



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN
PSICOLOGÍA**

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS
NECESARIOS PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:

GRADO DE ESPECIALISTA

EN:

PRMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

PRESENTA:

KARLA KARINA GÓMEZ PLATA



TUTOR- DIRECTOR DE TESIS
DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS

JURADO
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO
DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ PÉREZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mi madre:

Con orgullo, respeto, alegría y gran satisfacción me enorgullece compartir un paso más de mi recorrido por la vida profesional, en compañía de la mujer trabajadora, inteligente, responsable y prudente que me dio la vida. Tengo y debo agradecer tanto que no sustituirían estas pocas palabras.

A mi Directora de tesis:

Agradezco los conocimientos y estrategias compartidas para complementar y fortalecer mis aprendizajes obtenidos a lo largo de este tiempo.

A mis Lectores:

Con respeto y cariño agradezco el tiempo que se tomaron para leer los párrafos conformados de esta investigación al igual que los aprendizajes, herramientas y teorías que han complementado mi vida profesional y actualmente puedo compartir conocimientos de alto impacto.

A mi Amiga:

Con cariño, emoción y respeto doy gracias a mi cómplice en el recorrido de esta etapa, mujer emblemática, responsable e inteligente que en los momentos de desesperación calmo mis impulsos y momentos de locura. Gracias por permanecer mi apreciada amiga Linda.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción	5
Capítulo 1 Conocimiento sobre el VIH/SIDA	7
1.1 Definición	7
1.2 Panorama epidemiológico	8
1.3 Importancia sobre los conocimientos del VIH/SIDA	9
1.4. Factores de riesgo que influyen en el VIH.....	14
1.5 Tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA	15
Capítulo 2 Educación para la salud	17
2.1 Conductas de autocuidado.....	18
2.2 Alimentación	20
2.3 Actividad física.....	23
2.4 Ingesta de medicamentos	25
2.5 Conductas sexuales saludables	28
2.6 Terapia cognitivo conductual	31
2.7 Estudios psicológicos sobre intervenciones psicoeducativas dirigidas a personas con VIH...	33
Capítulo 3. Método	35
Planteamiento del Problema	36
Justificación	36
Objetivo	37
3. 1 Estudio I. Análisis psicométrico del instrumento sobre conocimientos básicos necesarios sobre VIH-SIDA	38
3.2 Estudio II. Estudio epidemiológico de casos y controles.....	46
3.3 Estudio III. Intervención psicoeducativa	60
Capítulo 4. Discusión	77
Limitaciones	78
Sugerencias	79
Referencias.....	80
Anexo 1.....	84
Anexo 2.....	85
Anexo 3.....	89

Resumen

El VIH es una infección de transmisión sexual que si bien, no es atendida y medicada a tiempo puede agravar y llegar a la última fase de la enfermedad que es el SIDA, por lo que este estudio abarca tres fases: en la primera, se desarrolló y validó mediante juicio, un instrumento sobre factores de riesgo sobre el VIH, así como de conocimientos sobre el virus y la enfermedad que ocasiona. Posteriormente, en la segunda fase, se desarrolló un estudio epidemiológico de casos y controles para identificar factores de riesgo asociados con la adquisición del VIH. En la tercera fase, se realizó una intervención psicoeducativa de una sesión intensiva a derechohabientes hospitalarios en el tercer nivel de atención en una institución pública en la CDMX, con la finalidad de incrementar los conocimientos y estrategias de autocuidado en personas que viven con VIH.

Palabras clave: VIH, teoría cognitivo conductual, intervención psicoeducativa.

Introducción

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), en su informe correspondiente al mes de julio de 2018 determina que las personas que vivan con el VIH en 2017 en todo el mundo son aproximadamente 36,9 millones de personas. Personas que tenían acceso al tratamiento antirretroviral en 2017 fueron 21,7 millones.

En el caso de las mujeres de acuerdo a ONUSIDA menciona que *“cada semana alrededor de 7,000 mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad contraen la infección por el VIH”* (ONUSIDA 2018). Estadísticas en grupos de población clave, el 47% de las infecciones nuevas por el VIH a nivel mundial, en un mayor porcentaje se refleja en Europa Oriental y Asia Central, y el Oriente Medio y África Septentrional.

La inversión para hacer frente a la infección de transmisión sexual como es el caso del VIH se destinó 21,300 millones de dólares para atender los casos de sida en países de ingresos bajos y medianos en el 2017. Dato relevante para el año 2020 ONUSIDA estima que necesitara 26,200 millones de dólares para hacer frente a la respuesta al sida.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) de acuerdo a sus estadísticas a través de la Dirección General de Epidemiología al segundo trimestre del 2018, el total de casos notificados de sida 79,223, VIH 76,053. Casos nuevos diagnosticados de sida en 2018, fueron 2,644 y VIH 4,183 (CENSIDA 2018). Referente a los estados con mayor tasa por 100,000 habitantes de casos nuevos diagnosticados en sida es Campeche 9.9% enseguida Quintana Roo con 6.7% y de VIH es Campeche con 11% y Quintana Roo con 8%.

De acuerdo a las estadísticas antes mencionadas a nivel general hay una disminución de casos diagnosticados y registrados de VIH y sida, es una infección a pesar de su trayectoria y debería estar cien por ciento controlada en todos los países del mundo, no dejando de lado la prevención en los diferentes grupos etarios de la sociedad y a su vez informar y reeducar a la población clave y general.

Estrategias implementadas en los diferentes países que han sido significativas para la población que vive con VIH es la psicología enfocada en la teoría cognitivo conductual (Soto, et al., 1997) en su estudio el modelo de creencias de salud, enfoque teórico para la prevención del sida generar cambios significativos a través de la educación, apoyando y guiando a la población a un cambio voluntario a largo plazo y prevenir el VIH.

En el campo de la psicología existen estrategias y herramientas que bien pueden ser ocupadas para el control de diversas enfermedades para el caso del VIH se ha estudiado que la teoría cognitivo conductual ha funcionado para identificar y aprender a saber controlar los diferentes factores que están inmersos en las vidas de las personas que viven con VIH. En un estudio con el nombre de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en 2015, sus personas a estudiar identificaron diferentes factores que son incluidos en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, a su vez aplicación de instrumentos para la mejora de su calidad de vida, se elabora un plan psicoterapéutico para incrementar estrategias de afrontamiento activas para mejorar la calidad de vida mediante técnicas cognitivo conductuales. Otra importante investigación Titulado adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH que consumen alcohol y que

asisten al Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña durante el 2011, realizaron la investigación para determinar recursos personales que contribuyan a la adherencia al tratamiento antirretroviral, analizaron a seis pacientes que como resultados obtienen cuya salud es alterada por los inadecuados estilos de vida de los participantes. Al realizar intervención cognitiva conductual marcan la integración de los componentes necesarios para un sistema completo que ratifica la integración entre la conducta, cogniciones y el contexto de las personas. De acuerdo a la gran cantidad de investigaciones que se han contribuido y fortalecido la efectividad de la teoría cognitivo conductual podría hacer referencia de diferentes artículos. Es por ello que en la presente investigación se retoma de manera significativa la teoría.

Retomando de otro lado una parte psicométrica para la evaluación de una encuesta, considerando parte fundamental para realizar investigación de calidad, en seguida usando parte de metodología y la realización de estudio epidemiológico.

Capítulo 1 Conocimiento sobre el VIH/SIDA

"Una revitalización de la atención primaria de la salud, es la mejor manera y la más accesible para mejorar la salud ante la complejidad actual" M. Chan.

1.1 Definición

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un miembro de la familia de virus conocida como Retroviridae (retrovirus), clasificado en la subfamilia de los

Lentivirinae (lentivirus), (Corral, 2000). Es el virus causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), (Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas CIENI, 2011). El VIH es un virus envuelto en un genoma de Ácido ribonucleico (ARN) de cadena sencilla positiva, que tiene la capacidad de transcribir su genoma al Ácido desoxirribonucleico (ADN) en la célula hospedera mediante una enzima llamada transcriptasa inversa, (CENSIDA, 2008). La transcriptasa inversa es una enzima que convierte el ARN en ADN y permite que el virus se integre al material genético de las células infectadas.

1.2 Panorama epidemiológico

De acuerdo con las estadísticas en América Latina los países con nuevos contagios de VIH son Argentina (7.8% casos al año), Paraguay (4.9% nuevos casos al año), Bolivia (4.8%), Colombia (4.6%) y Ecuador (3.9%). (Diario Oficial, 2016) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021, se ha determinado que las muertes por causas relacionadas con el VIH han disminuido, por ejemplo, en el año 2005, se cuantificó una cifra estimada de 1.1 millones (intervalo de 940 000 a 1.3 millones) en 2015, lo cual representa el 43% menos que en el año 2003, cuando se fijaron por vez primera las metas terapéuticas nuevas infecciones por el VIH en 2015 fue de 2.1 millones (intervalo de 1.8 a 2.4 millones). En el 2014 de los 37 millones de personas que vivían con el VIH en todo el mundo, 17 millones desconocían su estado serológico y 22 millones no tenían acceso al tratamiento antirretroviral.

De acuerdo con CENSIDA para el primer trimestre del 2017 en México, notifica (1983-2017) (CENSIDAD, 2017), 189,418 casos de Sida, casos nuevos diagnosticados de VIH y sida notificados en 2017 aproximadamente con un total de

1883, para sida son 844 y VIH 1039. Haciendo hincapié en diferentes estados de la República Mexicana con mayor prevalencia de casos de VIH y SIDA.

A continuación se presenta la siguiente tabla donde se describen los diferentes estados de la República Mexicana con la tasa mayor de los casos nuevos diagnosticados con VIH, de acuerdo a CENSIDA (CENSIDA, 2017)

Tabla 1

Estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de sida en 2017. Tasa por 100,000 habitantes.

SIDA	VIH
Campeche 3.3	Campeche 4.6
Colima 2.3	Yucatán 2.9
Guerrero 2.2	Puebla 1.6
Morelos 2.0	San Luis Potosí 1.6
Nayarit 2.0	Oaxaca 1.5

Fuente: elaboración propia, información CENSIDA, Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 1 er. Trimestre del 2017.

1.3 Importancia sobre los conocimientos del VIH/SIDA

Diferencia entre VIH y Sida

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término que se utiliza cuando el VIH es más avanzado y ha debilitado el sistema inmune. Se considera que una persona con VIH tiene SIDA cuando empieza a desarrollar ciertas infecciones y enfermedades porque su sistema inmunológico está debilitado. Las

enfermedades oportunistas incluyen las siguientes: sarcoma de Kaposi, candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar, ciertos tipos de linfomas, tuberculosis pulmonar e infección por micro bacterias, entre otras. También se define SIDA cuando el sujeto presenta niveles de CD4 menores de 250 por mm³, incluso en ausencia de infecciones oportunistas.

Vías de transmisión

El VIH se transmite por tres vías: sexual, parenteral y vertical/perinatal y a través de cinco principales fluidos (líquido pre eyaculatorio, líquido seminal [semen], fluidos vaginales, leche materna y sangre). En México, la principal vía de transmisión es la sexual, ya que entre los años 1984 al 2014, el Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2014) reportó que 94.2% de los casos de SIDA registrados (112,962 de 169,446) y 97% de los casos de VIH (47,083 de 49,428) fueron de transmisión sexual (CENSIDA, 2014).

Existen principalmente tres vías de transmisión del VIH:

- Transmisión sexual es decir que se transmite por tener contacto con fluidos corporales
- Transmisión sanguínea compartir jeringuillas contaminadas o bien compartirlas
- Transmisión perinatal de mujer embarazada a su bebe

¿Cómo se diagnostica el VIH?

La infección por VIH se diagnostica mediante el uso de técnicas de laboratorio mediante las cuales se identifican partes del virus o las defensas creadas en contra del virus. Cuando el virus ingresa al organismo se desencadena una serie de

procesos que culminan en la formación de “defensas” en contra del VIH denominadas anticuerpos. La prueba ELISA, llamada así por sus siglas en inglés *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* (traducido al español Ensayo por Inmunoabsorción ligado a enzimas), es una técnica de laboratorio que detecta las defensas o anticuerpos que fueron formados en contra del VIH. La formación de estos anticuerpos no es inmediata, puede tardar hasta tres meses en ser identificada por las pruebas diagnósticas (ELISA).

La mayoría de las personas infectadas desarrollan anticuerpos dentro de las primeras ocho semanas post-exposición, el 97% obtiene resultado de ELISA positivo en un lapso de tres meses y el 100% a los seis meses post-exposición. A este período de tiempo, en el que las defensas son generadas e identificadas por las prueba de ELISA, se le conoce como período de ventana. Por lo tanto, una prueba de ELISA negativa refleja que al momento de realizarse el individuo no tenía anticuerpos o defensas circulantes contra el VIH, lo que puede traducirse en que el sujeto es negativo al VIH o que se encuentra en el período de ventana antes señalado. Una prueba de ELISA positiva o reactiva se traduce en que el sujeto posee circulando en su sangre anticuerpos (defensas) en contra del VIH ya que se ha expuesto al VIH. Debido a la posibilidad de la presencia de resultados falsamente positivos (es decir que una persona tenga un resultado positivo en la prueba de ELISA sin realmente estar infectado con el VIH), es necesario confirmar todo resultado positivo por métodos orientados ahora a la búsqueda intencionada del virus del VIH en la sangre circulante. La prueba de Western Blot se realiza para confirmar un resultado positivo obtenido en el ELISA; esta prueba de laboratorio

permite detectar anticuerpos y fracciones del virus en la circulante en sangre principalmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está trabajando en nuevos métodos para diagnosticar y supervisar la infección por VIH; en los países de bajos recursos proponen pruebas sencillas, rápidas y a bajo costo (menos de 1 dólar de los Estados Unidos) donde no se requiere material tan sofisticado como la estructura de un laboratorio de investigación y los resultados son inmediatos. Estas pruebas están consideradas para utilizarse en países de bajo recursos, limitados a los servicios básicos, en donde no hay electricidad y falta personal médico y de enfermería. Los dispositivos usados en estas pruebas detectan bajo, mediano y alto riesgo según la necesidad que tenga la población.

