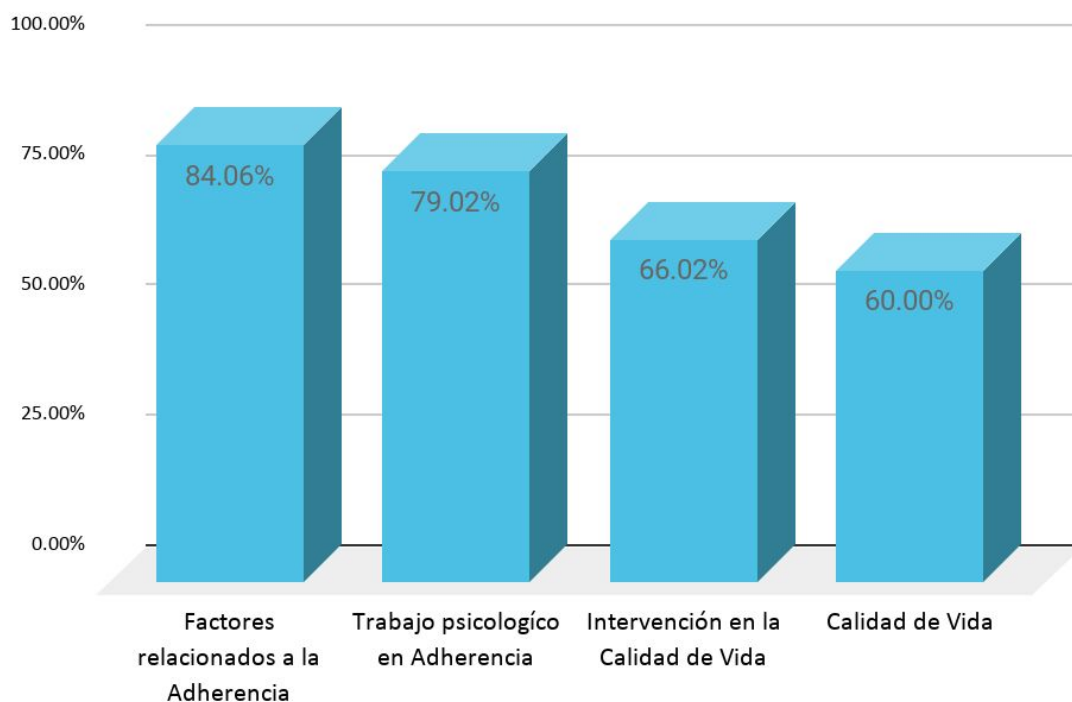


Figura 2. Porcentaje promedio de respuestas correctas sobre Adherencia y Calidad de Vida.

Respecto a las creencias sobre el uso del condón el 100% de los participantes están de acuerdo con los reactivos referentes a las creencias favorables; en las creencias negativas 14,5% de los participantes están de acuerdo con que usar condón disminuye el placer sexual,

el 4,8% en qué usarlo podría hacer que su pareja se enoje; 3,2% que el compañero sexual podría pensar que tiene una ITS y el 1,6% que usarlo podría ser muy problemático.

Para conocer las creencias ante el VIH se presentó el estímulo “El VIH y Yo”, se encontró que las palabras más significativas están relacionadas con la prevención de la enfermedad, contar con información, tener cuidado y responsabilidad, además de relacionarlo con miedo, sexualidad y pareja (ver figura 3). Cabe mencionar que las palabras más cercanas a cero son las más significativas para los participantes.



Figura 3. Principales definidoras del estímulo “El VIH y Yo” en estudiantes de psicología.

Para conocer las creencias ante el trabajo con personas con VIH se presentaron dos estímulos “Trabajar con personas con VIH” (figura 4) y “Que se necesita para trabajar con personas con VIH” (figura 5). De manera general los psicólogos en formación consideran que para el trabajo con la población diagnosticada con VIH es necesaria la capacitación, presentar empatía, conocimientos e información y realizar un trabajo con responsabilidad y respeto.



Figura 4. Principales definidoras del estímulo "Trabajar con personas con VIH" en estudiantes de psicología.

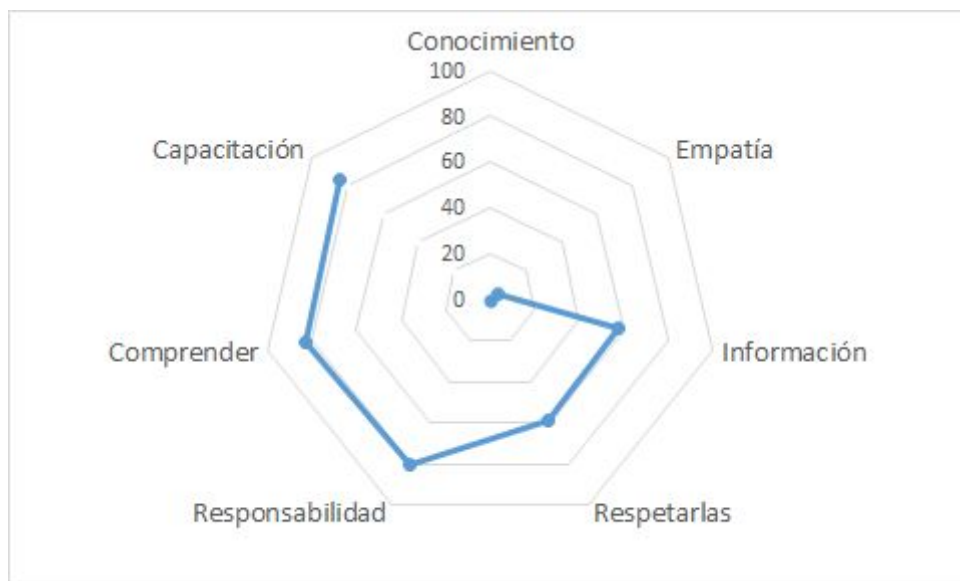


Figura 5. Principales definidoras del estímulo "Que se necesita para trabajar con personas con VIH" en estudiantes de psicología.

Para las creencias ante las personas seropositivas se presentó el estímulo "Una persona con VIH es"; encontrando que las palabras con mayor frecuencia son en su mayoría descriptivas y hacen referencia a que es una persona, normal, enferma, igual a cualquier persona, con derechos, vulnerable y capaz. Las palabras más frecuentes se muestran en la figura 6.

