



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGIA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

PSICOEDUCACIÓN: UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON VIH/SIDA

Por

MARÍA ISABEL VELÁZQUEZ TELLO

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Dr. Ismael García Cedillo

Co-director

Dr. Sergio Galán Cuevas

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

PSICOEDUCACIÓN: UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON VIH/SIDA

Por

MARÍA ISABEL VELÁZQUEZ TELLO

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Dr. Ismael García Cedillo

Co-director

Dr. Sergio Galán Cuevas

Sinodales

Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello

Dr. Sergio Galán Cuevas

Dr. Ismael García Cedillo

Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello
Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado

Dra. Angelina González Hurtado
Coordinadora de la Maestría en Psicología

Dr. Agustín Zárate Loyola
Director

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a CONACYT por el apoyo económico brindado por medio de la beca durante mi estancia en la maestría, fue de vital importancia para lograr terminar con mis estudios.

Agradezco a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y a la Facultad de Psicología por otorgarme ahora el grado de Maestría, y por ser mi casa de estudios, gracias.

Muchas gracias Dr. Ismael por acompañarme en este largo trayecto que llevamos juntos trabajando, por impulsarme y motivarme a seguir adelante, pero sobre todo muchas gracias por creer en mí, sin ti no habría terminado este trabajo del cual quedo muy satisfecha.

Gracias al Dr. Sergio Galán Cuevas y a la Mtra. Rocío Angélica González por la disposición que mostraron siempre para revisar mi trabajo en el cual hicieron correcciones y aportaciones muy importantes que permitieron la realización total de este trabajo.

Agradezco también a la institución que prestó el espacio para que esto se llevara a cabo, así como a los participantes del estudio, pues mostraron siempre mucha disposición e interés en el proyecto, sin ustedes este trabajo no hubiera sido posible.

Por último quiero agradecer a mi familia y amigos porque siempre estuvieron ahí tanto en los momentos de éxito como en los momentos difíciles.

Gracias infinitas a todos.

PSICOEDUCACIÓN: UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON VIH/SIDA

Resumen

Por: Mtra. María Isabel Velázquez Tello

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Noviembre 2013

Director de tesis: Ismael García Cedillo

El objetivo del estudio fue evaluar un programa de intervención psicológica dirigido a mejorar la adherencia terapéutica de un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA, mismo que fue evaluado con las siguientes variables: linfocitos CD4, carga viral, depresión, consumo de alcohol y ejercicio. Se trata de un estudio cuasi-experimental con una evaluación pre-post, en el que se trabajó con un grupo control de 16 personas y un grupo experimental de 10 personas diagnosticadas con VIH/SIDA que acuden a atención médica a un hospital público. Se realizó la intervención grupal bajo el enfoque de la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual, que tuvo una duración de 13 sesiones. Al término de la intervención se observaron cambios estadísticamente significativos ($p \leq .10$) en el grupo experimental en las variables de carga viral ($p \leq .068$) y depresión ($p \leq .091$) las cuales disminuyeron considerablemente; en cambio, se observó que en la comparación control-experimental el grupo control mostró puntajes de depresión significativamente más altos ($p \leq .002$). Por lo mencionado anteriormente se concluye que la intervención resultó efectiva. Además, los resultados establecen la relevancia de las intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud y la importancia de promover cada vez más la cultura de la participación en grupo.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
CAPÍTULO	
1. Diagnóstico Situacional.....	1
Introducción.....	1
Revisión Bibliográfica.....	3
Propósito del estudio.....	6
Método.....	7
Resultados.....	9
Conclusiones.....	12
2. Diseño de intervención.....	14
Introducción.....	14
Objetivos.....	14
Revisión bibliográfica.....	14
Programa de intervención.....	21
3. Implementación de la intervención y diseño de evaluación.....	32
Introducción.....	32
Implementación de la intervención.....	32
Diseño de la evaluación.....	32