Síntomas

La mayoría de las personas que son diagnosticadas con VIH por primera vez no presentan ningún síntoma, algunas pueden presentar cuadros similares a los de una infección gripal que se resuelve sin la intervención médica, por lo que este padecimiento pasa desapercibido. En ausencia de tratamiento antirretroviral el virus del VIH posee la libertad de seguir replicándose en el organismo, disminuyendo gradualmente las células de defensa y volviendo al sujeto cada vez más vulnerable a adquirir infecciones oportunistas. Esta disminución depende de distintos factores entre los que se incluyen algunos relacionados con la cepa (tipo de virus), el nivel de agresividad del virus e inclusive con la propia genética del individuo infectado. Por lo tanto, las manifestaciones pueden ser muy amplias, pasando por cuadros

diarreicos, fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos inflamados, úlceras bucales, entre otros.

Infecciones oportunistas (IO)

Las infecciones oportunistas siguen siendo un factor alarmante que afecta la salud de las personas que viven con VIH, son causa de morbi y mortalidad, algunos ejemplos de las IO's es neumonía, sarcoma de Kaposi, criptococosis, algunos linfomas, toxoplasmosis cerebral entre algunas más. El tipo de IO antes ya mencionadas se presenta por hongos, bacterias o virus, van apareciendo en el cuerpo de la persona, que padece este virus debilitando el sistema inmunológico. Las IO son diversas y que en cada organismo de los pacientes representan diferentes efectos adversos.

El VIH induce un proceso progresivo y crónico, con un espectro enorme de manifestaciones y complicaciones, que va desde la infección primaria hasta infecciones oportunistas, tumores y desgaste. En la actualidad más del 10 % de las personas infectadas son mayores de 50 años, según datos del último informe anual del Programa de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA). De un total de 35,6 millones de personas que viven con el VIH, se estima que 3,6 millones son mayores de 50.

Entre las personas con más de cincuenta años cada año ocurren 100.000 nuevas infecciones. En los países ricos, más de una tercera parte de las personas infectadas son mayores de 50 años, mientras tanto, la incidencia de la enfermedad entre los adultos jóvenes está decreciendo.

1.4. Factores de riesgo que influyen en el VIH

Los diferentes riesgos que intervienen en desarrollo de la enfermedad o bien de aprender a vivir con la enfermedad, se manejan diferentes esferas que siempre están entrelazadas con la estabilidad de la persona que vive con el VIH y con alguna otra enfermedad crónica degenerativa. Según en la investigación de Navarro E. & Vargas M. 2003, concluyo que el 42.3% del total de la población estudiada resulto no tener conocimientos adecuados sobre el tema, la falta de conocimientos sobre la enfermedad resulta un factor de riesgo que aumenta el riesgo de contraer la enfermedad.

De acuerdo a la investigación del autor Navarro & Vargas 2003, la mayoría de los hombres el 73.9% y mujeres 67.1% no usan siempre el condón en todas la relaciones sexuales, y que el 17% de los primeros y 17.8% de la segunda han utilizado alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales. El autor hace referencia que en el grupo etario de la adolescencia los factores importantes que intervienen en la transmisión de VIH o bien de infecciones de transmisión sexual como son el consumo de alcohol, tabaco, el número de parejas sin protección.

Es por ello necesario enfatizar, educar y reeducar sobre el riesgo potencial de contraer una enfermedad de transmisión sexual, incluida el SIDA, incluida en los diferentes grupos etarios de la sociedad. De acuerdo con la OMS, 2018 las mujeres son más vulnerables que los hombres a la infección por el VIH porque se combinan la biología y la desigualdad socio-económica relacionada con el género, se puede considerar que interviene diferentes factores ya antes mencionados.

Hay algunos comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;

padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana; compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado; pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.

Desde el punto de vista biológico, exponen mayor superficie de mucosa a un mayor volumen viral del semen y factores como ITS asintomáticas aumentan los riesgos. (De la Caridad O. & col. 2009)

Hay grupos poblacionales que merecen especial atención por correr un mayor riesgo de infección por el VIH, con independencia del tipo de epidemia y de la situación local: los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los presos y personas que están reclusas en otros entornos, los trabajadores sexuales y sus clientes, y los transexuales.

[1.5 Tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA](#) Antirretroviral (TAR)

El tratamiento específico para el VIH se conoce como tratamiento antirretroviral (TARV). El TARV es un conjunto de medicamentos utilizados para enlentecer y detener la reproducción del VIH en el cuerpo, su acción va encaminada a interferir en alguna de las etapas del ciclo de replicación del virus y finalmente buscan disminuir la carga viral e incrementar las células de defensa o CD4. El aspecto más relevante para obtener una respuesta óptima del TARV en las PVVIH es el apego al tratamiento. Los medicamentos utilizados en los esquemas del TARV no son

inocuos, pueden traer consigo una gama de efectos colaterales que van desde síntomas leves hasta aquellos que pueden impactar la calidad de vida de las personas que los toman. Esto afecta la adherencia al tratamiento y eventualmente puede modificar las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al VIH. La responsabilidad de la toma del tratamiento y el seguimiento de las indicaciones médicas recae en las mismas PVVIH, quienes una vez diagnosticados requieren cuidado y monitoreo médico específico. El costo anual estimado del TARV oscila alrededor de 17,000 a 22,000 dólares por paciente anual, el cual no incluye consultas médicas o análisis de laboratorio para los costos de salud.

Debido al monitoreo crónico que las PVVIH tienen que mantener, las intervenciones de Promoción de la Salud (incluidas las estrategias de educación continua) constituyen un factor determinante en la buena evolución médica de las PVVIH. Todas las intervenciones de Promoción de la Salud deben ser adaptadas a las necesidades del usuario, utilizando un lenguaje claro, vocabulario flexible y adecuado, de modo que sea mucho más efectiva la comprensión de los términos utilizados y se favorezca un empoderamiento de las PVVIH en cuanto a su padecimiento.

Capítulo 2 Educación para la salud

*La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo.
Mandela N.*

Educación para la salud en Cataluña parte de la propuesta en salud es *“la una condición de armonía, de equilibrio funcional, físico y psíquico, del individuo dinámicamente integrado en su medio ambiente natural y social; la salud es aquella manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y feliz”*

Organización Mundial para la Salud (OMS, 1969) *“la educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan”.*

Turner *“educación sanitaria supone el conjunto de experiencias que contribuyen a inculcar en la persona hábitos, actitudes y conocimientos útiles relacionados con la salud individual, familiar y colectiva”*.

M. Antonia Modolo *“la educación sanitaria es uno de los instrumentos de promoción de la salud y de la acción preventiva. Es un instrumento que ayuda a los individuos a adquirir un conocimiento científico de los problemas y comportamientos útiles para conseguir el objetivo salud”*.

2.1 Conductas de autocuidado

Autocuidado como una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales de género, etnia, clase y ciclo vital. Hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. *El ser humano ha sido confiado a la inquietud de si y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos. Para el la inquietud de si era un privilegio-deber, un don-obligación que nos asegura la libertad, obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda aplicación.*

De con los griegos enfatizaban la necesidad de cuidar no solo el cuerpo sino también el alma, aspecto importante en la época mencionada se consideraba que el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la economía del régimen, la escucha de las perturbaciones, la atención detallada, el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y, a través de este, el alma. La

importancia de la cultura para generar autocontrol y bienestar en la salud de población.

Razones que se originaron e influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado:

- 1) La medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud
- 2) Con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos. Es así como hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos.

Existe relación entre el autocuidado-cultura: los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, la existencia de las paradojas comportamentales y socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamientos y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. Existe relación en los mitos, según Malinowski, los mitos manifiestan, resaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano.

El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a

través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir. María Uribe J. Mayo 1999. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud Universidad de Antioquia.

2.2 Alimentación

Una persona puede recibir tratamiento contra las infecciones oportunistas y tal vez una politerapia para combatir el VIH; estos tratamientos y medicamentos pueden influir en los hábitos alimentarios y la nutrición. Una buena nutrición reforzará el efecto de los fármacos que se tomen.

Una buena nutrición es también de importancia vital para contribuir a mantener la salud y la calidad de vida de la persona que sufre de SIDA. La infección con el VIH daña el sistema inmunitario, y conduce a otras afecciones como fiebre y diarrea. Estas infecciones pueden reducir la ingesta alimentaria pues también disminuyen el apetito e interfieren con la capacidad del organismo de asimilar los alimentos. Como consecuencia de todo ello, la persona sufre de malnutrición, adelgaza y se debilita.

Una nutrición sana y equilibrada debe ser uno de los objetivos del asesoramiento y cuidado de las personas en todas las fases de la infección por VIH. Un programa eficaz de cuidados y apoyo nutricionales mejorará la calidad de vida de las personas infectadas:

- Manteniendo su peso corporal
- Mejorando la función del sistema inmunitario y la aptitud del organismo para combatir la infección
- Prolongando el período que transcurre de la infección a la aparición del SIDA
- Mejorando la respuesta al tratamiento y reduciendo el tiempo y dinero gastados en los cuidados médicos
- Manteniendo activas a las personas infectadas por el VIH, permitiéndoles así ocuparse de sí mismos, de su familia e hijos
- Manteniendo productivos a los enfermos infectados, en condiciones de trabajar, cultivar alimentos y contribuir a los ingresos de sus familias.

Las personas que viven con VIH tiene mayores necesidades, el sistema de defensas del organismo el sistema inmunitario trabaja más intensamente para luchar contra la infección. Esto aumenta las necesidades de energía y nutrientes. La subsiguiente infección y fiebre incrementan también la demanda de alimentos por el organismo. Una vez infectada con el VIH, una persona tendrá que comer más para satisfacer sus necesidades suplementarias de energía y nutrientes. Estas necesidades aumentarán aún más a medida que se presentan los síntomas del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA reduce la ingesta de alimentos Los enfermos de VIH/SIDA a menudo no comen lo suficiente porque:

- La enfermedad y los medicamentos que toman pueden reducir el apetito, alterar el sabor de los alimentos e impedir que el organismo los absorba
- Síntomas como las inflamaciones de la boca, las náuseas y los vómitos dificultan tomar alimento

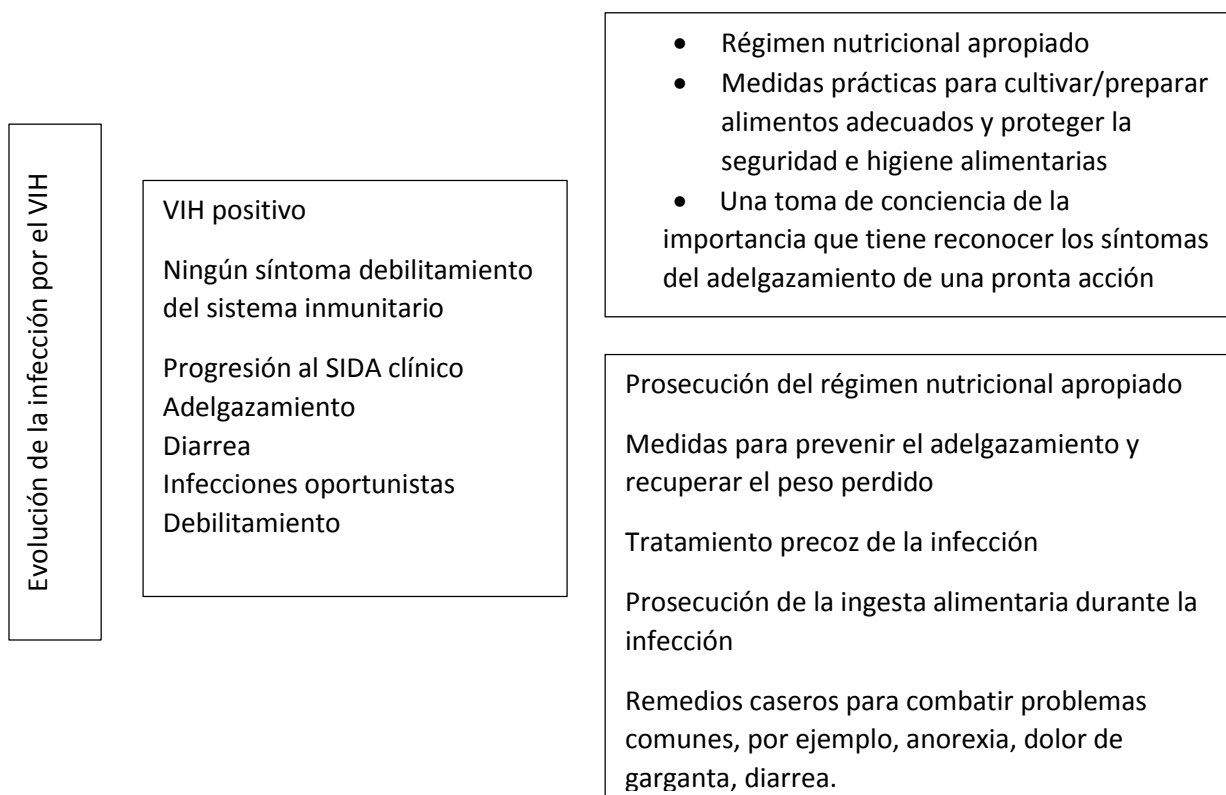
- El cansancio, el aislamiento y la depresión reducen el apetito y la disposición para esforzarse en preparar alimentos y comer normalmente

No hay suficiente dinero para comprar alimentos.

La alimentación se debe considerar de la misma importancia tanto para una persona como una persona que vive con VIH. Una dieta sana y equilibrada, un tratamiento pronto de la infección y una buena recuperación nutricional pueden reducir su adelgazamiento y atenuar los efectos de una infección futura.

Figura 1.