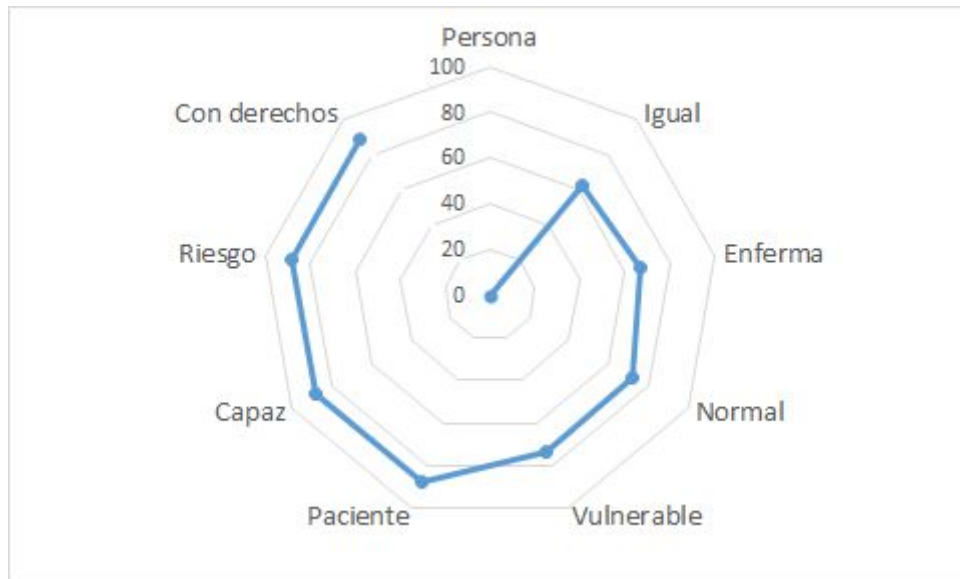


Figura 6. Principales definidoras del estímulo "Una persona con VIH es" en estudiantes de psicología.

Respecto al patrón de comportamiento sexual se observó que la edad promedio a la que iniciaron su vida sexual los participantes fue de 19 años, el 83,9% tuvo su primer relación sexual con la persona que era su novio/a en ese momento. En cuanto a la planeación, el 51,6% si la planearon y el 43,5% sí utilizó condón en esa ocasión.

En la frecuencia de las relaciones sexuales 32% de los estudiantes menciona tener relaciones sexuales frecuentemente (cada semana o cada quince días), mientras que el 28% dice tenerlas dos veces al año y 8% reporta que es muy frecuente (cada dos o tres días).

Los resultados de la frecuencia del uso del condón muestran que el 49% lo usa algunas veces, el 35% siempre y el 16% nunca usa preservativo cuando tiene relaciones sexuales; en la última relación sexual el 54% de los psicólogos mencionaron no utilizar condón y el 46% mencionó si utilizarlo. Se observa que del total de participantes sólo el 17,74% (11 personas) han utilizado preservativo la primer relación sexual, en la última y reportan siempre usarlo, mientras el 20,96% (13 participantes) mencionan nunca usarlo, incluyendo la primera y la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

En el tipo de prácticas sexuales, los resultados muestran que 39,9% de los estudiantes mantienen relaciones vaginales, anales y orales, mientras la práctica anal es mencionada sólo por el 3,2% al igual que la combinación vaginal y anal (ver figura 7).

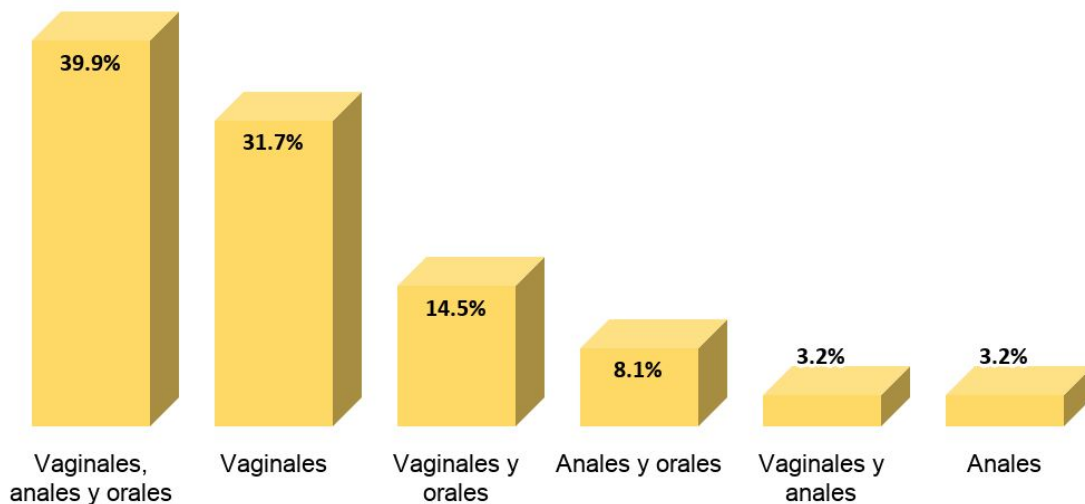


Figura 7. Porcentaje de participantes que realiza cada práctica sexual

Los estudiantes de psicología tienen un promedio de parejas sexuales de 7, además se reporta un porcentaje de participantes (11.3%) que mencionan haber tenido o tener alguna ITS, entre ellas VPH (4,8%), Sífilis (1,6%) y VIH (1,6%).

Dividiendo a los participantes en dos grupos con base en si usaron o no preservativo en su última relación sexual; el grupo 1 (si usó condón) quedó conformado por 28 participantes, mientras el grupo 2 (No usó condón) quedó formado por 34 estudiantes.

En la variable de conocimientos sobre VIH e ITS no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ( $t=-0.094$ ;  $gl=60$ ;  $p<0.05$ ); los porcentajes obtenidos en ambos grupos son muy parecidos, siendo en ambos el área con menor porcentaje la de transmisión del VIH ( $t=-0.690$ ;  $gl=60$ ;  $p<0.05$ ), mientras el área con mayor porcentaje en ambos fue sintomatología del VIH ( $t=-0.922$ ;  $gl=60$ ;  $p<0.05$ ). Los porcentajes de cada área se pueden observar en la figura 8.

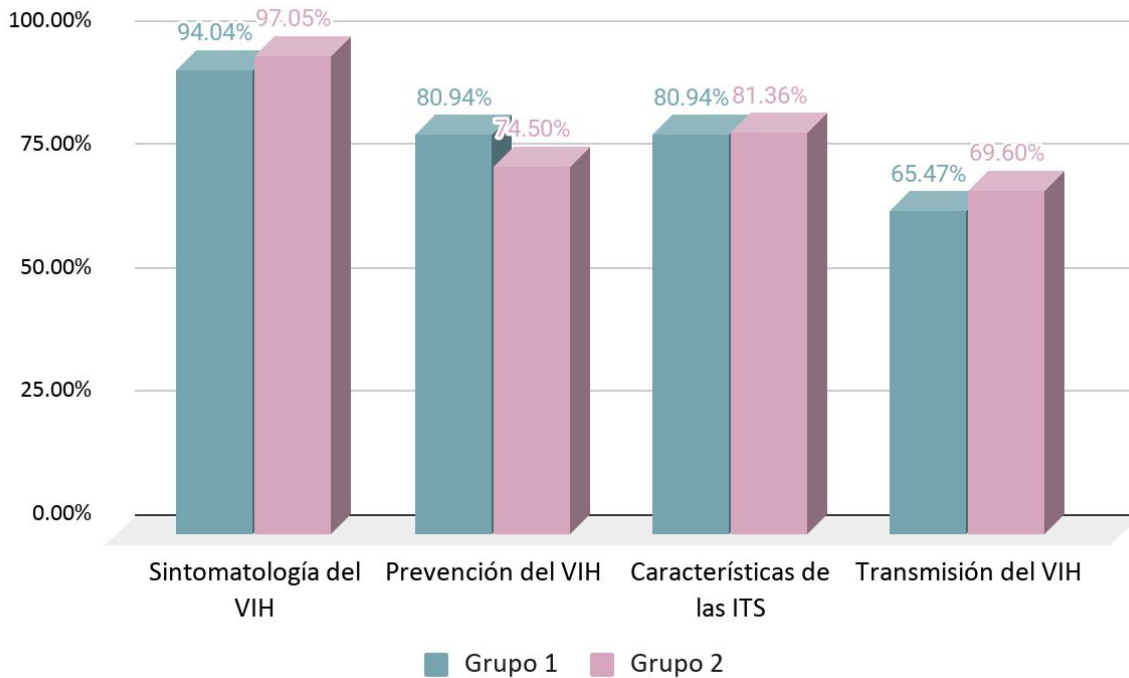


Figura 8. Porcentaje promedio de respuestas correctas sobre ITS y VIH/SIDA en cada grupo.