4. RESULTADOS.....	37
Introducción.....	37
Resultados de la fase de psicoeducación.....	38
Resultados de la post evaluación.....	40
Discusión.....	45
Conclusiones.....	47
REFERENCIAS.....	49
APÉNDICE	
A. Acuse de recibo y aceptación del artículo.....	51
B. Artículo.....	52
C. Instrumento de adhesión.....	65
D. Entrevista al director de la institución.....	70
E. Entrevista a psicólogas.....	71
F. Entrevista a pacientes para el diagnóstico situacional.....	72
G. Entrevista de variables socio demográficas y clínicas.....	74
H. Escala de depresión de Beck-II.....	77
I. Consentimiento informado.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

1. Programa de intervención.....	21
2. Conteos de CD4 y carga viral.....	33
3. Cronograma de intervención.....	35
4. Resultados de la fase psicoeducación.....	37
5. Datos socio demográficos.....	39
6. Comparación de medias en GC y Ge.....	40
7. Comparación pre-pre y post-post en GC y GE.....	41
8. Comparación pre-post en GC y GE.....	41

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Comparación pre-post de Beck-II por paciente del GE.....	42
2. Comparación pre-post CD4 por paciente del GE.....	43

CAPÍTULO UNO

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Introducción

En el primer capítulo se presenta el diagnóstico situacional que se realizó para poder justificar la implementación de este proyecto. Aquí podremos ver las necesidades del estudio, se hace una revisión bibliográfica acerca de otros estudios relacionados con el tema, enseguida se plantean los objetivos del estudio, la metodología con la que se realizó y los resultados obtenidos. Al final se plantean las conclusiones a las que se llegó después de analizar los resultados.

Necesidad del estudio

A finales del 2010, el Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), estimó que a nivel mundial existían 34 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (ONUSIDA/ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2011).

Los registros realizados por CENSIDA de manera conjunta con ONUSIDA, reportaron que en México al 30 de septiembre de 2011 se habían diagnosticado y registrado 151,614 casos acumulados de SIDA, de los cuales 82% eran hombres y 18% mujeres; y se habían registrado 36,714 casos acumulados de VIH, de los cuales 72.8% eran hombres y 27.2% mujeres (CENSIDA/Secretaria de Salud, 2011).

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población (hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que realizan

trabajo sexual y personas que usan drogas inyectables), pero que aún no se considera que presente en la población en general (CENSIDA, 2009).

Una cuestión muy importante en cuanto al VIH/SIDA es el tratamiento, el cual se denomina Terapia Antirretroviral de alta eficacia (TARV) y según el último informe de ONUSIDA, hasta el 2010 se tenía una cobertura de TARV del 60% -79% en la población que vive con VIH/SIDA en México (CENSIDA/Secretaría de Salud, 2011).

Especialmente en el entorno asistencial de la infección por VIH, se ha introducido el término “adherencia” en el sentido de que implica un papel más activo, una actitud positiva y un mayor compromiso del paciente en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral en sus varios aspectos: la toma del medicamento con la frecuencia prescrita, a las dosis correctas y en una relación adecuada con las comidas (Kleeberger y Phair, 2001).

Algunos autores se refieren a la adherencia terapéutica como el contexto en el que el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones realizadas por los profesionales de la salud (Bimbela, 2002; Arevalo et al., 2008; Silva, Galeano y Correa, 2005).

Por su parte, la OMS adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como “el grado en el cual el comportamiento del paciente (la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida) responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud” (OMS, 2004. p.10). También, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y su participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención.

Se han encontrado diversos factores que están relacionados con la adherencia terapéutica. Servellen, Brown, Lombardi y Herrera (2003), pudieron observar una relación moderada a alta entre el nivel de educación y la capacidad de distinguir entre mitos y hechos sobre el VIH y su

tratamiento, pues el nivel de entendimiento de los términos sobre VIH estaba relacionado con el nivel de educación y los ingresos, mientras que el entendimiento sobre las prescripciones del medicamento resultó asociado con la edad y el nivel de educación.

Revisión bibliográfica

Se ha encontrado que hay diversos factores asociados a la adherencia al tratamiento. Según un estudio realizado por Wagner, Kanouse, Koegel, y Sullivan (2004), la adherencia estuvo relacionada positivamente con el conocimiento de los tratamientos para el VIH, la percepción de la eficacia del tratamiento, la motivación para la adherencia y los resultados negativos para la salud esperados por mostrar baja adherencia. Aun así, el único indicador capaz de predecir la adherencia en el análisis de regresión fue la asistencia constante a los centros donde reciben el tratamiento.