Importancia de la educación nutricional durante la infección por el VIH



Es importante llevar una dieta sana y equilibrada que estén presentes en todas las fases de la infección por VIH, es importante considerar estrategias encaminadas a un autocuidado saludable:

- Manteniendo su peso corporal y energía
- Restituyendo las vitaminas y mineral perdidos
- Mejorando la función del sistema inmunitario y la aptitud del organismo para combatir la infección
- Prolongando el periodo que transcurre de la infección a la aparición del SIDA
- Mejorando la respuesta al tratamiento y reduciendo el tiempo y dinero gastados en los cuidado médicos
- Manteniendo activas a las personas infectadas por el VIH, permitiéndoles así ocuparse de sí mismos, de su familia e hijos.
- Manteniendo productivos a los enfermos infectados, en condiciones de trabajar, cultivar alimentos y contribuir a los ingresos de sus familias.

2.3 Actividad física

Existe una clasificación para los tres niveles tipos de ejercicios alto, moderado y bajo impacto, debido a la disponibilidad y disposición de las personas que viven con VIH, el ejercicio es una herramienta que ayuda a combatir el estrés y la ansiedad, el ejercicio constituye una herramienta eficaz para combatir el estrés y la ansiedad que suelen acompañar a la enfermedad, así como los problemas de autoestima que se pueden generar por los cambios en la imagen corporal (6). Todos los estudios establecen la rutina de ejercicio semanal con una frecuencia de 3 veces a la semana, aunque Bopp et al. (2003) plantean que se podría incrementar incluso a 5 sesiones a la semana si el paciente lo tolera. La duración de cada sesión se

aumentaría poco a poco desde los 20 minutos, hasta conseguir que el paciente haga ejercicio durante 60 minutos cada sesión. Si el paciente se encuentra muy débil al inicio del programa la actividad se podría ejecutar de manera discontinua: si se quieren realizar 30 minutos de trabajo, podría repartirse en tres pequeñas sesiones de 10 minutos, hasta que el paciente sea capaz de realizar esos 30 minutos de manera continuada. Según se ha podido observar en los estudios recogidos, la parte aeróbica de los ejercicios se realiza a una intensidad moderada, entre el 50-85% de la FCmax, o el 45-85% del VO2max. Bopp et al incluyen también como medida de esta intensidad moderada unos valores en la escala de Borg (escala de esfuerzo percibido) entre 11-14.

Además no estaría de más llevar a cabo una primera sesión de prueba en presencia del médico por si se presentasen efectos adversos: hay que tener en cuenta que la diarrea, la alimentación deficiente o los problemas de malabsorción colocan a estos pacientes en una posición de mayor riesgo para la deshidratación y desequilibrios electrolíticos, y ambas podrían llevar a calambres y roturas musculares e incluso arritmias cardíacas. La anemia y la emaciación con pérdida de masa muscular pueden generar aumentos en la fatiga y limitación en la capacidad de ejercicio. Además habrá que tener cuidado y precauciones adicionales si el paciente previamente ha sufrido una neumonía (por pneumocystis carinii), ya que las cicatrices residuales a nivel pulmonar tienen como consecuencia una disminución en el volumen alveolar, conduciendo a una desaturación de oxígeno incluso con intensidades moderadas de ejercicio, contribuyendo por tanto a limitar aún más la capacidad de ejercicio. La individualización del programa a cada paciente es esencial, partiendo de su capacidad funcional y de su sintomatología (33). Es

importante que la terapia mediante ejercicio se inicie tan pronto como sea posible después de la infección por VIH para intentar retrasar al máximo la aparición de los síntomas. Si ya hay síntomas presentes, el ejercicio puede contribuir a disminuir la severidad de los mismos retrasando de ese modo la evolución de la enfermedad.

El objetivo será siempre evitar que el paciente llegue al estadio final, la fase de SIDA, donde la evolución es ya irreversible. Incluso podríamos afirmar que las terapias mediante el ejercicio contribuyen también a disminuir los costes finales del tratamiento en los pacientes infectados por VIH, mediante la prolongación del estadio asintomático de la enfermedad y por tanto disminuyendo el uso de medicación y las tasas de utilización de asistencia médica.

A pesar de que la evidencia demuestra que el ejercicio no afecta negativamente al estado inmunológico, muchos profesionales todavía se muestran reticentes a la hora de recomendar a los pacientes VIH+ que participen en programas de ejercicio estructurados. Nuevas investigaciones son necesarias para esclarecer por completo el papel del ejercicio como tratamiento complementario para muchos de los síntomas derivados de la infección por VIH-1, para fijar unos parámetros óptimos de ejercicio en cuanto al tipo (aeróbico, de cargas progresivas o combinación de ambos), frecuencia, duración, intensidades y cargas y para estudiar el efecto del ejercicio a largo plazo, más allá de la duración de las intervenciones que llevan a cabo los estudios. Benito González m. e. 2012 efectos del ejercicio físico en adultos con VIH/sida. Revista de la facultad de ciencias de la salud.

[2.4 Ingesta de medicamentos](#)

El tratamiento antirretroviral por consecuencia trae consigo diversos efectos adversos que se presentan a lo largo del consumo de los antirretrovirales, el alto

grado de costo por tratamiento es un alto costo para los países, especialmente para los países subdesarrollados, factor importante que se debe de considerar.

Un elemento que es importante resaltar es que la reconstitución del sistema inmunológico en los individuos infectados por el VIH durante la historia natural de la infección (pacientes no tratados) es desconocida. Sin embargo, el advenimiento de la tri-terapia ha aportado el potencial de inactivar la replicación viral durante períodos prolongados y conceder la oportunidad de estudiar el potencial regenerador del sistema inmunológico de los pacientes infectados (Díaz A.).

La adherencia para la terapia del VIH *“significa respetar fielmente el horario de la toma de píldoras y todas las dosis de medicamentos prescritos, más específicamente es cuando una persona que vive con VIH/Sida cumple con exactitud la toma de sus medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a las indicaciones de su médico tratante, incluyendo horarios y los cambios alimenticios a seguir”* *Guía Práctica logrando la adherencia a los medicamentos antirretrovirales para personas que viven con VIH, Primera Edición, año 2008.* Logrando un apego al tratamiento antirretroviral adecuado el paciente logra mantener un estilo de vida saludable y equilibrada, logra prevenir infecciones oportunistas, reducción de carga viral y fortalecerá los CD4, es decir que lograra mayor calidad de vida.

Los diferentes factores que acontecen en la vida de las personas que deben seguir un apego al tratamiento es lo social, cultural, económico e individual, relación médico paciente entre otros.

En lo individual se manifiestan diversos factores: edad, sexo, raza, ocupación, nivel educativo, es importante reconocer las redes de apoyo son consideradas como fundamentales y motivacionales para un mayor apego al tratamiento.

Una vez que el paciente decide e ingiere el medicamento es importante monitorear y observar los cambios presentados en el organismo durante el tratamiento antirretroviral, es de hacer hincapié que en los organismos son diferentes los efectos adversos.

De acuerdo al reporte de la investigadora Pabón Varela Y. uno de los factores que interviene en la adherencia terapéutica de un paciente con alguna patología interviene el factor socioeconómico con el 38% de acuerdo a su investigación en Colombia. Según Kontz, hay una cantidad de vínculos sociales y recursos de apoyo que se han relacionado con la salud en muchos estudios y que dentro de los factores socioeconómicos es importante tener en cuenta la falta de empleo como causa principal de no adherencia, además de los altos costos percibidos en los tratamientos y el costo del transporte para el desplazamiento a los centros de atención. El autor Sabate considera que en la adherencia influyen aspectos como el conocimiento, la habilidad inadecuada en relación con el manejo de los síntomas y el tratamiento, las fallas previas en su manejo y la mala comprensión de las instrucciones sobre el tratamiento. Los factores socioeconómicos influyen en la baja adherencia de los pacientes. La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes, es un componente importante, y su ausencia aumenta la probabilidad del fracaso y causa complicaciones innecesarias, lo que conduce a un mayor gasto en la atención de salud, discapacidad y muerte temprana de acuerdo con algunos investigadores también determinan que factores que influyen

en la adherencia del tratamiento son factores psicológicos y sociales enfatizando en el autoestima y el apoyo familiar así como las condiciones socioeconómicas que afectan el área emocional. De acuerdo a su estudio determinaron que el 45% de la población estudiada afectaban ya antes mencionados dichos factores que afectaban a su adherencia.

2.5 Conductas sexuales saludables

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad. En este sentido, las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Lanantuoni, 2008, p. 48).

En los estudios es común encontrar que se emplean como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales, no obstante, para efectos del presente artículo es preciso establecer que las conductas sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (López, 2003).

Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor (Fina, 2009; Rivera, Caballero, Pérez & Montero, 2013), o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.

No obstante lo planteado anteriormente, las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conoce las diferentes estrategias, sin embargo, se presentan altos índices de riesgo por no usar el preservativo y por las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas (Fierros, Rivera & Piña, 2011), aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a múltiples problemáticas.

Entre los estudios que demuestran que el conocimiento sobre los métodos de protección sexual no es una garantía de su uso se encuentra el de Ruiz et al. (2010), quienes trataron de identificar la asociación entre el mayor conocimiento en áreas del cuidado de la salud, que presumiblemente tienen los estudiantes de medicina, y el desarrollo de actitudes y comportamientos saludables en el área sexual y reproductiva.

Otra investigación señala que de acuerdo con los relatos de un grupo de jóvenes de sexo masculino, las prácticas sexuales estaban mediadas por múltiples categorías sociológicas como el género, el estrato socioeconómico, el color de piel y el ciclo de vida, es decir: adolescente y preadolescente (Ceballos, Campo & De Bedout, 2007).

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación.

Según el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994) el comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta, y c) el ambiente. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes: 1) información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección, 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas, 3) potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y 4) apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.

Según el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994) el comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta, y c) el ambiente. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes: 1) información, con el fin de alertar a la

población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección, 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas, 3) potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y 4) apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.

c) los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección.

d) las barreras percibidas, o los costes derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su coste económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido. El sujeto sopesa los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede obtener. e) las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas. (Espada, 2003)

2.6 Terapia cognitivo conductual

Según Schrodts (1992) las personas deprimidas presentan un "flujo rumiativo" generalizado de pensamientos distorsionados y negativos, y a los cuales Beck

define como la "triada cognitiva negativa de la depresión": opiniones negativas sobre uno mismo (inutilidad), el mundo (desamparo), y el futuro (desesperanza).

La terapia cognitiva se basa en la premisa de que el autoconocimiento de una persona y su forma de procesar la información con respecto a sí misma y el mundo, son los determinantes principales de su humor y su conducta. El modelo cognitivo subraya que cada acontecimiento objetivo se percibe y se procesa de forma muy singular y a veces idiosincrática. La interpretación cognitiva de los acontecimientos constituye una corriente de conciencia del individuo: pensamientos o imágenes visuales automáticos, los cuales ocurren rápidamente como reacción a las situaciones y con frecuencia sin estar sujetos a análisis sistemático y lógico (Schrodt, 1992).

Según el mismo autor las distorsiones más comunes en la depresión incluyen la personalización ("todo es culpa mía"), la generalización excesiva ("nunca me sale nada bien"), la categorización absoluta ("no valgo nada"), y predicciones invariables ("nunca tendré una relación satisfactoria"). Los pacientes deprimidos hacen deducciones arbitrarias o atienden selectivamente ciertos aspectos de su experiencia coherentes con los temas de insuficiencia personal, desesperanza e indefensión con respecto al futuro, se aumenta la importancia de acontecimientos negativos y se descalifican las experiencias positivas, (Chacón, 2006).

Evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en el fomento de conductas de autocuidado con personas con VIH-SIDA.

2.7 Estudios psicológicos sobre intervenciones psicoeducativas dirigidas a personas con VIH

Comparación de estudios psicológicos realizados en personas que viven con VIH, aplicando alguna técnica cognitivo conductual

Tabla. 1

Estudios que sustentan la efectividad de la aplicación de la teoría cognitivo conductual

Autor/año	Tipo de estudio y método	Participantes	Intervenciones	Resultados	Conclusiones
Moya	Cuasi experimental	Diez paciente entre los 18 y 60 años de ambos sexos	Aplicación de instrumentos de depresión Beck, ficha de registro de pensamientos automáticos de 3 y 5 columnas y fichas de actividades semanales	de Revela que después de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, los cambios de 3 niveles de depresión de los pacientes del grupo control y experimental son diferentes significativamente.	En la aplicación de la técnica de cognitivo conductual los cambios son significativos.

Ballester Arnal R. 2003	Ejecución de programa intervención grupal cognitivo-conductual	10 Pacientes que viven con VIH.	El manejo de la ansiedad, depresión, autoestima y otras como el grado de hipocondría de los pacientes.	Cambios significativos en el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes.	Los resultados apuntan hacia la eficacia del programa que se expresan cambios significativos en una dirección positiva en un amplio rango de variables.
--------------------------------	--	---------------------------------	--	---	---

Uribe Rodríguez A.F.	Intervención grupal cognitivo conductual	19 varones que viven con VIH.	Es una investigación cuasiexperimental con diseño pre y posprueba con grupo control y experimental. Se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Calidad de vida para	Establecen la relevancia de la psicología en la salud mental y el funcionamiento cognitivo en las personas diagnosticadas.
-----------------------------	--	-------------------------------	---	--

personas con

VIH/sida

Fuente: Elaboración propia de los diferentes estudios que demuestran la efectividad de la teoría cognitivo conductual.

Capítulo 3. Método

*“Si la mente está ocupada con pensamientos positivos,
es más difícil que el cuerpo enferme”
Dalai Lama.*

Planteamiento del Problema

Justificación

El VIH representa un problema de salud pública en México, el nivel de conocimiento que tienen las personas que viven con VIH (PVVIH) sobre su enfermedad constituye un factor modificable y susceptible de intervenciones en Psicología de la Salud, especialmente en aquellas personas que están expuestas a factores de riesgo. Los factores de riesgo constituyen un desequilibrio en la salud de las personas que padecen esta enfermedad, entre los que se incluyen la desinformación, usos de drogas o un entendimiento parcial relacionado a las indicaciones médicas y las conductas de autocuidado a seguir. Por lo anterior, se elaboró una encuesta, enfocado a evaluar estos aspectos en una muestra de PVVIH. El instrumento diseñado originalmente evalúa 9 puntos, englobando nivel de conocimientos sobre el VIH, conductas de autocuidado.