Respecto a las creencias sobre el VIH, el trabajo con personas seropositivas y ante las personas diagnosticadas se encontraron los siguientes resultados:

Para el estímulo “El VIH y Yo” las palabras más significativas se relacionan con prevención, información, enfermedad, salud y miedo, tal como se muestra en la figura 9; y no se encontraron diferencias entre los grupos ( $\chi^2=0.25$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=1$ ).



Grupo 1



Grupo 2



Figura 9. Principales definidoras del estímulo “El VIH y Yo” en estudiantes de psicología.

En el estímulo “Trabajar con una persona con VIH” tampoco se obtuvo diferencia significativa entre los grupos ( $\chi^2=0.14$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=1$ ); las palabras definidoras hacen referencia a que trabajar con una persona con VIH requiere de empatía, cuidado, información, respeto, entre otras (ver figura 10).

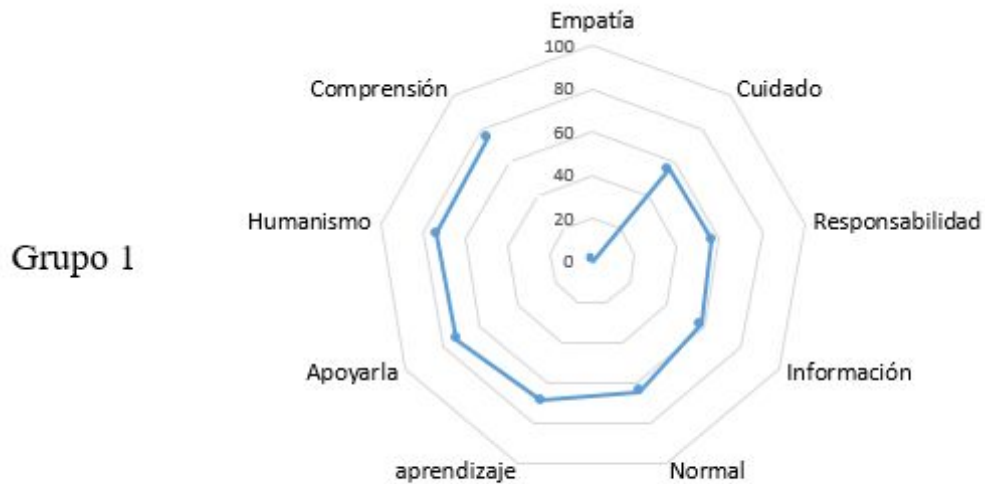


Figura 10. Principales definidoras del estímulo “Trabajar con personas con VIH” en estudiantes de psicología.

El estímulo “Que se necesita para trabajar con una persona con VIH” no presentó diferencia significativa ( $\chi^2=0.02$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=1$ ), en este estímulo las palabras definidoras mencionan que se necesita de empatía, conocimientos, información, compromiso y responsabilidad (ver figura 11).

Grupo 1



Grupo 2



Figura 11. Principales definidoras del estímulo “Que se necesita para trabajar con personas con VIH” en estudiantes de psicología.

Las palabras definidoras para el estímulo “Una persona con VIH es” (ver figura 12) son principalmente descriptivas y mencionan que es una persona, normal, igual, vulnerable y enferma, este estímulo si presentó diferencias significativas ( $\chi^2=4.12$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=1$ ).

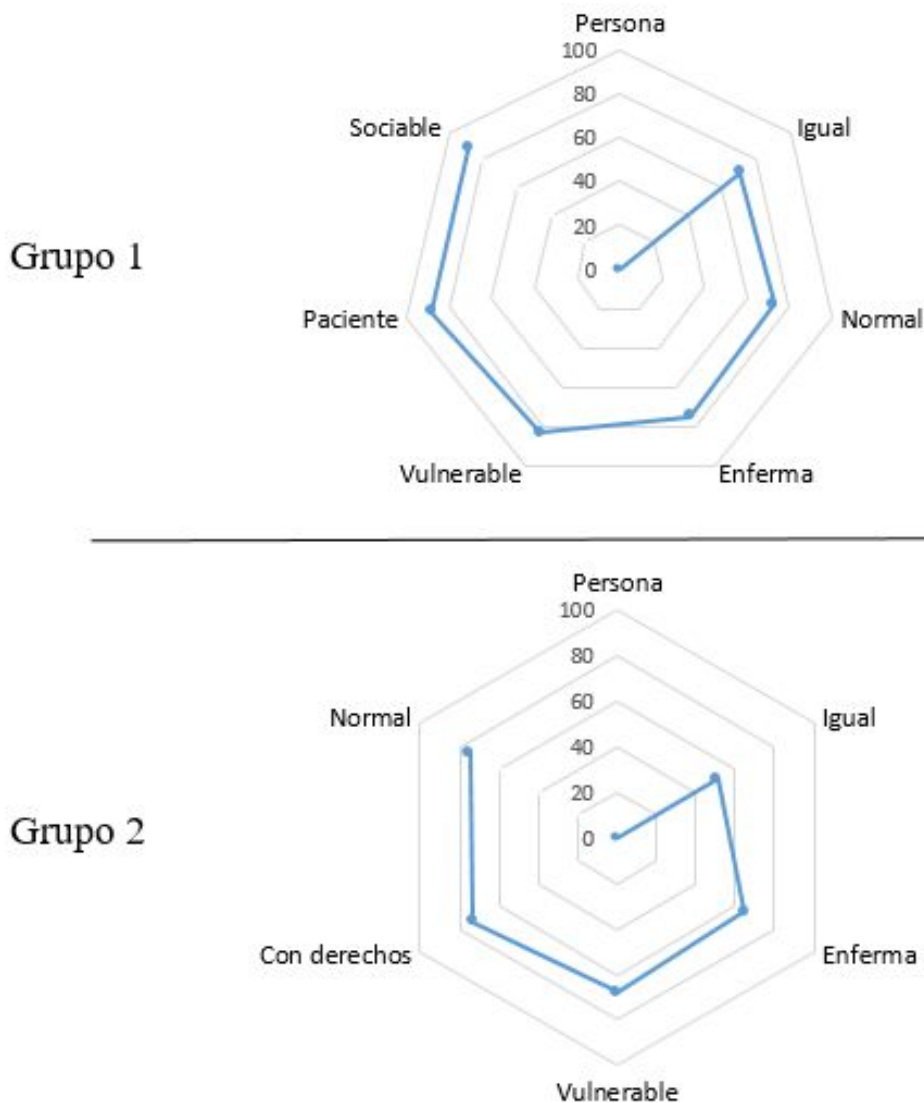


Figura 12. Principales definidoras del estímulo “Una persona con VIH es” en estudiantes de psicología.