En un estudio llevado a cabo en Hawaii por Ka'opua y Mueller, (2004) los pacientes reportaron que la afiliación con la familia y un alto involucramiento de ésta fueron los factores más importantes para mantener un buen nivel de adherencia.

Murphy et al. (2003), menciona que entre los pacientes latinos tener a alguien por quien vivir es extremadamente importante en términos de la adherencia terapéutica.

Stewart, Cianfrini y Walker (2005) en su investigación, los resultados mostraron que el ser más joven y presentar conteos de CD4 más elevados estaba asociado con una mejor salud física (el no presentar enfermedades oportunistas, por ejemplo), así como tener un hogar estable. El estrés se asocio negativamente con el estatus de salud tanto física como mental, por último encontraron que el apoyo social se asoció positivamente con el estatus de salud mental.

Kremer, Ironson, Schneiderman, y Hautzinger (2006) compararon los pensamientos que hay detrás la decisión de no comenzar con un tratamiento antirretroviral y los criterios de

decisión más comunes fueron: la preferencia por medicina complementaria y alternativa, para evitar los resultados adversos del tratamiento y la percepción de un beneficio en la calidad de vida psicosocial que resultaría al no someterse a la terapia ARV. Además encontraron que alrededor de la mitad de las personas tomaron en cuenta sus creencias espirituales.

Adherencia al tratamiento y factores psicológicos

La presencia de trastornos afectivos en los pacientes viviendo con VIH/SIDA es algo común, tomando en cuenta que la terapia ARV por si misma suele desencadenar alteraciones emocionales. Los trastornos afectivos que más comúnmente se presentan en los pacientes viviendo con VIH son: desorden bipolar y depresión o episodios depresivos. Otro dato importante es, que las mujeres tienden más a encontrarse en particular riesgo de desarrollar una depresión mayor (Arendt, 2006).

Brief et al. (2004) concluyen en su estudio que la adherencia en los pacientes VIH positivos con Síndrome de Estrés Post-traumático (SEPT) se complica. Esto se debe en parte a que los individuos VIH positivos con SEPT presentan, por lo general, mayores niveles de estrés emocional y depresión, factores que se ha demostrado en estudios anteriores facilitan la pobre adherencia, al igual que el consumo de alcohol y drogas. La exposición a un trauma puede tener además muchos otros efectos adversos sobre la persona, se ha encontrado por ejemplo que estas tienen un funcionamiento inmune más pobre, provocando que su conteo de células CD4 disminuya de manera más rápida.

Schwartz et. al (2006), trabajaron con un grupo de 477 mujeres de dos grandes ciudades de EEUU. 20% reportó niveles de ansiedad y desesperanza moderados y 10% altos, dependiendo de su estatus del VIH y edad (a mayor edad, mayor presencia de estos factores) y el 8% reportó

ideas suicidas en las últimas dos semanas. Por los resultados obtenidos se debe poner a tención a este tipo de casos además de indagar como esto afecta a su nivel de adherencia.

García, Rodríguez y Sanches-Armass (2009) en su estudio sobre adherencia y trastornos mentales mencionaron que un alto porcentaje de los pacientes de su muestra presentaba algún indicador que pudiera estar relacionado con los síntomas que caracterizan a la depresión, síndrome de estrés post traumático o conducta antisocial.

Bottonari, Roberts, Ciesla y Hewitt, (2004) realizaron un estudio acerca de tres aspectos de la vida que pudieran ser estresantes para los pacientes y su relación con la adherencia: estrés percibido, eventos de vida impactantes que no estuvieran relacionados con la enfermedad de VIH, y eventos de vida impactantes. Los resultados indicaron que la percepción de estrés, más que los eventos de vida impactantes, predecían de manera anticipada una adherencia más pobre al tratamiento. Concluyendo que a un nivel mayor de síntomas depresivos, se asociaba con un nivel mayor de estrés, el cual a su vez predecía una menor probabilidad de una adherencia excelente.