El VIH/SIDA es uno de los problemas de salud pública más apremiantes, ya que el número de personas infectadas en el mundo y en México, se incrementó de manera acelerada, así también, se asocia con complicaciones que deterioran la salud, por lo que se requiere invertir en investigación, prevención y atención en este campo, ya que esta pandemia creció más del 50% de lo que había estimado la Organización Mundial de la Salud (Ligia, 2003).

En los países de Europa del Este y Asia Central la prevalencia de la enfermedad se ha duplicado desde el 2001.

Las personas que viven con VIH posiblemente tienen mayor riesgo que intervienen factores que se desarrollan a lo largo de la enfermedad. Se considera que el nivel de conocimientos que tienen las personas que viven con VIH (PVVIH), indicaciones

médicas y conductas de autocuidado constituye un factor modificable y susceptible de intervenciones en prevención en nivel secundario. Al realizar este programa se espera obtener un panorama que fortalezca la salud, brinde conocimientos básicos y coadyuve en la identificación de áreas de oportunidad de aprendizaje enfocadas en mejorar los conocimientos sobre las conductas de autocuidado necesarias, con base en ello, proporcione las bases para implementar estrategias específicas de promoción de la salud y cognitivo conductual, adaptadas a las necesidades de las PVVIH que reciben atención médica (Castro, 2010).

La falta de programas e intervenciones incrementa la prevalencia del VIH, los servicios de salud sexual, promoción de la salud son limitados y en algunos momentos son negados para las personas vulnerables. De acuerdo con lo anterior, se requiere de mayor investigación e implementación de programas eficientes que se lleven a la práctica, para disminuir el contagio del VIH en la población en general.

Objetivo

Identificar algunos factores de riesgo asociados al VIH en personas que viven con VIH en la Ciudad de México.

A continuación se describen los tres estudios que se realizaron en la investigación. En el estudio I se realizó la parte psicométrica, del análisis y elaboración de aprobación del instrumento por medio de la validación por jueceo, participando profesionales especialistas sobre el tema.

En el estudio II se realizó un estudio epidemiológico de casos y controles para identificar los factores de riesgo en la población enferma y población sana derechohabiente de una institución de salud pública de tercer nivel en la CDMX. Finalmente en el estudio III y última se realizó una intervención psicoeducativa

abordando teoría cognitivo conductual para mejorar y complementar conocimientos básicos necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

3. 1 Estudio I. Análisis psicométrico del instrumento sobre conocimientos básicos necesarios sobre VIH-SIDA

Se diseñó un cuestionario conformada por datos sociodemográficos (edad, lugar de residencia, sexo de la pareja actual, sexo de la pareja anterior, preferencia sexual, nivel de estudio, estado civil, fecha probable del diagnóstico de VIH, a qué edad inicio su vida sexual, cuantas parejas sexuales ha tenido, ha tenido contacto sexual con alguna persona, en contra de su voluntad, con quien le sucedió dicho evento, actualmente tiene pareja, por cuál de las siguientes vías tiene relaciones sexuales, utiliza algún método para cuidarse de infecciones de transmisión sexual, utiliza condón durante el sexo, fuma tabaco, consume alcohol, consume alguna sustancia toxica), posteriormente acompañado de nueve reactivos sobre el conocimiento de la enfermedad.

En un segundo momento el instrumento se sometió a análisis de jueceo conformado por un grupo de especialistas reconocidos en el ámbito del VIH/SIDA, evaluaron los nueve reactivos en una escala de opción múltiple analizando cada uno de ellos y a su vez realizando modificación en los diferentes reactivos, posteriormente se aplicaron las encuestas.

La elaboración de instrumentos se deriva de la teoría en la que están inmersos y de una tecnología que permite medir sus objetos de estudio, los instrumentos de evaluación psicológica responden a una teoría de la medida; como dice Martínez (1996), los instrumentos de medición psicológica necesitan demostrar su utilidad y

validez científica. En psicología, la psicometría es la que garantiza que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso. La psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas; estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. El objetivo de la psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas (Muñiz, 1992)

En la aplicación del instrumento de validación por juicio se buscaron profesionistas y expertos sobre el tema:

- Tres maestras en psicología del Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas (CIENI)
- Un doctor en psicología de Clínica Condesa Especializada
- Dos profesionistas que viven con VIH
- Presidente de la Asociación Condomovil persona que vive con VIH

A cada especialista se le pidió que analizara y realizara las observaciones pertinentes en cada una de las preguntas, para la mejora del instrumento y el adecuado entendimiento del participante. Las observaciones que se obtuvieron de los especialistas determinaron que algunos conceptos y en la forma de organización de la pregunta tendría que modificarse, también ser un poco más específicos. A continuación se muestra un cuadro comparativo en el antes y después, enseguida sus observaciones de los especialistas.

Tabla 2

Análisis las diferentes observaciones de los jueces

Pregunta Antes	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Pregunta Después
1. El VIH es: a. un virus, b. una enfermedad que se contagia por vía sexual (o por tener relaciones sexuales), c. una enfermedad curable, d. no sé.	Las opciones de respuestas son confusas y podría haber varias respuestas correctas	Me parece que con las opciones de respuesta puedes confundir a los usuarios, ya que el VIH es un virus y también se transmite por vía sexual	a. efectivamente es un virus, b. no es contagio y una de las vías es transmisión por vía sexual desprotegida, c. no es una enfermedad curable solo es controlable.	Sin observación	Sin observación	Sin observación	1. El VIH es: a. Una enfermedad que No es controlable b. Una enfermedad que se transmite por vía sexual (o por tener relaciones sexuales) sin protección c. Una enfermedad curable d. No sé
2. El VIH se transmite por: a. compartir el sanitario, b. vías sexual, c. exposición a fluidos contaminados (semen, fluidos vaginales, sangre), d. ninguna.	Habría que ser más específicos en las opciones de respuesta. No sé cómo se calificará este cuestionario pero por ejemplo, la b) y c) son correctas pero no completas.	Me parece que con las opciones de respuesta puedes confundir a los usuarios, ya que el VIH es un virus y también se transmite por vía sexual.	a. no hay problema b. vía sexual desprotegida c. no son fluidos contaminados, son fluidos corporales que transmuten el VIH (semen, sangre, secreciones vaginales y leche materna de una mujer con VIH)	Sin observación	Sin observación	Sin observación	2. El VIH se transmite por: a. Compartir el sanitario, b. beso en la mejilla, c. contacto sexual NO protegido, d. ninguna.

Fuente: elaboración propia de acuerdo a análisis cualitativo.

Pregunta	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Pregunta
Antes							Después
4. ¿Qué es la carga viral? A. cantidad de VIH en sangre, b. cantidad de virus que hay circulando en la sangre, c. son las defensas que tiene el cuerpo, d. no sé.	Me parece que en algunos reactivos utilizas términos muy simples y en otros términos más técnicos. Checa el vocabulario general y adecúalo a tu población	Opción a y b son muy similares, no queda clara la diferencia	a. correcto, b. cantidad de material genético en la sangre c. incorrecto	Sin observación	Sin observación	Sin observación	4. La carga viral es: a. cantidad de VIH b. cantidad de bacterias que circulan en la sangre c. cantidad de defensas en el cuerpo d. no sé
5. Los CD4 son: a. glóbulos blancos de defensa, b. monitoreo por exámenes de laboratorio cada cuatro meses, c. células de defensa que hay en el cuerpo, d. no sé.	Mismo comentario con respecto al vocabulario	Opción a y c son muy similares, no queda clara la diferencia	a y c. los linfocitos-T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos de una replicación errónea de células humanas, para que pueda hacerles frente y corregir la situación.	Sin observación	Sin observación	Sin observación	5. Los CD4 son: a. Pastillas para controlar el VIH b. Monitoreo por exámenes de laboratorio cada c. células de defensa que hay en el cuerpo d.no sé

Fuente: elaboración propia de acuerdo a análisis cualitativo.

Pregunta Antes	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Pregunta Después
6. Las enfermedades oportunistas aparecen: a. cuando el sistema inmunológico esta debilitado, b. afectan el sistema inmune, c. si la carga viral es alta, d. no sé	Me parece que en algunos reactivos utilizas términos muy simples y en otros términos más técnicos	¿Sólo hay una respuesta correcta? Me parece que en algunos casos sucede que la carga viral está alta y las defensas bajas	a)correcta, b. correcta, c. puede existir el caso de una persona que tenga carga viral alta pero igual muy buena cantidad de CD4 que son las defensas, a mayor cantidad de carga viral, menos defensas, cuestión que se puede nivelar con la toma de retrovirales.	Sin observación	Sin observación	Sin observación	6. Una persona que vive con VIH tiene más posibilidades de enfermarse en los siguientes casos: a. cuando el sistema inmunológico está debilitado b. no usa condón c. cuando besa a alguien con VIH d. no sé
7. El tratamiento antirretroviral es: a. serie de medicamentos que quita el dolor del cuerpo, b. tratamiento médico combinado, c. conjunto de medicamentos para controlar el virus en el cuerpo, d. todos los anteriores	La opciones de respuesta son ambiguas y se parecen por lo que pueden confundir al usuario	Igual, pueden ser confusas las opciones de respuesta	a. incorrecto b. correcto c. conjunto de medicamentos para controlar y evitar la replicación de VIH en el cuerpo de la persona infectada y mantienen bajo el número de copias virales.	b. Conflicto con pregunta número 9.	Sin observación	Sin observación	7. El tratamiento antirretroviral es: a. medicamentos que quitan el dolor b. medicamentos que curan el VIH c. conjunto de medicamentos para reducir la cantidad el VIH en el cuerpo d. no sé

Fuente: elaboración propia de acuerdo a análisis cualitativo.

<p>8. ¿Qué es un antirretroviral (ARV)? A. un medicamento que detiene la infección de nuevas células, b. medicamento que calmará el dolor, c. detiene la infección del VIH, d. no sé</p>	<p>Esta pregunta se repite.</p>	<p>No creo que las opciones de respuesta estén redactadas de manera correcta. El ARV inhibe la replicación del virus</p>	<p>a. controla solamente. Pero si la persona deja de tomárselos la carga viral volverá a subir y con ello bajar defensas b. incorrecto c. medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus como, por ejemplo, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)</p>	<p>Conflicto con pregunta número 7.</p>	<p>Solo se complementa la pregunta 7.</p>	<p>Sin observación</p>	<p>Excluida</p>
<p>9. ¿Es la fase avanzada por infección del VIH? a. herpes, b. SIDA c. tuberculosis, d. tos crónica.</p>	<p>Sin observación</p>	<p>Creo que no queda bien en formato de pregunta</p>	<p>b. correcta las otras opciones cualquier persona puede tener esas infecciones sin necesariamente tener VIH o sida</p>	<p>Sin observación</p>	<p>Sin observación</p>	<p>Sin observación</p>	<p>9. Es la fase avanzada por infección del VIH a. Herpes b. SIDA c. tuberculosis d. tos crónica.</p>

Fuente: elaboración propia de acuerdo a análisis cualitativo.

En total de las observaciones se obtuvieron suficiencia, claridad, coherencia y relevancia en una escala de 3 a 4, de acuerdo al autor (Escobar & Cuervo Martínez, 2008), Hicieron referencia los diferentes especialistas más significativas fue en las diferentes de opciones a la hora de contestar el paciente se podrían confundir y elegir más de una opción.

Discusión

De acuerdo a la literatura algunos autores como lo es Galicia Alarcón L & col. 2017, en su artículo validez de contenido por juicio de expertos, hacen referencia que la validación por jueceo es una herramienta eficiente y efectiva al igual en ahorrar tiempo para la realización de instrumentos.

Haciendo énfasis a la investigación presente se llevó acabo el análisis del instrumento que se realizó por medio de algunos especialistas sobre el tema. Algunas de las observaciones más significativas que difirieron en la redacción o bien en el modo de preguntarle al paciente. Se considera que un factor importante que interviene entre los especialistas es el tipo de establecimiento médico en donde laboran y por ende la experiencia que han adquirido a lo largo de su vida profesional. También se observó que el modo de educar interfiere diferentes factores como nivel educativo, edad, sexo, creencia religiosa, entre otras.

De acuerdo a diversas investigaciones determinan que es necesario e importante realizar cuestionarios que puedan apoyar en la investigación para mejorar e identificar las necesidades de la población que tiene la enfermedad como lo menciona Bravo M.B. 2002. En relación con el grupo etario estudiado determinan

los autores Duran et al. (2000), Leyva et al (1995), Walrond et al. (1993), Kleincsek et al. (1995) y difiere con Medina et al. (2002) quienes consideran que el nivel medio de conocimientos sobre el VIH predomina en la etapa de la adolescencia. El nivel de conocimientos también se ve reflejado en el contexto en el que la población se desarrolla. *La educación es una condición para promover la salud de los individuos y las comunidades, la educación debe favorecer el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los individuos* (Vincezi A. y Tudesco F. 2009)

Factor importante que debe fortalecerse a manera inmediata y constante es promover la educación en salud sexual y reproductiva Bustamante E. y Milanes C. (2011) para prevenir y mejorar la salud de la población el apoyo de la realización y aplicación de instrumentos que evalúen el grado de conocimientos en los diferentes problemas de salud pública es una herramienta que ayuda a controlar o prevenir diversas patologías en la población.