Respecto al patrón de comportamiento sexual se encontró una relación significativa ( $x^2=5.37$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=1$ ) entre las variables planeación de la primera relación sexual y el uso o no del condón en la última relación sexual, así como entre esta última y el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual ( $x^2=12.17$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=5$ ), la frecuencia de las relaciones sexuales ( $x^2=6.45$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=4$ ) y la frecuencia del uso del condón ( $x^2=36.93$ ,  $p<0.05$ ,  $gl=4$ ).

Además se observó que los participantes de ambos grupos han presentado alguna Infección de Transmisión Sexual; en el grupo 1 el 10,7% de los participantes mencionó haber tenido alguna, de este porcentaje el 3,6% mencionó haber tenido o tener VPH, 3,6% VIH,

3,6% sífilis. En el grupo 2 el 11,8% ha tenido alguna, de este porcentaje el 5,9% mencionó VPH y el otro 5,9% no mencionó cuál ha tenido. En el uso del condón aunque el grupo 1 si utilizaron el la última relación sexual al mencionar la frecuencia de uso se encuentra que el 67,9% siempre lo usa y el 32,1% algunas veces lo utiliza; en el grupo 2 el 41,2% menciona nunca ocuparlo y el 58,8% dice usarlo algunas veces.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue conocer los conocimientos sobre VIH/SIDA, las creencias sobre el uso del condón, ante el VIH y las personas seropositivas y las conductas sexuales presentes en los psicólogos en formación inscritos en un curso autogestivo sobre Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con VIH.

Los resultados en cuanto a los conocimientos sobre VIH, ITS y uso del condón coinciden con los encontrados por Díaz et al. (2014), Navarro y López (2012), Pérez (2018) y Toledo (2007) ya que, los psicólogos en formación de este estudio también cuentan con conocimientos adecuados, lo que se ve reflejado al tener porcentajes de respuestas correctas a partir del 70%, sin embargo, al ser profesionales de la salud estos conocimientos no son suficientes, sobretodo al estar interesados en el trabajo con población VIH+, por lo que se necesita de capacitaciones constantes, sobre todo en el área de transmisión, la cual presenta el porcentaje más bajo de respuestas correctas, lo que difiere de lo encontrado por autores como Cisneros (2007), Claus, (2018), Escudero (2010), Flores, Rios y Vargas (2015) y Uribe y Orcasitas (2009) quienes mencionan que los participantes en sus estudios (principalmente estudiantes de las carreras relacionadas a la salud y profesionales de la salud) presentan mayores conocimientos sobre transmisión y prevención del VIH.

Se encontraron creencias positivas sobre el uso del condón, al igual que en los estudios de Cisneros (2007) y Martínez, Villaseñor y Celis (2002) lo que podría explicar el uso intermitente del mismo ya que, a pesar de estar de acuerdo con las afirmaciones positivas sobre el uso del preservativo, se encuentran presentes en los estudiantes de psicología creencias negativas, como que el uso del condón disminuye el placer sexual (Abril et al., 2018; Enríquez et al., 2005; Moral de la Rubia, 2007; Pérez et al., 2016; Robles et al., 2006; Solano & Sigüenza, 2017).

Respecto a las creencias ante el VIH las palabras significativas se relacionan con la responsabilidad, la prevención, el cuidado, la protección y el miedo, mientras que para el trabajo con las personas diagnosticadas por VIH, los estudiantes de psicología que participaron en este estudio mencionaron capacitación, empatía, respeto y responsabilidad principalmente, aunque algunos de los participantes mencionaron miedo. En diferentes

estudios (Infante et al., 2006; Valdez, Vargas & Apaza, 2010) se ha mencionado que los profesionales de la salud requieren de conocimientos bastos y específicos sobre el tema, mencionando que la mayoría no se siente capacitados para trabajar con los pacientes y presentan un temor constante a contagiarse, lo que se relaciona con estigma y discriminación fomentados en gran parte por la falta de conocimientos y las creencias negativas establecidas en la sociedad, de tal forma que esto pudiera relacionarse con la percepción de miedo que los estudiantes mencionaron.

En las creencias ante las personas con VIH en este estudio se encontró que los estudiantes de psicología utilizan palabras principalmente descriptivas, es decir, hacen referencia a las características que ellos consideran tiene una persona con VIH, mencionando que es una persona enferma, que es igual a cualquier otra, que es un paciente, vulnerable, con derechos, aunque existe un porcentaje que relaciona el estímulo con riesgo, esto lo han reportado autores como Infante et al. (2006) quienes mencionan además que la actitud del personal de salud ante los pacientes VIH no es tan favorable ya que, los clasifican como culpables y víctimas, presentando una actitud negativa ante los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales.

En el patrón de comportamiento sexual se observó que a diferencia de lo reportado por Campos y Fajardo (2000), Enríquez et al. (2005) y Uribe y Orcasitas (2009) quienes reportan una media de edad de inicio de la vida sexual de 16 años, la edad promedio de inicio de la vida sexual en los participantes de este estudio es de 19 años además de que la mayoría de los participantes si planearon su primera relación sexual, sin embargo, menos de la mitad utilizó condón en esa ocasión, en los estudios antes mencionados la mayoría de los participantes no planearon su primera relación sexual pero si utilizan preservativo.

Considerando la utilización del preservativo en la primera y última relación sexual y la frecuencia reportada de su uso se halló que de los 62 participantes sólo 11 reportaron siempre utilizar condón, mientras 13 estudiantes mencionaron nunca utilizarlo, ni en la primera relación sexual. Se observó que la mayoría de los psicólogos en formación no utilizan el preservativo de manera consistente, manteniendo prácticas sexuales de riesgo, lo que a algunos los ha llevado a tener alguna ITS y VIH, encontrando además que no hay una

coherencia entre la vida profesional y personal, lo que coincide con lo mencionado por Chamorro y Betanco (2017) y Uribe y Orcasitas (2011).

Por otra parte en las diferencias entre grupos considerando como variable de agrupación si utilizaron o no preservativo en su última relación sexual, de manera general se pueden observar más similitudes que diferencias entre los grupos ya que, el nivel de conocimientos no presenta diferencias estadísticamente significativas, al igual que las creencias ante el VIH y el trabajo a realizar con las personas portadoras del virus, además se encontró una relación significativa entre no usar preservativo y el número de palabras definidoras que son utilizadas para el estímulo “una persona con VIH es”, con esto se puede decir que no existen diferencias entre los estudiantes que usaron preservativo en su última relación sexual de aquellos que no lo utilizaron, lo que podría traducirse en que el que se utilice o no condón en la última relación sexual no es un elemento que influya en las variables conocimientos sobre VIH/SIDA y en las creencias sobre el uso del condón, hacia las personas portadoras del virus y ante el trabajo a realizar con ellas, esto puede deberse a que en términos generales tienen niveles aceptables de información.