Existe un factor psicológico que esta también relacionado con la adherencia al tratamiento, nos referimos a los estilos de afrontamiento. En este sentido Eguiluz, González y Nava (2009) realizaron un estudio cualitativo por medio un estudio de caso para conocer cuáles eran los estilos de afrontamiento de una persona con 13 años de diagnóstico de VIH/SIDA, para ello utilizaron una entrevista a profundidad y encontraron que un factor muy importante para esta persona es la actitud ante la vida, también se encontró la responsabilidad como estilo fuerte de afrontamiento, así como el tener metas, pero sobre todo el apoyo social, familiar y de pareja.

Por otro lado, en un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que las prácticas religiosas tenían un efecto positivo sobre la adherencia y que las creencias religiosas negativas

sobre el VIH tenían un efecto negativo sobre la adherencia. La creencia arraigada de que el VIH es un pecado se asoció con el no estar actualmente en cuidado médico, y la creencia arraigada de que la enfermedad es un castigo de Dios se asoció con un lapso de tiempo más prolongado entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Una asistencia más frecuente a la iglesia estaba asociada con el mantenimiento de las citas médicas. En el caso del género influyó en el lapso entre diagnóstico y el inicio del tratamiento pues, este era más corto en el caso de las mujeres. Además encontraron que las mujeres están más influenciadas por las prácticas religiosas y los hombres por las creencias religiosas (Parsons, Cruise, Davenport y Jones, 2006).

Propósito del estudio

Conocer la viabilidad para la implementación de un proyecto de intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica en personas con VIH/SIDA en CAPASITS San Luis Potosí.

Objetivos

- Obtener información acerca de la institución.
- Realizar entrevistas al personal de la institución.
- Aplicar un instrumento de adherencia a un grupo de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acuden a CAPASITS.

Definición de términos

Adherencia terapéutica: “El grado en el cual el comportamiento del paciente (la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida) responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud” (OMS, 2004. p.10).

Depresión: Es una serie de alteraciones tanto en las esferas cognitivas, afectivas y conductuales como melancolía, ideas negativas, baja autoestima, atribución de culpa, alteraciones del sueño y alimentación (Lizondo, Montes y Jurado 2005).

CD4: Son un subgrupo de linfocitos que tienen un papel muy importante en establecer y maximizar las capacidades de defensa del sistema inmunitario. Los linfocitos CD4 están involucrados en la activación y dirección de otras células inmunitarias, y son particularmente importantes en la respuesta inmune adaptativa (Harrington, Hatton, y Mangan, 2005).

Carga viral: es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por mililitros de sangre. La carga viral resulta un marcador de la actividad del VIH-1 y junto con la determinación de CD4 miden la competencia del sistema inmune del paciente (Bukingham, 2007).

Método

Sujetos.

- 42 pacientes con VIH/SIDA que acuden a CAPASITS.
- El director de la institución.
- La psicóloga de la institución.

Instrumentos y materiales.

- Variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24), elaborado y validado en México (Apéndice C). Es un cuestionario que consta de 30 preguntas (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006).

- Entrevistas semi-estructuradas al director de la institución (Apéndice D), a las psicólogas a cargo (Apéndice E) y a un grupo de pacientes (Apéndice F) con diagnóstico de VIH/SIDA que acuden a la institución.

Procedimiento

Al realizar el primer contacto con la institución para conocer las autoridades correspondientes y presentar el protocolo sobre la investigación que se pretende llevar a cabo, se obtuvieron buenos resultados ya que el director accedió a otorgar una entrevista para conocer a grandes rasgos las funciones y servicios que ofrece la institución.

Enseguida se me indicó que tenía que acudir a Jurisdicción Sanitaria No.1 a llevar el protocolo a revisión por el comité de Ética e Investigación para la Salud, ya que CAPASITS depende de esta institución para evaluar y aceptar proyectos de investigación.

Después de un proceso de alrededor de dos a tres meses, se dio la autorización para entrar en la institución, se aplicaron las entrevistas y los instrumentos correspondientes, después se procedió a analizar los datos recabados durante el proceso.