3.2 Estudio II. Estudio epidemiológico de casos y controles

El diseño de casos y controles en la epidemiología aplicada a la clínica es una estrategia metodológica cuya aplicación a la clínica es una estrategia metodológica cuya aplicación va más allá de la investigación acerca de la causalidad en enfermedades crónicas: se usa también en la solución de problemas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades, a un lado de estudios de brote y tamizaje entre otros. Mediante este diseño se hace la comparación de dos grupos de personas: uno de ellos afectado por una enfermedad en particular (casos) y otro

formado por personas que de captarlos para estudio no padecían esta (controles), pero estuvieron expuestos al factor que posiblemente este asociado causalmente con la enfermedad.

Considerando algunas ventajas en la realización de este estudio epidemiológico:

- Apropriados para investigar enfermedades raras o de larga latencia
- Relativamente rápidos de montar y conducir (duran poco tiempo)
- Consumen menor tiempo y dinero que otros diseños epidemiológicos
- Requieren de un menor número de sujetos
- Permiten el estudio simultáneo de varios factores de riesgo
- Al ser observacional no representa riesgo para los sujetos de estudio

Método

Pregunta de investigación

¿Cuáles son algunos factores de riesgo asociados al VIH en personas que viven con VIH que son derechohabientes a una institución de salud de tercer nivel en la Ciudad de México?

Objetivo general:

Identificar algunos factores de riesgo asociados al VIH personas que viven con VIH.

Objetivos específicos:

- Comparar los factores de riesgos asociados a la adquisición del VIH/SIDA entre personas con VIH y personas sanas que son derechohabientes a una institución de salud en la Ciudad de México.
- Evaluar los factores de riesgo asociados al VIH: número de parejas sexuales; edad al inicio del intercambio sexual; prácticas sexuales no protegidas; consumo de tabaco; consumo de alcohol y consumo de drogas.
- Evaluar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en personas derechohabientes a una institución de salud en la Ciudad de México.
- Identificar las conductas de autocuidado (adherencia al tratamiento, actividad física, prácticas sexuales seguras) que tienen las personas que viven con VIH que son derechohabientes de una institución de salud en la Ciudad de México.

Hipótesis

Las personas que viven con VIH están expuestas a un mayor número de factores de riesgo (conocimientos básicos sobre el VIH), en comparación a las personas sanas que son derechohabientes a una institución de salud.

Definición de variables

Variable dependiente

VIH

Variables de exposición

Factores de riesgo: número de parejas sexuales, edad al inicio del intercambio sexual, antecedente de abuso sexual, prácticas sexuales no protegidas, consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas.

Definición conceptual

VIH: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un miembro de la familia de virus conocida como Retroviridae (retrovirus), clasificado en la subfamilia de los Lentivirinae (lentivirus), (Corral, 2000). Es el virus causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), (Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas CIENI, 2011) y se transmite por tres vías importantes: sexual, parental y vertical. El VIH es un virus envuelto en un genoma de Ácido ribonucleico (ARN) de cadena sencilla positiva, que tiene la capacidad de transcribir su genoma al Ácido desoxirribonucleico (ADN) en la célula hospedera mediante una enzima llamada transcriptasa inversa, (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, CENSIDA, 2008). La transcriptasa inversa es una enzima que convierte el ARN en ADN y permite que el virus se integre al material genético de las células infectadas.

Factores de riesgo:

Número de parejas sexuales: práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas o grupos sexuales (AMSSAC, 2017)

Edad al inicio del intercambio sexual: es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que

buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (AMSSAC, 2017)

Antecedente de abuso sexual: contactos e interacciones entre una persona adulta ya sea menor o mayor que ella, con la finalidad de obtener gratificación sexual y/o estimularse sexualmente el mismo o a otra persona (Viviano Llave T.M., 2012)

Prácticas sexuales no protegidas: son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con insuficiente consistencia como para no prevenir infecciones de transmisión sexual (AMSSAC, 2017)

Consumo de tabaco: la persona fuma tabaco

Consumo de alcohol: consume bebidas alcohólicas

Consumo de drogas: hace uso de algún tipo de sustancia toxica

Definición operacional:

Personas con VIH: A través de la prueba de ELISA, se seleccionarán aquellas personas que viven con VIH, y que cuentan con un diagnóstico previo.

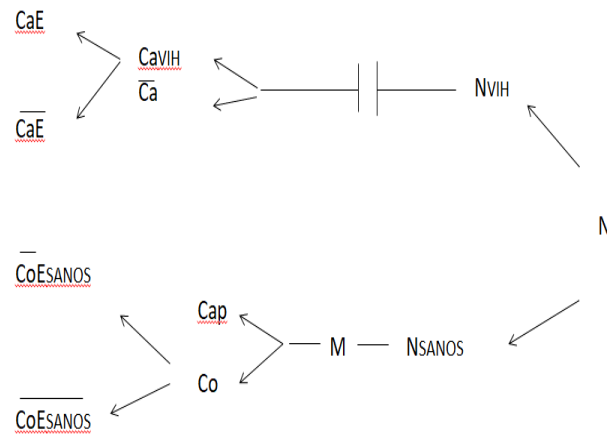
Factores de riesgo

- Número de parejas sexuales; edad al inicio del intercambio sexual; antecedente de abuso sexual: cuantitativa nominal; prácticas sexuales no protegidas; consumo de tabaco; consumo de alcohol; consumo de drogas: Se elaborará un cuestionario en formato de auto-reporte con preguntas que exploren los factores de riesgo.

Diseño de estudio: Casos y controles. Consistió en comparar la exposición de un grupo de personas que presenta el evento de interés (VIH) con la exposición de otro grupo comparable o de controles que no presenta tal evento: si la exposición propia del primer grupo fue diferente a la del segundo, se tiene un argumento a favor de la existencia de la asociación buscada; en particular, la exposición de los casos ha sido mayor que la de los controles, se tiene así un indicio de que ella actuó como un factor de riesgo para la enfermedad (Gordis, 2000; Kleinbaum, 1982; Lilienfeld y Stolley, 1994). El esquema del diseño que se utilizó se muestra en la figura 1.

Figura 1. Diseño del estudio.

- N: Población fuente
- NVIH: Fuente de población de los casos
- NSANA: Fuente de población de los controles
- M: Muestra de controles
- CAVIH: Casos de la enfermedad bajo estudio
- Ca: Casos de otras enfermedades
- Cap: Casos prevalentes
- Co: Controles
- CaE: Casos no expuestos
- CoESANOS: Controles expuestos
- CoESANoS: Controles no expuestos



Tipo de estudio: Transversal retrospectivo. Se determinó simultáneamente la exposición y el resultado en cada participante (Gordis, 2005).

Tamaño de muestra:

Se seleccionó una muestra de 147 personas derechohabientes a una institución de salud como casos, a partir del siguiente cálculo de tamaño de muestra con un poder estadístico del 80%.

Tamaño maestral mínimo

Casos	147
Controles	294

Participantes

Se incluyeron 147 personas de 17 a 76 años de edad con diagnóstico de VIH de acuerdo a la NOM-010-SSA2-2010 derechohabientes de una institución de salud ubicada en la Ciudad de México.

Selección de Casos: personas con VIH de acuerdo a la NOM-010-SSA2-2010 determina que para diagnosticar a una persona con VIH, se hace mediante pruebas de laboratorio por métodos indirectos determinando la presencia de anticuerpos anti-VIH por inmuno-análisis enzimático EIA (antes ELISA) o mediante pruebas rápidas.

Controles: Se seleccionaron dos controles de derechohabientes hospitalarios por cada caso, pareado por edad, que se seleccionaron de la misma institución.

Instrumentos:

Se construyó un cuestionario para estudiar los factores de riesgo, así como el nivel de conocimientos sobre VIH. En la parte superior de la encuesta se preguntó factores de riesgo: número de parejas sexuales, edad al inicio del intercambio sexual, antecedente de abuso sexual, prácticas sexuales no protegidas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas.

La dimensión y conocimientos sobre el VIH se sometieron a validación por jueceo: seis jueces especialistas sobre el tema evaluaron el instrumento para la aplicación del mismo. Una vez que se obtuvieron las evaluaciones de los jueces se llegó a un análisis y consenso para la clasificación de puntajes. Para la realización del análisis se utilizó el coeficiente de Kappa, este estadístico genera una medida de acuerdo entre evaluadores y se utiliza cuando las variables están dadas en una escala nominal, es decir únicamente clasifican (Escobar & Cuervo, 2008).

El estadístico tiene un rango entre -1 y 1, pero generalmente se ubica entre 0 y 1. Si el coeficiente es 1 indica acuerdo perfecto entre los evaluadores, si es 0 indica que el acuerdo no es mayor que el esperado por el azar, y si el valor del coeficiente es negativo el nivel de acuerdo es inferior al esperado por el azar (Sim & Wright, 2005)

1. Se realizó las gestiones administrativas ante la institución de salud.
2. Se realizó la selección de los casos y los controles.
3. Previa obtención del consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos por personal capacitado.

Análisis de resultados

Se realizó análisis univariados para identificar la distribución de las variables de estudio, así también se obtuvieron medidas de asociación a través de razón de momios para identificar los factores asociados al VIH en las personas derechohabientes a la institución de salud en la Ciudad de México.

Procesamientos de datos

Uso de paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 20 y STATA versión 4.

Aspectos éticos

Los datos derivados de la investigación/intervención fueron confidenciales y utilizados únicamente para los fines de la investigación. En todo momento se guardó el anonimato de los participantes.

Aceptación voluntaria para participar en la intervención mediante la firma del consentimiento informado (protocolo de Helsinki)

Se realizó un estudio epidemiológico de casos y controles con población hospitalaria perteneciente a una institución pública de salud de la Ciudad de México. La edad media de la población que participo en el estudio fue de 46 años, el rango de edades fue de los 17 a 76 años de edad concentrándose un mayor número de población entre las edades de 36 a 40 años; representando el 16 % del total de la población encuestada.

El lugar de residencia de las personas fueron residentes de la CDMX y foráneos para es decir que participaron personas que residen en los diferentes estados de la República Mexicana para los casos con 57.82% y para los controles local 76.53%

A continuación se muestra tabla de acuerdo a los datos sociodemográficos

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los derechohabientes pertenecientes a una institución de salud en la Ciudad de México 2018

Lugar de residencia	Casos N= 147		Controles N= 294	
Local	62	42.17%	225	76.53%
Foráneo	85	57.82%	63	21.42%
N/C	0	0	6	2.04%
Sexo de la pareja actual				
Hombre	44	29.93%	170	57.82%
Mujer	65	44.21%	90	30.61%
Bisexual	0	0	1	0.34%
N/C	38	25.85%	33	11.22%
Sexo de la pareja anterior				
Hombre	43	29.25%	158	53.74%
Mujer	70	47.61%	81	27.55%
N/C	34	23.12%	55	18.70%
Preferencia sexual				
Heterosexual	114	77.50%	226	76.87%
Homosexual	12	8.16%	18	6.12%
Bisexual	13	8.84%	9	3.06%
N/C	8	5.44%	41	13.94
Nivel de estudios				
Primaria	18	12.24%	18	6.12%
Secundaria	55	37.41%	76	25.85%
Bachillerato/preparatoria	52	35.37%	147	50%
Lic./posgrado	14	9.52%	51	17.34%
Sin estudios	7	4.76%	2	0.60%
N/C	1	0.68%	0	0
Estado civil				
Soltero	38	25.85%	87	29.59%
Casado/unión libre	88	59.86%	159	54.08%
Viudo	10	6.80%	5	1.70%
Divorciado	8	5.44%	21	7.14%
N/C	3	2.04%	22	7.48%
Actualmente ¿tiene pareja?				

	Si	96	65.30%	245	83.33%
	No	50	34.01%	41	13.94%
	N/C	1	0.60%	8	2.72%
Es:					
	Hombre	32	21.76%	149	50.68%
	Mujer	65	44.21%	73	24.82%
	N/C	50	48.97%	72	24.48%
Vías por las que tiene relaciones sexuales		Casos N= 147		Controles N= 294	
	Vaginal	103	70.06%	208	70.74%
	Oral	8	5.44%	11	3.74%
	Anal	10	6.80%	3	1.02%
	Más de una	10	6.80%	53	18.02%
	N/C	16	10.88%	19	6.46%
Utiliza algún método anticonceptivo					
	Si	119	80.95%	137	46.59%
	No	17	11.56%	138	46.93%
	N/C	11	7.48%	19	6.46%
¿Cuál?					
	Preservativo	118	80.27%	137	46.59%
	ARV	1	0.68%	8	2.72%
	OTRO	0	0	8	2.72%
	N/C	28	19.04%	141	13.94%
¿Utiliza condón durante el sexo?					
	Si	121	82.31%	131	44.55%
	No	18	12.24%	144	48.97%
	N/C	8	5.44%	19	6.46%
Fuma					
	Si	28	19.04%	59	20.06%
	No	116	78.91%	227	77.21%
	N/C	3	2.04%	8	2.72%
Consume alcohol					
	Si	54	36.73%	68	23.12%
	No	88	59.86%	219	74.48%
	N/C	5	3.40%	7	2.38%

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio epidemiológico de casos y controles, demostró que la población con la enfermedad (casos) el 57.38% es residente de algún estado de la República Mexicana y de los controles población

que no tiene la enfermedad habita en la CDMX con el 76.53%, el sexo de la pareja actual en casos fue del 44.21% corresponde al sexo de mujer y 57.82% corresponde a los controles que fue para hombres, el sexo de la pareja anterior para los casos fue de 47.61% y para los controles corresponde el 53.74 contesto que el sexo de la pareja anterior fue hombre.

La preferencia sexual para los casos contesto que eran heterosexuales y para controles el 53.74%, en cuanto al nivel de estudios para los casos hubo mayor porcentaje en secundaria con el 37.41% enseguida el 35.37% bachillerato/preparatoria, y para los controles fue el grado de escolaridad de bachillerato con el 50% enseguida secundaria con el 25.85%. En estado civil para los casos el 59.86% corresponde a casado/unión libre y 25.85% corresponde a estado civil soltero, para los controles el 54.08% corresponde a casado y el 29.59% son solteros.