En el patrón de comportamiento sexual se observó que hay una relación entre el método anticonceptivo utilizado en la primer relación sexual y el uso o no de preservativo en la última relación sexual, así como la frecuencia en las relaciones sexuales y el uso o no del condón en la última relación sexual, también se encontraron diferencias entre la frecuencia del uso del condón entre los grupos. Además de que el patrón de comportamiento sexual es bastante similar mostrando en ambos grupos conductas de riesgo como no usar preservativo en cada una de sus relaciones sexuales, incluso a pesar de tener o haber tenido alguna ITS.

Con estos resultados se puede decir que los estudiantes de psicología inscritos en el curso de Adherencia al tratamiento y Calidad de vida en personas con VIH presentan conocimientos adecuados sobre la infección, así como creencias a favor del uso del preservativo, sin embargo, se puede observar que su patrón de comportamiento sexual es de riesgo al no utilizar condón de manera consistente, a pesar de reportar utilizarlo en la última relación sexual, datos que de acuerdo con la literatura revisada (Chamorro & Betanco, 2017; Infante et al., 2006; Uribe & Orcasitas, 2011; Valdez, Vargas & Apaza, 2010) causan una incongruencia entre su vida personal y profesional ya que, al trabajar en la salud sexual se



pretende que la población con la que se trabaje presente un patrón de comportamiento sexual de protección, así como creencias favorables sobre el uso del condón y conocimientos adecuados.

## CONCLUSIONES

- **Conocimientos sobre VIH, ITS y uso del condón**

Los psicólogos son profesionales de la salud, por ende tienen una formación específica en esta área, y aunque obtuvieron buenos niveles de conocimientos, es fundamental que estén en constante actualización dado que tienen que deben de estar a la vanguardia con las nuevas aportaciones científicas ya que, tomando en cuenta la magnitud de la pandemia es muy probable que en algún momento brinden atención en sus distintos niveles a alguna persona. Un área de oportunidad para la muestra evaluada serían los conocimientos respecto a la transmisión del VIH, dado que es el área con menor porcentaje de respuestas correctas.

- **Creencias sobre el uso del condón**

De manera general nuestra muestra presentó creencias favorables, la creencia negativa identificada fue acerca del displacer sexual que ocasiona usar condón, por lo que sería importante que los psicólogos tomen en cuenta las múltiples opciones de condones como son: sensación de calor, extra lubricados, texturizados, ultrasensibles así como diferentes sabores y olores ya que, son opciones que pueden promover y de esta manera es probable que empleen el condón, dejando de lado esta creencia negativa.

- **Patrón de Comportamiento Sexual**

Se observó que los participantes presentan conductas de riesgo, principalmente al no utilizar condón en cada una de sus relaciones sexuales, lo que causa una incoherencia entre la vida personal y profesional, sobre todo al estar interesados en el trabajo de la salud sexual, particularmente en la temática del VIH y se se quiere fomentar una cultura de concientización y prevención ante las ITS y el VIH/SIDA.

- **Diferencias entre grupos**

Considerando el uso o no preservativo en la última relación sexual como variable de agrupación se encontraron mayores similitudes que diferencias, principalmente en los conocimientos y las creencias sobre el uso del condón ya que, en el grupo que usó condón también se encuentra presente la idea de que el usar preservativo causa displacer sexual y que el uso del mismo no es consistente, aunque sí frecuente, viendo que tiene relación el método anticonceptivo que se utiliza en la primer relación sexual y utilizar o no preservativo. De tal forma que como se ha demostrado en diferentes estudios el nivel de información, si bien es necesario, es tan sólo el primer paso para que las personas tengan un comportamiento preventivo, por lo que se sugiere la evaluación de sus habilidades, por un lado, respecto a lo que pueden hacer para protegerse en su vida sexual, y por otro lado, sobre cómo el trabajo profesional con personas con VIH.

- **Limitantes del estudio**

Dentro de las limitantes de este estudio se pueden encontrar el número de participantes, además de que aunque se centró el interés en los psicólogos en formación el rango de edad de los mismos es demasiado amplio lo que se puede considerar como limitante ya que, las creencias y comportamientos que presenta un adulto joven pueden ser muy variadas a las que presenta un adulto mayor.

En el patrón de comportamiento sexual se considera limitante el no considerar la frecuencia del uso del condón en cada tipo de práctica sexual ya que, no se puede saber si las frecuencias reportadas del uso del condón son en todas las prácticas sexuales o solo en algunas, al tener este dato se podría identificar si los participantes que mencionan no usar siempre el condón, lo utilizan solamente en alguna práctica sexual.

## **Sugerencias**

A partir de las redes semánticas obtenidas en el estudio, en un segundo momento, es conveniente construir un instrumento con la intención de obtener indicadores de las creencias presentes en los psicólogos sobre el VIH y las personas portadoras del virus para tener indicadores de esa percepción.

Respecto al patrón de comportamiento sexual, si bien los psicólogos interesados en el trabajo con personas diagnosticadas con VIH atenderán problemas de salud en nivel secundario y terciario es necesario que presenten una congruencia entre lo personal y lo profesional, por lo que deben presentar conductas sexuales seguras. Además de mantener una actualización y capacitación constante en los conocimientos y el trabajo a realizar con los pacientes, por ello se propone el desarrollo de talleres con la finalidad de que los psicólogos obtengan mayores conocimientos, mejores actitudes, creencias favorables y que invite al autoreconocimiento de las conductas sexuales para crear una coherencia entre lo que se hace de manera personal y profesional.

Por último, también es conveniente evaluar las habilidades que un psicólogo debe tener frente al trabajo de personas con VIH, de tal forma que se pueda evaluar lo que hacen y no sólo lo que saben de cómo hacerlo.

## REFERENCIAS

- Abril, E, Román, R., Cubillas, M. J. & Domínguez, S. (2018). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 25(3), 1-12.
- Ahumada, M., Escalante, E. & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 55-70.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Alonzo, E. & Gomes, E. (2018). Conocimiento sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales en adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo; Facultad de Enfermería.
- Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4). 266-272.
- Alviz, E. y Becerra R. (2016). Conocimiento y Percepción de Riesgo de infecciones de transmisión sexual en Adolescentes - Guadalupe. [Tesis de Licenciatura]. Trujillo - Perú: Biblioteca Facultad de Enfermería; Universidad Nacional de Trujillo.
- Amigo, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide
- Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista colombiana de Psicología*, (15), 91-101.
- Antela, A. (2004). Orientación y educación para la salud. En *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C: OPS, 25-30.
- Araújo, L. F. (2014). El origen del sida después de tres décadas desde sus primeros diagnósticos. *Psicología & Sociedad*, 26(1), 248-249.
- Arias de la Torre, I., Cordoví, L., & Maceo, A. (2015). Nivel de conocimiento sobre VIH/sida en estudiantes de Medicina Integral Comunitaria. *Revista Médica MULTIMED*, 19(1), 123-137.

- Arrasco, J. y Gonzales J. (2012). Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - Agosto 2012. [Tesis de Licenciatura]. Tarapoto - Perú: Creative Commons Atribución.
- Ballester, R., Gil, M., Giménez, C., & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 181-191.
- Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 151-175.
- Bárcena, S., Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 956-968.
- Barrón, R., Adalberto, J., Cham, P., Gonzalo, A. & Huerta, J. (2000) Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/sida. Factores relacionados. *Revista Médica IMSS*, 38(3), 203-209.
- Bayés, R. (1994). SIDA y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47(2), 125-127.
- Boza, R. (2016). Orígenes del VIH/sida. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 6(4), 48-60.
- Bravo, M. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L., Reynoso y A., Becerra (Coordinadores). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 43-64). México; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bunge, M. (2001). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Cahuachi, R., Flores, R. & Rengifo, J. (2010). Nivel de conocimientos sobre prevención del VIH/SIDA y Actitudes en estudiantes de las Facultades de Ciencias de la Salud, UNAP-2010. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de Perú.
- Calderón, M. (2017). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes infectados con VIH. [Tesis de Licenciatura]. Universidad del Azuay.