Análisis de datos

Para analizar los datos que resultaron de la aplicación del instrumento variables psicológicas y comportamientos de adhesión (Piña et al. 2006), se utilizó al inicio una correlación de Pearson donde se relacionaron variables de la adherencia terapéutica con los dominios del instrumento y resultaron significativas las siguientes correlaciones: se encontró que el consumo de medicamentos (0.713**) y el consumo de sustancias (0.788**) se relacionó con las competencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento. También se encontró una correlación entre la toma de decisiones (0.520**) y la tolerancia a la frustración.

Enseguida se realizaron algunos modelos de regresión lineal múltiple para la predicción de conductas relacionadas con el tratamiento y resulto que el consumo de medicamentos tuvo R^2 corregida = .236 (explica la variable competencias pasadas 23.6% de la varianza de la conducta consumo de medicamentos, y el consumo de sustancias (R^2 corregida = .496 explica la variable competencias relacionadas con el tratamiento 49.6% de la varianza de la conducta evitar el consumo de sustancias).

Resultados

Información sobre la institución.

CAPASITS. Sus siglas significan: Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Fundación. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), propuso la creación de los CAPASITS como parte de una estrategia para proporcionar atención médica ambulatoria, a los pacientes con este tipo de padecimientos. Así como la prevención, detección y promoción de la salud para las personas que presentan factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Misión. Proporcionar atención médica integral especializada, de calidad, con criterios de igualdad y respeto; sin discriminación ni estigmatización, tendiente a prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual en la población no derechohabiente y grupos vulnerables.

Visión. Ser el modelo de atención integral ambulatoria a nivel operativo donde se dé solución a las necesidades de la población no derechohabiente con VIH/SIDA y otras ITS en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control y prevención, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la diversidad sexual.

Estructura orgánica.

- 1.- Responsable Estatal del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
- 2.- Responsable Jurisdiccional del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
- 3.- Responsable/Director del CAPASITS.

Servicios que ofrece la institución.

- Área de atención médica
- Área de Enfermería.
- Área de Psicología
- Área de Trabajo Social.
- Laboratorio Clínico.
- Farmacia.

Ubicación y el traslado. Se ubica en la periferia de la ciudad, pero aun así hay varias rutas de transporte que llegan a la institución. Quienes tienen más dificultades para el acceso son las personas que vienen de algún poblado lejano a la capital.

Horarios de servicios. La institución ofrece sus servicios de las 8:00 a.m a las 2:00 p.m. De lunes a viernes.

Costo de los servicios. Ninguno de los servicios tiene costo, las personas que acuden a CAPASITS cuentan con el servicio del Seguro Popular, el cual solventa los gastos de consultas, medicamentos y exámenes médicos.

Infraestructura. Tanto las instalaciones, como los materiales y servicios con los que cuenta la institución son suficientes en relación con la demanda y el número de pacientes.

Población actual. En la institución se encuentran en tratamiento alrededor de trescientos pacientes. La condición para ser atendidos es que no cuenten con seguridad social (IMSS O

ISSSTE) y que tengan el apoyo del Seguro Popular, en caso de que no tener el beneficio, la institución los canaliza para realizar el trámite.

El procedimiento de rutina que un paciente hace cuando acude a su consulta es pasar con el médico infectólogo, con el dentista, con la psicóloga y a farmacia por su medicamento. Este proceso dura aproximadamente dos horas, aunque algunas veces puede variar, sobre todo cuando les realizan sus conteos de CD4 y carga viral. Cabe mencionar que los pacientes acuden en promedio cada dos meses a la consulta.

Actitud y calidad del servicio por parte del personal. Desde la primera visita que realicé a la institución hubo una actitud de servicio y disponibilidad por parte del personal. Por otro lado, en las entrevistas hacia los pacientes ninguno reportó mal servicio en este sentido.

Resultados

En los resultados de la aplicación del instrumento de adhesión se encontró que las competencias pasadas que tenga una persona y las competencias relacionadas con el tratamiento juegan un factor determinante en la adherencia terapéutica, por lo que es crucial trabajar este tipo de aspectos para ver mejorías en la adherencia.