Para la pregunta de actualmente tiene pareja en los casos contesto que el 65.30% si tiene pareja y el 83.33% para los controles, para los casos el 48.97% no contesto y para los controles el 50.68% su pareja actual es hombre. Vías por Las que tiene relaciones sexuales el 70.06% casos y para controles el 70.74% contesto que tiene relaciones por vía vaginal, para los casos el 80.95% contesto que utiliza algún método anticonceptivo (preservativo) y el 46.59% determinaron los controles que utilizan preservativo, para los casos el 82.31% contesto que si utiliza condón durante el sexo y para los controles el 48.97% no utiliza ningún método anticonceptivo. El 78.91% de la población estudiada de los casos no fuma y haciendo referencia el 77.21% de igual manera no fuma. Referente al consumo del alcohol el 59.86% de

la población de casos no consume y el 74.48% correspondiente de los controles de igual forma no consume alcohol.

Tabla 4. Factores de riesgo identificados en una muestra de casos.

Variables	B	SE	p	OR	95,0% IC
Edad de inicio de vida sexual	0.065	0.038	0.088	1.067	[0.990 1.149]
Cuántas parejas sexuales	0.018	0.016	0.273	1.018	[0.986 1.051]
Ha tenido contacto sexual en contra de su voluntad	1.210	0.532	0.023	3.352	[1.181 9.518]
Persona que le transmitió la infección	1.006	0.089	0.000	2.735	[2,299 3.255]
Utiliza algún método anticonceptivo	-0.824	0.360	0.022	0.439	[0.217 0.888]
Utiliza condón durante el sexo	-0.365	0.371	0.325	0.694	[0.336 1.435]
Fuma	0.453	0.337	0.180	1.572	[0.812 3,046]
Consume alcohol	0.477	0.324	0.141	1.612	[0.854 3.041]
Consume alguna sustancia tóxica	2.229	1.382	0.107	9.289	[0.619 139.463]
Constant	-9.824	3.150	0.002	0.000	

En este estudio se encontró que los factores de riesgo asociados al VIH en una muestra de casos fueron edad abuso sexual, persona quien le transmitió la infección (familiar, conocido, otro y desconocido) y la utilización de algún método anticonceptivo. Respecto al inicio de vida sexual activa de manera marginalmente significativa (RM .08; CI95% 0.99-1.14), lo que determina que entre mayor joven la población tiene mayor la posibilidad de contraer el VIH.

Factor de riesgo significativo de abuso sexual existe tres veces mayor riesgo de contraer el VIH debido a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y por ende adquirir el VIH (RM 3.35; CI 95% 1.18-9.51).

En el factor de quien fue la persona que le transmitió la infección es de dos veces mayor el riesgo de contraer el VIH (RM 2.73; CI95% 2.29-3.25). Factor que está

inmerso en las relaciones sexuales no seguras y contraer relaciones con desconocidos. El 33% de la población que se estudio tiene mayor riesgo de contraer el VIH por no utilizar algún método anticonceptivo (RM 0.43 CI95% 0.21-0.88).

La población que participo en el estudio personas que viven con VIH y que no tienen la infección utilizan preservativo, el beber alcohol incrementa el riesgo de contraer el VIH.

Discusión

Estos hallazgos se pudieron relacionar con Uribe R. (2005) en su investigación menciona que la infección por el VIH se relaciona con la edad de inicio de sus relaciones sexuales a temprano edad y el uso poco frecuente del preservativo. Factor importante en la población que ha sido abusada sexualmente existe un mayor porcentaje de adquirir alguna infección de transmisión sexual.

3.3 Estudio III. Intervención psicoeducativa

Se implementó una intervención psicoeducativa para un grupo de personas que viven con VIH, con un número de integrantes de 12 personas máximo, derechohabientes de una institución de salud de la CDMX, de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana determina es: *“aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje, de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo, en el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje reactiva pero prueba suplementaria indeterminada, se considera como posiblemente infectado, se recomienda repetir la prueba de laboratorio tres meses después”*.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de una intervención psicoeducativa en la adquisición de conocimientos básicos necesarios para las personas que viven con VIH que asistieron a una institución de salud en la Ciudad de México?

Objetivo: Diseñar, instrumentar y evaluar una intervención psicoeducativa para fomentar los conocimientos, en personas que viven con VIH que asisten a una institución salud en la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel conocimientos
- Evaluar las conductas de autocuidado
- Fortalecer la adherencia al tratamiento antirretroviral
- Brindar estrategias que permitan el fortalecimiento de conductas de autocuidado

Variables

Variables dependientes:

- Nivel de conocimientos sobre el VIH
- Conductas de autocuidado

Variable independiente: Intervención psicoeducativa, con enfoque cognitivo conductual.

Definición conceptual

Nivel de conocimientos sobre el VIH: tiene raíz en el trabajo de la metodología científico-filosófica. Los describimos en términos de la abstracción y la profundidad adquirida en la relación sujeto/objeto (Sánchez, 2014)

Conductas de autocuidado: forma propia de cuidarse así mismo práctica de actividades que las personas, que quieren, pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por cuenta propia, con el fin de seguir viviendo en bienestar, mantener y/o recuperar la salud y prolongar la vida (Sillas González D. & Jordán Jinez Ma., 2011)

Adherencia terapéutica: el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos en la vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (Libertad, 2004)

Habilidades para la vida: Habilidades relacionadas con el conocimiento social, percepción, codificación y decodificación de emociones, toma de perspectivas, razonamiento interpersonal y solución interpersonal de problemas (Bierman y Montimy, 1993)

Definición operacional

VD:

Nivel de conocimientos: puntajes obtenidos en el cuestionario que se desarrollará en el estudio 1.

Conductas de autocuidado: puntajes obtenidos en el cuestionario que se desarrollará en el estudio 1.

Habilidades para la vida: escala diseñada por Díaz et al. (2013)

VI: Intervención psicoeducativa: Se instrumentará una intervención cognitivo-conductual que se desarrollará en ocho sesiones que incluye los siguientes componentes:

Temas (anexo 2)

- Conocimientos sobre el VIH
- Vías de transmisión
- Qué son CD4 y carga viral?
- Enfermedades oportunistas
- Autoconocimiento
- Autoregistro
- Alimentación
- Actividad física
- Conductas sexuales seguras
- Mitos sobre tratamientos alternativos
- Reflexión

Técnicas cognitivo-conductual

Diseño pre-experimental de pret-test/pos-test (Sousa et al. 2007)

Tipo de estudio: transversal

Participantes: Entre ocho y diez personas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión

- Personas que viven con VIH que asisten a la asociación civil.
- Mayores de 18 años de edad
- Sin antecedente de un padecimiento psiquiátrico.
- Sin complicaciones asociadas al SIDA.

Criterios de exclusión

- Personas que decidan no participar
- Personas sanas.
- Personas que falten más de dos veces a la intervención

Instrumento:

Se utilizó el cuestionario sobre conocimientos y conductas de autocuidado para el VIH, que se desarrollará en el estudio 1.

Procedimiento

Se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual de una sesión intensiva con dos horas de duración, que se realizaron en una institución de salud pública ubicada en la Ciudad de México.

Se aplicó el consentimiento informado (anexo 1)

Para el desarrollo de las sesiones, se elaboró un manual de operaciones elaborado exprofeso, así como las cartas descriptivas.

Análisis de resultados

Descriptivo

Procesamiento de la información

Uso de paquete estadístico SPSS versión 20 y STATA versión 4.

Aspectos éticos

- Los datos derivados en esta investigación/intervención serán confidenciales y utilizados únicamente para los fines de la investigación
- En todo momento se guardará el anonimato de los participantes

La muestra total para el estudio dos, fue de 96 personas que viven con VIH, que son derechohabientes en una instancia de salud en la CDMX, de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana determina es: *“aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje, de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo, en el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje reactiva pero prueba suplementaria indeterminada, se considera como posiblemente infectado, se recomienda repetir la prueba de laboratorio tres meses después”*.

Se implementó una intervención psicoeducativa en personas que viven con VIH SIDA, de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana; conformada por 96 participantes, realizando 10 equipos; 9 equipos de 10 integrantes y 6 participantes en un equipo. El tiempo de la intervención psicoeducativa llevo aproximadamente de hora y media a dos horas, esto era de acuerdo a la participación y dudas que surgían en los participantes.

Se utilizó material educativo con facilidades de identificar, acompañado de una presentación en formato Power Point conformada por 20 diapositivas a bordando ejemplos y dinámicas de los temas ya antes mencionados. La metodología de realizar material educativo para un mayor aprendizaje significativo, fue obtener mayor apego al tratamiento y a los autocuidados de las personas que viven con VIH, como lo menciona el autor Bruner “aprendizaje por descubrimiento” el profesor o el facilitador juega un papel de guía interviene lo menos posible, requiere habilidades cognitivas autorregulación, pensamiento crítico, estrategias de aprendizaje y al ser parte el paciente o el aprendiz se requiere de entrenamiento heurístico pensamiento crítico y organización eficiente de lo aprendido.

Al finalizar la intervención psicoeducativa se aplicó a los derechohabientes hospitalarios pertenecientes a la institución de salud de la Ciudad de México el instrumento<

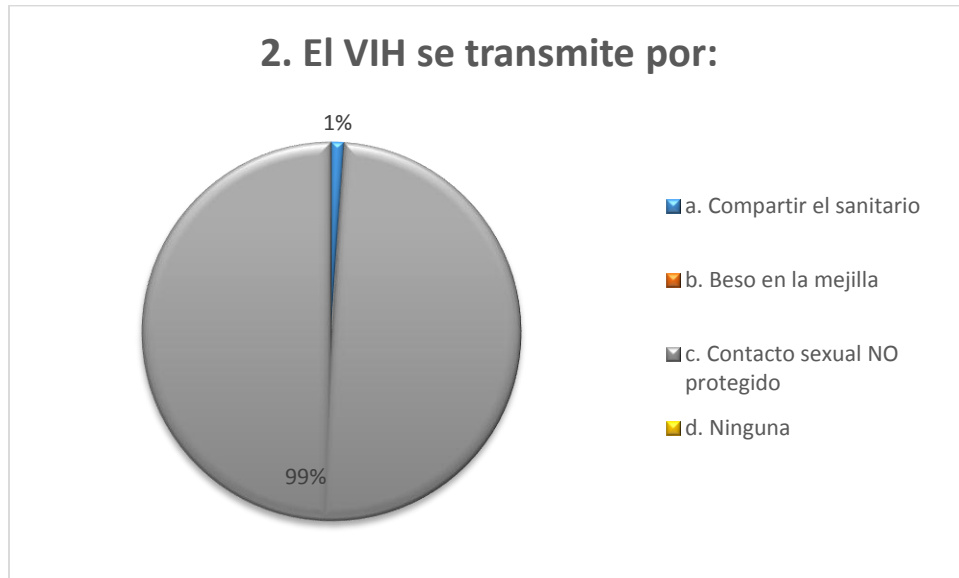
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

En el análisis de datos el 100% de la población que participo en la intervención psicoeducativa, demostró que el total de la población comprendía y sabía el concepto de VIH.

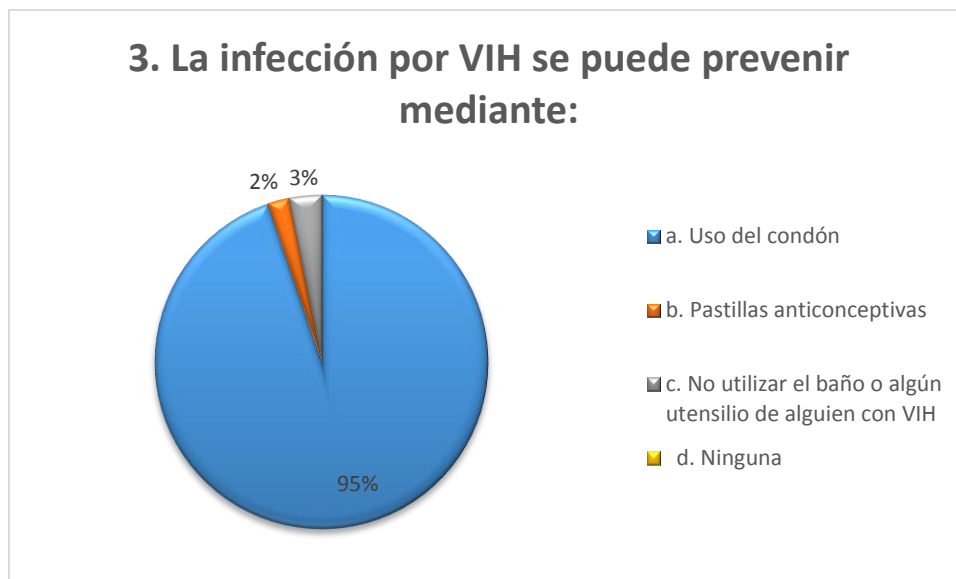
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

De acuerdo a la población derechohabiente que participo en la intervención, demostró que el 99% de los participantes escogieron la opción C, describe que el el VIH se transmite por contacto sexual NO protegido, enseguida del 1% contesto que el VIH se transmite por compartir el sanitario.