- Camacho, D. & Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana. *Hacia promoción de la salud*, 19(1), 54-67.
- Carballo, S. (2017). Conductas sexuales de riesgo y Creencias en salud en jóvenes universitarios. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de la Laguna.
- Casadiego W. (2014). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes. [Tesis de Maestría]. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Castro L. (2014). Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia, Catacaos, 2014 [Tesis de Licenciatura]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote
- Castro-Vázquez, G. (2000). Masculinity and condom use among Mexican teenagers: The Escuela Nacional Preparatoria No. 1's case. *Gender and Education*, 12 (4), 479-492.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida ([CENSIDA], 2019). ¿Qué es la Profilaxis Pre Exposición (PrEP). Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/articulos/que-es-le-profilaxis-pre-exposicion-prep>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA ([CENSIDA], 2019). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 11 de noviembre del 2019*.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA ([CENSIDA], 2018). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do. trimestre del 2018*.
- Cervantes, G. (2005). Biología molecular de las proteínas accesorias del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1). *Salud Uninorte*, (21), 55-65.
- Chamorro, L., & Betanco, N. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Chan, M. (2004). Tendencias en el diseño educativo para entornos de aprendizaje digitales. *Revista Digital Universitaria*, 5(10), 1-26.
- Cheverri, M., & Monge, L. M.(2008). Programa educativo de enfermería dirigido a estudiantes universitarios para la vivencia de una sexualidad integral. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (14), 1-12.

- Cisneros (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas ante el VIH y SIDA en jóvenes universitarios de 5° año de la Facultad de Ciencias. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Junio-julio 2007. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Clavo, L. (2018). Conocimientos, actitudes susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención del VIH en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey 16006 fila alta Cajamarca Perú 2017. [Tesis de Licenciatura] Universidad Nacional de Cajamarca.
- Coordinadora Estatal de de VIH y SIDA (CESIDA) y Compañía Farmacéutica de Johnson y Johnson (JANSSEN), (2017). *INFOSIDA: ¿Qué es el VIH?*. Recuperado de <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>.
- Dávila, M., Piña, J. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH: un análisis en función del sexo. *La psicología social en México*, 12, 61-66.
- De Dios Moccia, A., & Medina, R. (2006). Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan: Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. *Revista Médica del Uruguay*, 22(3), 185-190.
- Del Castillo, A., Mayorga, L., Guzmán, R., Escorza, F., Gutiérrez, I., Hernández, M. & Juárez, E. (2012). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista Científica de Psicología*, 0(13), 28-55.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de Norteamérica. (2018). *INFOSIDA: Las fases por la infección de VIH*. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Díaz, E. (2014). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014 [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Díaz, E., Cantillo, L., García, K., Martínez, L., Vega, J. (2014). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena - Colombia, 2011. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 19(2), 38-52.

- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH-SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 35(2), 25-39.
- Echevarría, J., López de Castilla, D., Iglesias, D., Seas, C., González, E., Maldonado, F., Maguiña, C., Verdonck, K. & Gotuzzo, E. (2007). Efecto de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes enrolados en un Hospital Público en Lima-Perú. *Revista Médica Herediana*, 18(4), 184-191.
- Enríquez, D., Sánchez, R. y Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
- Escudero, K. (2016). Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA y Uso del Condón en escolares varones de Quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública San Juan, 2015. [Tesis de Licenciatura]. Trujillo - Perú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Espada, J., Quiles, M. J. & Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 29-36.
- Fernández, B., Colunga, C., González, M., Aranada, M. I., Riego, N. A., Sánchez, A., Enríquez, C. & Balderrama, J. (2013). Nivel de conocimientos sobre sexualidad en estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. *Revista en línea Salud*, 9(17), 12-18.
- Fernández Donaire, L., Fernández Narváez, P., & Tomás-Sábado, J. (2006). Modificación de actitudes ante el SIDA en estudiantes de enfermería: Resultados de una experiencia pedagógica. *Educación médica*, 9(2), 84-90.
- Flores, D., Ríos, R., y Vargas, M. (2015). Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015. [Tesis de Licenciatura]. Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- Foreman, M., Lyra, P. & Breinbauer, C. (2003). Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud
- García, M. (2005) Educación y prevención del sida. *Anales de Psicología*, (21), 50-57.



- Gascóns, M. P. (2003). Las enfermeras al cuidado de todos. Contra el estigma del sida. *Nursing*, 21(5), 6-7.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L., & Otalvaro, M. (marzo, 2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. A., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45, 632-640.
- Godoy, A. M. (2004). Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. *Nure Investigación*, 1(6), 1-6.
- Gómez, N., Medina S., & Bracamontes, C. (2018). Conocimiento y actitud de pasantes de Odontología hacia pacientes portadores de VIH/SIDA, 2015. *Contexto Odontológico*, 7(13), 16-25.
- González, J. C. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de salud pública*, 11, 14-26.
- Grau, J., & Hernández, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. E. Hernández, & J. Grau (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 33-84.
- Guerrero, L. C., Ramos, R. B., Alcolado, A. A., López, M. D., Pons, J. L. L., & Quesada, M. S. (2008). Multidisciplinary intervention program for caregivers of patients in a home care program. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 457-460.
- Guerrero, MD., Guerrero, M. G., García-Jiménez, E., & Moreno, A. (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Pediatría Atención Primaria*, 10(39), 49-58.
- Hernández, D., & Pérez, J. (2010). Causas de cambio de tratamiento en un grupo de pacientes VIH/SIDA cubanos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 29(2), 223-230.
- Hernández-Gómez, A., Rodríguez-Ríos, T., Duran-Badillo, T., Vázquez-Galindo, L., Gutiérrez-Sánchez, G., & Gracia-Castillo, G. (2013). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 21(2), 85-90.

- Infante, C., Zarco, A., Magali-Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150.
- Joyce-Moniz, L. y Barros, L. (2007). Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. México: Manual Moderno.
- Lamotte, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*, 18(7), 993-1013.
- Macías, C., Isalgué, I., De las Mercedes, N. & Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660-670.
- Mantilla, C. J, J. (2006). Actitudes del paciente con VIH/SIDA hacia su seropositividad en el Hospital Maria Auxiliadora 2005. Universidad Mayor de San Marcos [Tesis de Maestría] Lima, Perú.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281.
- Martín, V., Ortega, L., Pérez, M., Mostaza, J.L., Ortiz de Urbina, J.J., Rodríguez, M., ... Alcoba, M. (2002). Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 20(10), 491-497.
- Martínez, A., Villaseñor, M. & Celis, A. (2002). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica IMSS*. 40(1). 35-41.
- Matute-Salazar, N.I. (2016). Factores Predictores de la Adherencia No Adecuada al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes que viven con VIH/SIDA. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- Mazo-Vélez, Y., Domínguez-Domínguez, L., & Cardona-Arias, J. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. *Revista Médicas UIS*, 27(3), 35-45.
- Meza-León, J. N., Conislla-Monterola, J. A., Huaranca-Gavilán, M. L., & Soto-Meneses, K. D. (2017). Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en estudiantes de ciencias de la salud de ICA 2017. *Revista Médica Panacea*, 6(3).
- Moral de la Rubia, J. (2007). Conducta sexual y uso de preservativo en estudiantes universitarios. *Medicina Universitaria*, 9(37), 173-180.