Como se mencionó en la parte de instrumentos, también se aplicaron entrevistas al director de la institución, a las psicólogas y a algunos pacientes que acuden con regularidad al hospital. Esto fue lo que se encontró en las entrevistas:

Entrevista al director: esta estuvo orientada a conocer algunos aspectos generales de la institución, como los servicios que ofrecen, la población a la que se enfocan, los programas de apoyo para los pacientes, etc.

Entrevista a la psicóloga: aquí el objetivo fue conocer cómo funciona el servicio de psicología en la institución, y menciona la psicóloga que cuando los pacientes acuden a su

consulta médica pasan también a psicología, si el paciente tiene alguna duda o algún tema en específico a tratar se lleva a cabo la sesión, de no ser así puede omitir la visita con la psicóloga. Ellas manejan temas que ya vienen marcados en el programa nacional para todos los CAPASITS de la república. Lo cual no les permite tener mucha libertad en el contexto de la consulta, generalmente sus intervenciones van más enfocadas hacia un estilo consejería informativa principalmente sobre adherencia y cuidados generales sobre el VIH/SIDA.

Menciona también que realizan talleres grupales cada tres o cuatro meses, que es cuando acuden los pacientes a sus exámenes de carga viral y conteos de CD4.

Entrevistas a pacientes.

Se presentó la oportunidad de entrevistar a cuatro pacientes para conocer su condición actual ante la infección, su tratamiento y sobre los servicios que recibe. Su salud actualmente se encuentra estable, y no presentan inconformidades ante el servicio que les ofrece la institución. Mencionaron estar interesados en participar en un proceso de intervención psicológica, aunque consideran difícil el acudir constantemente al hospital para tal situación, sobre todo si se les propone trabajar en grupo, ya que prefieren cuidar la parte de la confidencialidad, esto por haber experimentado situaciones incómodas e incluso problemáticas en relación a su diagnóstico.

Conclusiones

Después de haber revisado y analizado todos los datos recaudados anteriormente, se concluye que es viable implementar el proyecto de investigación, pues se cuenta con un grupo identificado de personas con el diagnóstico y con un tratamiento, además el personal de la institución tiene apertura y disposición para llevar a cabo el proyecto. Por otro lado debemos tomar en cuenta ciertas amenazas que pueden surgir sobre todo al momento de la intervención, pues no hay que olvidar que los pacientes no acuden de forma frecuente al hospital y que muchos

tienen problemas para trasladarse a la institución porque viven fuera de la capital, todo esto puede complicar la situación de formar grupos, sin embargo se pueden buscar otras maneras de que las personas asistan tanto a la aplicación de los instrumentos como a las sesiones de intervención.

CAPÍTULO DOS

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Introducción

En el primer capítulo se realizó el diagnóstico situacional con el objetivo de identificar la viabilidad de la implementación de un proyecto de intervención en personas con VIH/SIDA. Se aplicaron instrumentos y entrevistas en la institución donde se pretende implementar el proyecto, los resultados obtenidos indicaron que es factible la intervención por lo que ahora se procede con el diseño de la misma; donde se presentan los objetivos del diseño, una revisión bibliográfica de los modelos teóricos utilizados y el programa de intervención detallado tal como quedó diseñado.

Objetivo

Diseñar un programa de intervención cuyo propósito es promover la adherencia terapéutica en un grupo de personas con VIH/SIDA que acuden a atención médica a un hospital público.

Revisión bibliográfica

Intervenciones psicológicas en personas con VIH/SIDA. A continuación se presentan algunos estudios relacionados con intervenciones psicológicas con personas con VIH/SIDA, aquí podemos analizar cuáles son los modelos teóricos más utilizados y hasta el momento que resultados se han encontrado.

Javanbakht, Posser, Grimes, Weinstein y Farthing (2006) realizaron un estudio en el que intervinieron en una muestra de 90 personas con VIH/SIDA de ambos sexos, por medio de un modelo teórico conductual con reforzamientos. Las variables fueron: el aspecto socio-

económico, estado mental e intervención con práctica reforzada. Los resultados fueron que mejoró la adherencia a los 24, 36 y 48 meses.