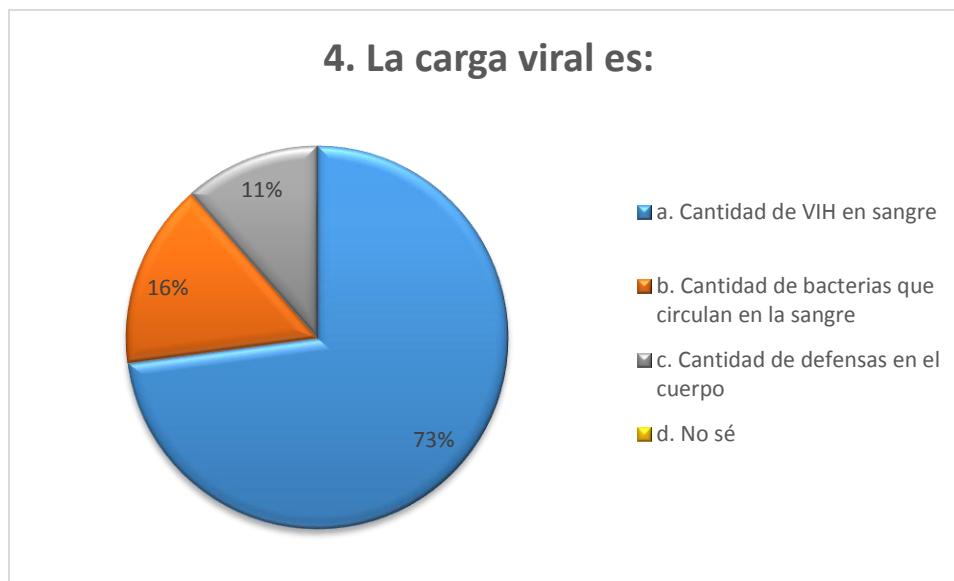
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

De acuerdo a la población que participo en la intervención determino que el 95%, la infección por VIH se puede prevenir mediante el uso del condón, el 3% no utilizar el baño o algún utensilio de alguien con VIH, y finalmente el 2% escogió que la infección por VIH se puede prevenir mediante pastillas anticonceptivas.

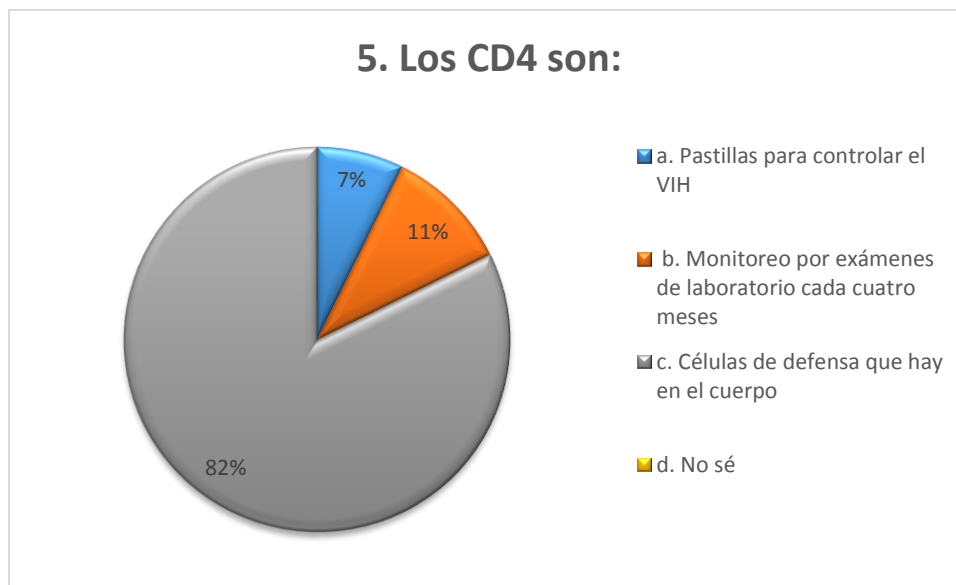
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

De acuerdo a la pregunta cuatro, en la cual hace referencia a que es la carga viral el 73% de la población que participo contesto que es la cantidad de VIH que hay en sangre, 16% hace referencia a la cantidad de bacterias que circulan en la sangre y finalmente el 11% contesto que es la cantidad de defensas en el cuerpo.

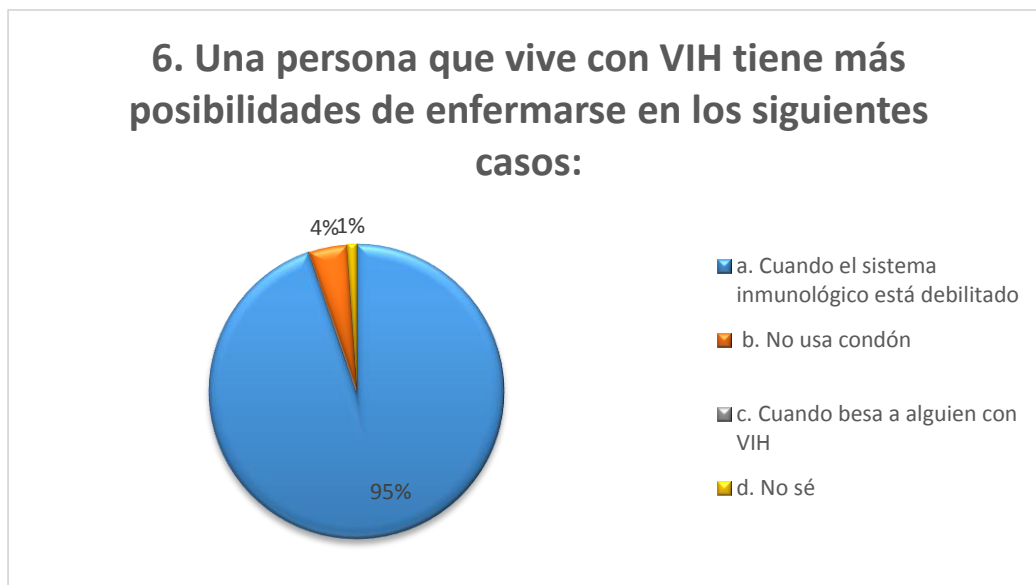
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

De acuerdo a la pregunta cinco, hace referencia que son los CD4, el 82% contestó que son células de defensa que hay en el cuerpo, el 11% contestó que es un monitoreo por exámenes de laboratorio cada cuatro meses y finalmente el 7% corresponde a pastillas para controlar el VIH.

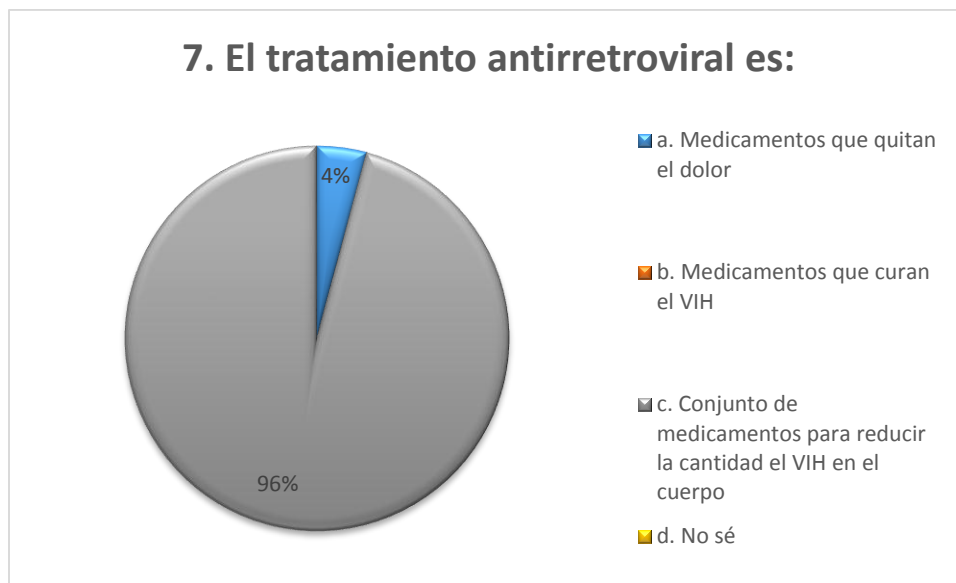
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

Referente a la pregunta seis hace alusión a una persona que vive con VIH tiene más posibilidades de enfermarse en los siguientes casos: el 95% cuando el sistema inmunológico está debilitado, 4% no usa condón y el 1% desconoce sobre la información.

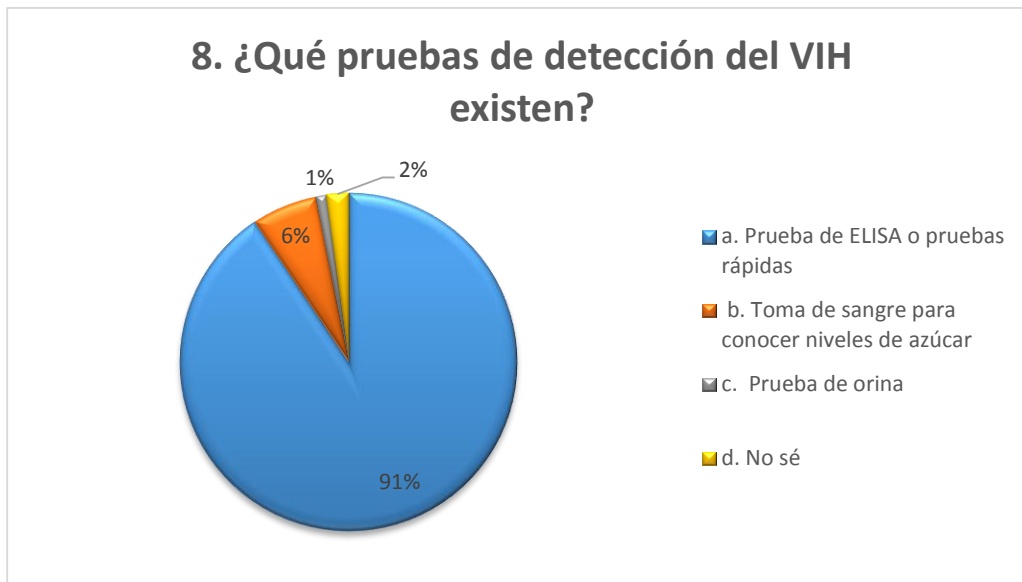
Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

En la pregunta siete hace referencia al tratamiento antirretroviral es: 96% determina que son un conjunto de medicamentos para reducir la cantidad el VIH en el cuerpo y el 4% hace referencia a medicamentos que quitan el dolor.

Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

En la pregunta, ¿Qué pruebas de detección del VIH existen? El 91% contestó que existe pruebas de ELISA o pruebas rápidas, el 6% contestó toma de sangre para conocer niveles de azúcar, el 2% desconoce sobre la información y el 1% contestó que la prueba de orina es una prueba de detección de VIH.

Población derechohabiente hospitalaria que vive con VIH, pertenecientes a una Institución de Salud en la Ciudad de México, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis de datos, 2018.

En la pregunta nueve que hace referencia es la fase avanzada por infección del VIH el 95% contestó que es el SIDA, el 3% herpes, el 1% tuberculosis y el otro 1% tos crónica.

Discusión

Finalizando la intervención psicoeducativa se pudieron obtener datos duros en el cual hubo incremento significativo en la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad. Se obtuvo mayor apego al tratamiento, se aclararon mitos relacionados con tratamientos alternativos como hierbas medicinales, ozono terapia, factor de referencia. Cualitativamente se pudo realizar un diario de campo en el cual se registraron violaciones de derechos humanos por los jefes de área, negación de asistencia a consulta, discriminación por parte de compañeros de

trabajo y jefes de servicio. Dato importante que se logró identificar fue la correcta forma de colocación de preservativo, los pacientes mencionaban que si sabían colocar el preservativo, pero en el momento que les solicitaba que hicieran favor de mostrar cómo se colocaba se identificó que tenían varios errores a la hora de explicar y demostrar el uso correcto del condón, también la mayoría de los participantes desconocían que existiera un preservativo femenino.

Los pacientes mostraron su agrado por la intervención e hicieron mención de otras instituciones que tenían grupos de autoayuda, era importante y necesario realizar ese tipo de actividades para los derechohabientes.

Capítulo 4. Discusión

*“La mente que se abre a una nueva idea
jamás volverá a su tamaño original”
Einstein A.*

El propósito de este estudio fue identificar los factores de riesgo asociados al VIH se encontró que los factores de riesgo fueron en esta muestra hospitalaria sin embargo estos hallazgos son consistentes con la literatura o diferentes a dichos autores.

Es muy importante que las personas que viven con VIH conozcan sobre su enfermedad para evitar las complicaciones y a su vez disminuir las tasas mortalidad, morbilidad; es por ello que se realizó un instrumento para evaluar el grado de conocimientos de las personas que viven con VIH.

Es importante realizar intervenciones psicológicas basadas en la evidencia es por ello que se realizó esta intervención se encontró las personas en general se sensibilizaron y adquirieron sus conocimientos por lo tanto es probable que sigan con su tratamiento, haciendo énfasis a estilos de vida saludable.

Limitaciones

En este estudio se encontraron diversas limitaciones para proporcionar educación, autorización de la aplicación de la cuestionario demoró aproximadamente un mes, posteriormente empatar fechas para su aplicación y coincidir con las personas que se les aplico el instrumento, la mayoría de ellas habitan en algún estado de la república. En el pre de la aplicación de la encuesta se pudo observar que el grupo de pacientes que vive con VIH está aislado de los pacientes en general. Para el desarrollo de la aplicación de la intervención educativa se tuvo que esperar dos meses a que los pacientes regresaran nuevamente a consulta y se aprovechara el momento para la intervención.

En la realización de la intervención no se pudieron captar más pacientes debido a la negación de permisos por parte de jefes de áreas o bien porque los pacientes estaban de comisión en lugares externos a la CDMX.

Sugerencias

Coordinación con las autoridades correspondientes para que los derechohabientes asistan a sus consultas en tiempo y forma solicitada por su médico tratante.

Exista una clínica especialidad en coordinación interdisciplinaria por parte de los diferentes especialistas que involucra el tratamiento de los pacientes que viven con VIH.

Trabajar en conjunto con el personal de la institución para sensibilizar a la población sobre tema como el VIH-SIDA.

Referencias

Álvarez y col. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH que consumen alcohol y que asisten al Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” 2011 Universidad de Guayaquil. Ecuador.

Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. (AMSSAC). México 2017. Disponible: <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

Castro Abreu I. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev. Habana de Ciencia Médica. 2010. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000500014

Castro Jiménez. M.A., Rey Benito G.J., Duque Beltrán S., Diagnóstico de micosis oportunistas en pacientes con VIH/sida: un estudio de casos en Colombia. Asociación Colombiana de Infectología. 2011 Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v15n2/v15n2a03.pdf>

Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI) y Fundación México Vivo. 30 años del VIH-SIDA. México. 2011, Pp.240.