- Mota, V., Tello, G., & Rivas, L. (2010). Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 54-63
- Navarro, M. & López A. (2012). Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio - Setiembre 2012 [Tesis de Licenciatura]. Morales: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
- Noguera, M. & Pérez, B. (2014). Importancia de la Medicina Conductual en el abordaje psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA. En L., Reynoso y A., Becerra (Coordinadores). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 43-64). México; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Núñez, R. M., Hernández, B., García, C., González, D., & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45(S1), 92-102.
- Olvera, J., & Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 149-158.
- Onusida. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008 [consultado 15 de noviembre de 2019]. En: <http://www.unaids.org>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Manual para el trabajo de equipos de salud de establecimientos de atención primaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V., Sánchez, M., & Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 1-14.
- Peñarrieta, M., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A., Gonzales, N., Flores, F., & Del Angel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-337.

- Peralta, J. E. (2019). Actitudes y conocimientos sobre VIH/SIDA en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital belén de trujillo 2019 [Tesis de Licenciatura]. Perú; Universidad Privada de Antenor Orrego.
- Pérez, C., & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340.
- Pérez, E., Soler, M., Hung, Y. & Rondón, M. (2016). Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(2), 177-187.
- Pérez, L. (2018), Conocimientos sobre VIH/SIDA y conducta sexual en el estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Del Santa. [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Del Santa.
- Piña, J., Corrales, A., Mungaray, K. & Valencia, M. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Plascencia, J. C., Chan, E. & Salcedo, J. M. (2019). Variables Psicosociales Predictoras De La No Adherencia A Los Antirretrovirales En Personas Con Vih-sida. *CES Psicología*, 12(3), 67-79.
- Ponce, S. & Lazcano, A. (2009). *La evolución del SIDA: una suma de epidemias*. En José, C., Samuel, P. y José, V. 25 Años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ([ONUSIDA], 2017). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ([ONUSIDA], 2017). *ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH DE 2017*. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
- Rabkin J. & Ferrando, S. (1997). A second life agenda. Psychiatric research issues raised by protease inhibitor treatments for people living with the human immunodeficiency virus or the acquired immunodeficiency syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1049-1053.

- Real-Cotto, J., González-Fernández, J., Irrazabal, A. Ramírez, J., Roby-Arias, A. & Hernández, M. (2017). Conocimiento sobre el VIH/SIDA en estudiantes de Odontología de la Universidad de Guayaquil. *EDUMECENTRO*, 9(4), 6-18.
- Reyes, G. (2011). El tratamiento antirretroviral. En *30 años del VIH-SIDA: perspectivas desde México*. México: Fundación México Vivo.
- Ribes, E. (2011). *Psicología y Salud: un Análisis Funcional*. México: Trillas.
- Rivas, P., Holguín, Á., Ramírez de Arellano, E., Muñoz-Almagro, C., Delgado, R., Ortiz de Lejarazu, R. & Soriano, V. (2006). Tratamiento antirretroviral según tipos y subtipos del virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 24( 2), 29-33.
- Rivas, E., Rivas, A., Barría, P., Mauricio, R., & Sepúlveda, C. (2009). Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de enfermería de las universidades de La Frontera y Austral de Chile. Temuco-Valdivia. Chile, 2004. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 109-119.
- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual (EESS). *México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala*.
- Robles, S. & Díaz-Loving (2011). Creencias sobre el uso del condón. En Validación de la encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS) (pp. 41-62). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral o anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-2004.
- Rodas, M. (2019). Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y actitudes hacia las conductas sexuales de riesgo de estudiantes de enfermería de una universidad pública, 2018. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rodríguez, L. (2019). Percepción y actitudes del alumnado de trabajo social mexicano hacia el VIH. En Christina, P. & Ana Maria, F. *Tendências e tecnologias na promoção da saúde nos espaços educacionais*. Brasil: EdUECE.
- Sanchez V. (2011). Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/SIDA de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú, 2010. *In Crescendo*, 161

- Sánchez, R., & Robles, S. (2014). Apoyo, supervisión y comunicación con padres y su relación con el comportamiento sexual de jóvenes en conflicto con la ley. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1398-1411.
- Santa Cruz, C. M. (2017). Actitud del cirujano dentista frente a los pacientes portadores de VIH/sida en la ciudad de Chiclayo, 2017. [Tesis de Licenciatura].
- Sapag, J. C., Lange, I., Campos, S., & Piette, J. D. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27, 1-9.
- Schwartz, G.E., y Weiss, J.M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 6, 187-198.
- Solano, N. & Sigüenza, C. (2017). Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en el personal de salud del hospital Vicente Corral Moscoso. 2016. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Cuenca.
- Solis N. (2014). Conocimiento y Actitudes Sexuales en Adolescentes del Distrito de Chimbote. *Revista IN CRESCENDO*, 1(2), 437- 445.
- Teva, I., Bermúdez, M., Ramiro, M. T., & Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. *Revista médica de Chile*, 140(1), 50-58.
- Toledo E. (2007). Conocimiento de los adolescentes sobre VIH/SIDA en México. México: Universidad Veracruzana; 2007.
- Tomás, J., & Aradilla, A. (2003). Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería:¿Cuál es el papel de la formación académica?. *Educación médica*, 6(2), 31-36.
- Trejo-Ortiz, P., Moreno-Chávez, P., Macías-Aguilar, M., Valdez-Esparza, G., Mollinedo Montaña, F., Lugo, L. & Araujo, R. (2011). Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 273-280.
- Uribe A. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/sida en adolescentes colombianos. [Tesis doctoral]. (2005). Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

- Uribe, A. & Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 0(27), 1-31.
- Uribe, A. & Orcasita, L. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Avances en enfermería*, 29(2), 271-284.
- Uribe, A., Valderrama, L., Sanabria, A., Orcasita, L., & Vergara, T. (2010). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 5(12).
- Valdez, E., Vargas, A., & Apaza, M. (2010). Conocimientos, Actitudes Y Prácticas del personal de salud sobre el VIH/SIDA de COCHABAMBA, estudio comparado, 12 años después. *Revista Médica (Cochabamba)*, 21, 53-63.
- Varela-Arévalo, M. T., & Hoyos-Hernández, P. A. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de salud pública*, 17, 528-540.
- Varela, M., Gómez, O., Mueses, H., Galindo, J., & Tello, I. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Salud Uninorte*, 29(1), 83-95.
- Varela, M., Salazar, I. & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de psicología*, 11(2), 101-113.
- Varela, M., Salazar, I., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J. & Salazar, Á. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario.
- Vega, O.M., & González, D.S. (junio, 2009). Social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería Global*, (16).
- Velasco, A. & Lazcano, A. (2009). *Origen y evolución del VIH*. En José, C., Samuel, P. y José, V. 25 Años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vilató, L., Martín, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4). 620-630.

- Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Martín, A., & Santos-Preciado, J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *salud pública de méxico*, 45(S1), 73-80.
- Zárate, K. M. (2017). Actitud de los estudiantes de enfermería hacia el paciente con VIH/SIDA según el año de estudio en una universidad privada de Lima Este, 2016. [Tesis de Licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Union.



# APÉNDICE

## **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

A continuación se te preguntan algunos datos generales, por favor respóndelos.

1. ¿Cuál es tu género?

**(1) Femenino    (2) Masculino**

2. ¿Cuál es tu edad? \_\_\_\_\_

3. Semestre en el que te encuentras inscrito

**(1) 1°    (2) 2°    (3) 3°    (4) 4°    (5) 5°    (6) 6°    (7) 7°    (8) 8°    (9) 9°    (0) No aplica**

4. Modalidad en la que cursas la carrera

**(1) Presencial    (2) En línea SUAyED    (3) Mixto    (4) No aplica**

5. ¿Cuál es tu estado civil?

**(1) Soltero    (2) Casado    (3) Unión libre    (4) Otro**

## CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA E ITS

### VIH/SIDA/ITS

A continuación, se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos y el uso del condón. Selecciona la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación selecciona la opción de respuesta No sé.

CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO4	Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>

CO10	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO11	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO12	Los lubricantes a base de aceite sólo pueden usarse con los condones de látex.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO13	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO14	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO15	Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO16	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO17	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>
CO18	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>No sé</b>

## CREENCIAS SOBRE EL USO DEL CONDÓN

A continuación, se presentan afirmaciones que se refieren a tus creencias sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales. Selecciona qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

**TD(1)=Totalmente en Desacuerdo D(2)=Desacuerdo I(3)=Indeciso**

**A(4)=Acuerdo TA(5)=Totalmente de Acuerdo**

1. El hecho de que siempre uses condón cuando tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** (*compañero/a con el cual existe un vínculo afectivo y con quien llevas un determinado tiempo de convivir como pareja, ejemplo: novio/a*)...

		<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>I</b>	<b>A</b>	<b>T A</b>
CRUC 1	Disminuye el placer sexual	1	2	3	4	5
CRUC 2	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	1	2	3	4	5
CRUC 3	Protege a tu pareja contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 4	Podría hacer que te preocupes menos	1	2	3	4	5
CRUC 5	Serías una persona responsable	1	2	3	4	5
CRUC 6	Te protege de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 7	Podría ser muy problemático	1	2	3	4	5
CRUC 8	Te protege contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 9	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	1	2	3	4	5
CRUC 10	Podría hacer que tu pareja se enoje	1	2	3	4	5
CRUC 11	Protege a tu pareja de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 12	Podría hacer que te sintieras más limpio	1	2	3	4	5

## REDES SEMÁNTICAS

A continuación se presentarán una serie de palabras o frases en MAYÚSCULAS. Te pedimos que escribas 5 palabras independientes entre sí, que consideres se asocien con la palabra o frase. Puedes utilizar verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos u otros. Es muy importante solo usar palabras, procura no usar artículos ni preposiciones.

Una vez que termines la lista, enuméralas colocándolas en orden de importancia de acuerdo a lo que tu consideres que tiene, donde 1 corresponde a la más importante y 5 a la menos importante.

Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas, por lo que deberás responder de acuerdo a lo que tu consideres relevante. No pases a la siguiente sección sin haber terminado la numeración.

EJEMPLO:

### MANZANA

Paso 1. Escribe 5 palabras relacionadas con **MANZANA**

palabra 1    roja  
palabra 2    fruta  
palabra 3    árbol  
palabra 4    rica  
palabra 5    comida

Paso 2. Una vez que terminaste de poner las palabras, las deberás enumera en orden de importancia y entre paréntesis

### MANZANA

palabra 1    roja (4)  
palabra 2    fruta (1)  
palabra 3    árbol (3)  
palabra 4    rica (5)

palabra 5    comida (2)

Una vez que termines continúa con la siguiente pregunta

## **EL VIH Y YO**

palabra 1 \_\_\_\_\_

palabra 2 \_\_\_\_\_

palabra 3 \_\_\_\_\_

palabra 4 \_\_\_\_\_

palabra 5 \_\_\_\_\_

## **TRABAJAR CON PERSONAS CON VIH**

palabra 1 \_\_\_\_\_

palabra 2 \_\_\_\_\_

palabra 3 \_\_\_\_\_

palabra 4 \_\_\_\_\_

palabra 5 \_\_\_\_\_

## **QUÉ SE NECESITA PARA TRABAJAR CON PERSONAS CON VIH**

palabra 1 \_\_\_\_\_

palabra 2 \_\_\_\_\_

palabra 3 \_\_\_\_\_

palabra 4 \_\_\_\_\_

palabra 5 \_\_\_\_\_

## **UNA PERSONA CON VIH ES**

palabra 1 \_\_\_\_\_

palabra 2 \_\_\_\_\_

palabra 3 \_\_\_\_\_

palabra 4 \_\_\_\_\_

palabra 5 \_\_\_\_\_

## **PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL**

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre diferentes aspectos de tu sexualidad; por favor contesta lo que se te solicita; y en las preguntas, selecciona la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)?

**(1) Sí                    (2) No**

PS2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

**A los \_\_\_\_\_ años.**

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:

**(1) La persona que era tu novio(a)                    (4) Una persona desconocida**  
**(2) Un Amigo(a)    (5) Una persona Trabajadora del sexo**  
**(3) Un Familiar    (6) Ninguna de las anteriores**

PS4. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?

**(1) Sí                    (2) No**

PS5. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?

**(1) Sí                    (2) No**

PS6. Selecciona el método que utilizaste en tu primera relación sexual

**(1) Ninguno    (2) Condón masculino**  
**(3) Condón femenino    (4) Pastillas anticonceptivas**  
**(5) Pastillas del día siguiente/emergencia**

PS7. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:

**(1) Vaginales                    (2) Anales                    (3) Orales**  
**(4) Vaginales y anales                    (5) Vaginales y orales                    (6) Anales y orales**



**(7) Vaginales, anales y orales**

PS8. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

- (1) Poco (dos veces al año o menos)**
- (2) Algo (cada dos o tres meses)**
- (3) Medianamente frecuente (cada mes)**
- (4) Frecuentemente (cada semana o cada quince días)**
- (5) Muy frecuentemente (cada dos o tres días o diario)**

PS9. ¿Con qué frecuencia usas condón cuando tienes relaciones sexuales?

- (1) Nunca**
- (2) Algunas veces**
- (3) Siempre**

PS10. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?

- (1) Sí**
- (2) No**

PS11. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como “muchas” o “pocas” y escribe el número que realmente has tenido) \_\_\_\_\_ **veces.**

PS12. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- (1) Sí**
- (2) No**
- (3) No sé**

PS12.1 ¿Qué infección de Transmisión Sexual has tenido?

\_\_\_\_\_

PS13. ¿Con qué frecuencia has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- (1) Nunca**
- (2) Ocasionalmente**
- (3) Frecuentemente**
- (4) Muy frecuentemente**