Jones et al. (2007) Realizaron una intervención con 237 mujeres con VIH/SIDA por medio de Terapia de apoyo emocional expresivo y cognitivo-conductual, tomando como variables: la cuestión socio demográfica, la expresión emocional, además del estrés y estrategias de afrontamiento. En los resultados obtenidos se encontró que las mujeres que aprendieron a manejar sus emociones y que reportaron mejor apoyo por parte de personas significativas, mejoraron sus comportamientos de adherencia y redujeron los niveles de carga viral, comparadas con las mujeres del grupo control.

En un estudio realizado por DiLorio et al. (2009) en el que participaron 236 adultos con VIH/SIDA, se tomaron en cuenta las siguientes variables: autoeficacia, expectativas de resultados, satisfacción del paciente, toma de decisiones, depresión y adhesión. Se encontró que la autoeficacia y bajos niveles de depresión se asociaron con la adherencia, mientras que el estigma social, la satisfacción del paciente y el apoyo social lo hicieron indirectamente.

Peltzer, Friend-du-Preez, Ramagian y Anderson (2010) trabajaron con una muestra de 735 adultos con VIH/SIDA tomando en cuenta las siguientes variables: lista de síntomas, calidad de vida relacionada con la salud, consumo de alcohol y apoyo social. Los resultados fueron que el 82.9% de los participantes alcanzaron porcentajes de adhesión $\geq 95\%$, que se atribuyen entre otras variables a los bajos niveles de depresión y una mejor valoración de la calidad de vida relacionada con la salud.

Por otro lado, Molassiotis et al. (2003), llevaron a cabo un estudio donde participaron 136 personas con VIH de ambos sexos, par esta investigación utilizaron una intervención basada en educación individualizada, reforzamiento positivo y consejería individualizada, obteniendo como

resultado que en la línea base la media de adherencia fue de 31.6%, que mejoró con la intervención a los seis meses hasta 42.4%, observándose un incremento en las cuentas de linfocitos CD4.

Por su parte Amico, Toro y Fisher (2005), trabajaron en un proyecto con 200 personas con VIH de ambos sexos tomaron en cuenta sus características socio demográficas, información, motivación y habilidades conductuales. Sus resultados fueron que se encontró una asociación positiva entre las variables información y motivación, mismas que influyeron positivamente sobre las habilidades conductuales y éstas sobre los comportamientos de adherencia.

Fundamentación teórica del estudio (Modelos teóricos). A continuación se muestra en qué consisten los modelos teóricos que rigen la intervención, los cuales son: la entrevista motivacional, el modelo de creencias en salud, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual.

Entrevista Motivacional. La entrevista motivacional es una aproximación terapéutica, centrada en el cliente, que busca iniciar un cambio de conducta ayudándolo a resolver su ambivalencia. Incluye la noción de que el cambio más que un resultado es un proceso segmentado por etapas. Considera como punto fundamental para poder iniciar el cambio la motivación de las personas, que no se consigue a través de los simples consejos sino que tiene que surgir de la reflexión de la persona al enfrentarse con su ambivalencia o su problema. Así, el profesional de salud tiene un papel *facilitador* que identifica las contradicciones que existen en el paciente, entre su conducta actual y lo que considera como valores y bienes para su vida y su salud (Miller y Rollnick, 2002).

El objetivo final es aumentar la motivación intrínseca para que así surja un cambio, más que imponerlo desde el exterior. Este modelo se fundamenta en cuatro principios (Miller y Rollnick, 2002):

- **Expresar empatía:** Implica tener una actitud de aceptación y respeto hacia la persona y a su ambivalencia para poder ver este proceso como algo normal. Se utiliza la escucha activa y reflexiva para devolver al paciente los conceptos que ha intentado transmitir.
- **Desarrollar las discrepancias:** La motivación al cambio ocurre cuando las personas perciben la discrepancia entre dónde están y dónde les gustaría estar. Se intenta aumentar el nivel de conflicto entre sus creencias y la conducta actual, esperando que sea el mismo paciente quien finalmente presente los argumentos para cambiar.
- **«Rodar» con la resistencia:** Evitar enfrentarse a sus declaraciones es el paso inicial. La actitud más adecuada es responder con empatía, no emitir juicios e intentar clarificar lo que quiere transmitir el paciente.
- **Apoyar la auto eficacia:** Creer en la capacidad que tiene el paciente para cambiar y transmitírselo. Se debe fortalecer la idea de que es él quien decide comenzar un cambio y mantenerlo.