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida (CENSIDA). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de casos de SIDA Actualización al 31 de Marzo del 2014.

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida (CENSIDA). *La epidemia del VIH y el sida en México*, 2016. Recuperado en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida (CENSIDA), Información de Vigilancia Epidemiológica. Segundo Trimestre del 2018. Recuperado en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391168/RN_2do_trim_2018.pdf

Centros para el control y la prevención de enfermedades. *Hoja informativa* 2014
Recuperado en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/factsheets.html>

Corral R. Biología Molecular del VIH desde las cepas "virgenes" hasta las multirresistentes.
Corporación de Lucha contra el SIDA. 2000.

Departamento de Estadística. Bioestadística Estudios de casos y controles. Universidad
Carlos III de Madrid.

Diario oficial 2016 Recuperado en: <https://www.diariolasamericas.com/america-latina/los-5-paises-america-latina-mayores-contagios-nuevos-vih-n4109075>.

Díaz Posada L.E., Rosero Burbano, R.F., Melo Sierra, M.P. y Aponte Lopez, D. Habilidades
para la vida: Análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su
medición. *Rev. Colombiana de Ciencias Sociales*, 2013.

Díaz A. M.A. Beneficios y desventajas de la terapia antiretroviral altamente activa
(HAART). Otras alternativas Recuperado en:
http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1676.pdf

García G.G. Prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario
del distrito de Barranquilla Colombia. *Rev. Científica Salud Uninorte*. 2015.
Recuperado en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/6461/7629>

Gordis L. *Epidemiología*. México. ELSEVIER, 2005; pp. 336

Gómez G.M., Danglot Banck C., Huerta Alvarado S.G., García de la Torre G. *Mexicana de
Pediatria* El estudio de casos y controles: su diseño, análisis e interpretación, en
investigación clínica. *Rev. Medigraphic*. 2003 Disponible
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp035h.pdf>

Guerrero G.M. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida
en población privada de la libertad. El caso de Cartagena. Universidad Nacional de
Colombia. Bogotá, Colombia, 2012.

Instituto Nacional de Salud Pública, Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el sida (CENSIDA) 25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos, 2008.

Izazola Licea J.A., Valdespino Gómez J.L., Sepúlveda Amor J. Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. El caso de la Ciudad de México. Rev. Salud Pública, 1988 Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/161/154>

Lantigua F.I. España, un ejemplo en la prevención del VIH en prisiones. El MUNDO, 2010 Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/07/20/hepatitissida/1279616856.html>

Ligia V.G. (jul., 2003) Revista Biomed. Género, violencia y la epidemia del VIH/Sida en Yucatán, México. Recuperado de <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb031447.pdf>

Libertad M.A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana de Salud Pública, 2004. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

Noguera Orozco M.J., Caro Vega Y., Crabtree Ramírez B., Vázquez Pineda F., Sierra Madero J. Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. Rev. de Salud Pública, 2015. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7601/10210>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *El VIH y el sida en los lugares de detención*, 2012. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf.

Pagano M. Gauvreau K. Fundamentos de Bioestadística. Edi. Thomson Learning;2001, México.

Pilco A & col. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), 2016; Ecuador. Recuperado en <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1931>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Hoja Informativa Julio 2018. Recuperado en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Sánchez González J. Innovación Educativa. Los niveles de conocimiento., El Aleph en la innovación curricular, 2014. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>

Sillas González D.E., Jinez Jordán Ma. L. Elemento esencial en la práctica de enfermería. Rev. Clínica. Autocuidado, 2011. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

Soto Mas & col. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Rev. Esp Salud Pública. 1997.

Sánchez, José Pedro; Quiles Sebastián, María José; Méndez Carrillo, Francisco Xavier. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia Papeles del Psicólogo Madrid, España. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808504.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario 2009. Disponible: www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/index.html

Viviano Llave T.M. ABUSO SEXUAL: Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención. Ministro de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2012 Pp. 64.

Kenly Chacòn S. Aproximación al enfoque cognitivo conductual: una experiencia de intervención Rev. Trabajo Social No. 69; 2006.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN INTERVENCIÓN DE MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA

Título del Programa: “Caminando por mi VHIDA”

Responsable: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Único de Especializaciones en Psicología, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Corresponsable: Institución de Salud en la CDMX

Lugar: Institución de Salud en la CDMX.

Se le solicita atentamente su aprobación para participar en una intervención psicológica de modificación de estilos de vida, a continuación se mencionan los puntos a considerar:

EVALUACIÓN: Se me realizarán dos mediciones de presión arterial al inicio y al término de las sesiones, asimismo, se llevarán a cabo mediciones de mi peso corporal, estatura y circunferencia de cintura en cada visita, dentro de las instalaciones del _____

SEGUNDA FASE: Acudiré a diez sesiones psicoeducativas de entrenamiento para que desarrolle estrategias de modificación de estilos de vida que incluyen técnicas de cambio de conducta sobre planificación de metas, alimentación saludable y actividad física en la vida cotidiana que me permitirán mejorar mi estado de salud y No afectarán mi salud física.

- A. Estoy enterado(a) de que mi participación NO afectará la estancia, atención, derechos u obligaciones dentro del _____
- B. La intervención psicoeducativa es libre de riesgos.
- C. En caso de ser necesario, se me referirá al servicio de atención clínica que se requiera.
- A. Asistiré a 8 sesiones de 2 horas aproximadamente, los días _____ a.m. en el _____
- B. Estoy enterado(a) de que las sesiones son grupales.
- C. Estoy enterado(a) de que la información y los resultados obtenidos de la intervención serán de carácter confidencial y para uso exclusivo del estudio.
- D. El material requerido para la intervención será totalmente gratuito y será proporcionado por el facilitador.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo y no se hará alguna compensación económica por mi participación.-----

Lugar _____ Fecha: ____/____/2017

() **Sí acepto participar**

() **No acepto participar**

Preguntas y dudas con: Programa único de Especializaciones en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Teléfono 5622 22 27

Anexo 2

Taller psicoeducativo para personas que viven con VIH

“Caminando por mi VIHda”

Carta descriptiva

Sesión 1 - 1

Tema: Conocimientos básicos sobre el VIH

Horario: 9 a 12 pm

Asistentes: 8 a 10

Objetivo general: Los participantes conocerán el objetivo de la intervención psicoeducativa y los conocimientos básicos sobre el VIH.

Tema/asunto	Objetivo	Desarrollo	Material	Tiempo
Bienvenida Presentación de la Promotora de Salud (PS)	Dar a conocer la trayectoria profesional de la Promotora de la Salud	La promotora de salud (PS) se presentará de manera breve ante el grupo	Ninguno	5 min.
Conocimientos sobre el VIH	Las asistentes identifiquen cuales son las vías de transmisión del VIH, la diferenciación entre VIH y sida.	La promotora de salud (PS) pedirá a los participantes que se sienten en semicírculo, la promotora comenzará con una pequeña introducción de las diferencias entre el VIH y sida. La PS pegará tres camisetas de diferentes colores en la pared. En la primera se explicarán conceptos relacionados con un estado serológico negativo al VIH (cantidad de defensas en sangre, funcionamiento del organismo frente alguna patología como el virus de la gripe y el cuadro de síntomas). Segunda camiseta se explicarán conceptos clave relacionados con el proceso de infección por VIH y su evolución durante los primeros años (cantidad de	Hojas de papel bond Plumones Cinta adhesiva Tres camisetas hechas de cartulina o fieltro de diferentes colores Tarjetas blancas	10 min.

		defensas en sangra, funcionamiento del organismo frente alguna patología como el virus de la gripe y el cuadro de síntomas). En la tercera camiseta se abordaran conceptos que hacen referencia final de la infección por VIH (cantidad de defensas en sangra, funcionamiento del organismo frente alguna patología como el virus de la gripe y el cuadro de síntomas). Finalmente la PS explicará aquellos conceptos relacionados con prueba de detección del VIH, formas de transmisión, parámetros de carga viral, CD4.		
Importancia de los CD4	Identificar y conocer los niveles de control que mencionan las instituciones gubernamentales para mayor control sobre el virus	La PS dará una introducción a la importancia de lo CD4, y los parámetros establecidos por ONUSIDA.	Plumones Cinta adhesiva Hojas de color	15 min.

Tema/asunto	Objetivo	Desarrollo	Material	Tiempo
Enfermedades oportunistas	Conocer e identificar las diferentes patologías que afectan a las personas que viven con VIH	La PS dará una explicación de las enfermedades oportunistas más comunes en las personas que viven con VIH, y para reafirmar conocimientos con ayuda de un material educativo elaborado por la PS, jugaran entre el grupo.	Hojas de papel bond Plumones Cinta adhesiva	50 min.
Autocontrol	Identificaran un esquema de autocontrol para que las participantes reflexionen sobre sus conductas	La PS explicará lo que es el autocontrol, realizará en conjunto con las participantes algunos ejercicios y con ayuda de algunos ejemplos. Emoción-----Conducta-----Resultado	Plumones Cinta adhesiva Hojas de color	20 min.

Alimentación	Identificar porciones correctas para una alimentación adecuada, alimentos permitidos y no correctos, conocer el plato ejemplar	La PS con ayuda de un franelógrafo abordara el tema de alimentación, enseñara a los participantes la alimentación adecuada, y conocerán el plato ejemplar. Con ayuda de hojas blancas las participantes dibujaran su plato ejemplar.	Hojas de papel bond Plumones Cinta adhesiva Plato ejemplar Material educativo	30 min.
Actividad física	Conocer y realizar los ejercicios permitidos en una persona que vive con VIH	La PS realizará y enseñará los ejercicios adecuados que pueden hacer de acuerdo a sus condiciones. La PS les proporcionara a los participantes una hoja guía con los diferentes ejercicios que pueden realizar.	Plumones Material educativo elaborado por la promotora de salud	10 min.

			Cinta adhesiva Hojas de color	
Conductas sexuales seguras	Conocer e identificar las conductas sexuales seguras (colocación de preservativo femenino y masculino)	La PS preguntará a las participantes la forma correcta de colocar un condón y una voluntaria explicará la forma correcta de colocarlo. Después la PS junto con los demás participantes identificarán y mencionarán los puntos correctos y/o incorrectos.	Hojas blancas Hojas de papel bond Material educativo Preservativos	20 min.
Reflexión sobre el taller	Integrar, incorporar los conocimientos adquiridos durante las sesiones	La PS pedirá a los participantes que expongan y escriban que se llevan del taller, que cambios hubo en relación con su enfermedad y su vida, que no les gusta, que le agregarían al taller. La PS pedirá que los participantes se pongan de pie y hagan un círculo y se abracen de forma que todos queden entrelazados.	Hojas blancas Bolígrafos Colores	20 min.

Anexo 3

“CAMINANDO POR MI VIHDA”

LIC. KARLA KARINA GÓMEZ PLATA
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN A LA SALUD

FEBRERO 2018

DINÁMICA



VIH

Virus de
Inmunodeficiencia
Humana

SIDA

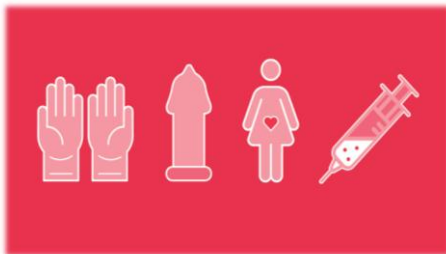
Síndrome de
Inmunodeficiencia
Adquirida



¿QUÉ ES EL VIH?

El VIH, es una enfermedad viral la cual daña el sistema inmune causando SIDA. Dicha enfermedad puede ser transmitida por contacto sexual, vía perinatal o transfusión de sangre.

VÍAS DE TRANSMISIÓN



CARGA VIRAL

Cantidad de virus en la sangre.

CD4

Células encargadas de prevenir o controlar infecciones (virus, bacterias, hongos y parásitos comunes).

Parámetros

Notas

Guía rápida para los resultados de las pruebas

Recuentos de CD4

- Entre 500 y 1.200 = lo normal entre personas sin VIH
- Por encima de 350 = **no** se recomienda, en general, el tratamiento anti-VIH
- Por debajo de 350 = **sí** se recomienda el tratamiento anti-VIH
- Por debajo de 200 = existe un mayor riesgo de infecciones y enfermedades, por lo que se aconseja el tratamiento para el VIH

También pueden darte los resultados de tus CD4 en forma de porcentaje

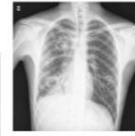
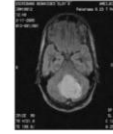
- Por encima del 29% = similar a un recuento de CD4 por encima de 500
 - Por debajo del 14% = similar a un recuento de CD4 por debajo de 200
- ##### Carga viral
- Entre 100.000 y un millón = alta
 - Por debajo de 10.000 = para personas con VIH sin tratamiento, baja
 - Por debajo de 50 = conocida como carga viral "indetectable"; el objetivo de la terapia anti-VIH es conseguir una carga viral indetectable

DINÁMICA



ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

- Tuberculosis pulmonar
- Criptococosis cerebral
- Histoplasmosis



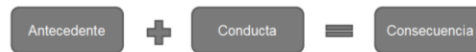
Influencia de los pensamientos y las emociones en la conducta



Ejemplos Positivos y Negativos

Dinámica: ¿la manera en cómo me siento, pienso y actúo influye en mi salud?

AUTOCONOCIMIENTO



AUTOREGISTRO

- Tratamiento
- Fechas de estudios de laboratorio
- Alimentación
- Actividad física

Fecha	Medida	Estado	Observaciones	Medida	Medida

Día / Hora	Actividad / Servicio	Calorías consumidas (kcal)	Actividad en minutos

ALIMENTACIÓN



PLATO EJEMPLAR



El secreto para medir las porciones de tu dieta al alcance de tus manos