Modelo de Creencias en Salud. El modelo de creencias en salud fue desarrollado a partir de los años 50 por un grupo de psicólogos pertenecientes a un Public Health Service estadounidense, basado en una orientación fenomenológica. Este modelo que está centrado en la prevención intenta explicar la conducta de salud de los sujetos sanos, es decir que se centró en la conducta de evitación de la enfermedad (Moreno y Gil, 2003).

El Modelo de Creencias en Salud se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Cabrera, Gascón y Lucimí, 2001).

Más tarde su aplicación se extendió al comportamiento que tienen las personas en cuanto a sus enfermedades, dándole poniendo énfasis en la adherencia a los tratamientos médicos (Cabrera et al., 2001)

Los componentes básicos del Modelo de Creencias en Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de las personas está en primer lugar en relación al valor que un sujeto le atribuye a determinada meta y en segundo lugar a la relación que esa persona hace en cuanto una acción puede o no llevarle a conseguir esa meta (Moreno y Gil, 2003).

Según Rosenstock (1974) las dimensiones del modelo son: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas ante un determinado problema de salud.

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada enfermedad, esta incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras cuestiones. Es importante destacar que esta percepción de susceptibilidad puede estar relacionada con factores como el optimismo y el pesimismo, y el hecho de que una persona sobrestime o subestime su riesgo de padecer determinada enfermedad (Cabrera et al., 2001).

La severidad percibida se refiere a la gravedad de contraer cierta enfermedad o si ya está diagnosticada el dejarla sin tratar. Este aspecto aborda dos tipos de consecuencias en relación a la salud: por un lado las consecuencias médicas como el dolor, muerte o incapacidad, y por otro

lado las consecuencias sociales como los efectos de la enfermedad sobre sus capacidad laboral, fallos en la relaciones de amistades o familiares, etcétera (Moreno y Gil, 2003).

Otro aspecto a abordar son los beneficios percibidos y éstos tienen que ver con la capacidad de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Esto no es más que una relación de *coste-beneficio* (Soto, Lacoste, Panpefuss y Gutiérrez, 1997).

El último aspecto por abordar es el de las barreras percibidas son las situaciones costosas, dolorosas o desagradables a las cuales la persona se tiene que enfrentar y las cuales considera un obstáculo. Este componente va a estar en interacción durante todo el proceso y puede afectar directamente en la toma de decisiones en cuanto llevar a cabo determinada conducta (Moreno y Gil, 2003).

Así es como el Modelo de Creencias en Salud explica la conducta de los individuos en relación a contraer una enfermedad o a la aceptación y actuación cuando ya se tiene determinado diagnóstico. Este modelo será de gran ayuda en la intervención pues las personas con VIH/SIDA tienen que vivir cuestiones físicas y sociales asociadas muy específicas asociadas a la enfermedad y que pueden encaminarse desde este modelo a una conducta benéfica para su salud.

Psicoeducación. Según Sobrino y Rodríguez (2008) la psicoeducación es un proceso de aprendizaje estructurado sobre la enfermedad que se padece y las distintas formas de afrontarla. Las intervenciones psicoeducativas deben ofrecer información pero sobre todo propiciar un cambio de actitud, de tal manera que el usuario se convierta en un agente activo en el mantenimiento de hábitos de salud adecuados.

A continuación veremos cuál es la metodología de las intervenciones psicoeducativas (Sobrino y Rodríguez, 2008).

Por lo general la psicoeducación se trabaja de manera grupal, pues ayuda a que el participante se vea identificado con sus compañeros, comparta información, pueda reconocer que su problema no es el único y observar como otras personas han podido progresar en su proceso de recuperación, de esta manera sus expectativas del futuro pueden mejorar. Otro factor muy importante es que el profesional de la salud debe evitar al máximo usar tecnicismos y para esto debe dar la información lo más clara posible, por medio de ejercicios prácticos que faciliten la comprensión y fomentando la participación de los usuarios a través del reforzamiento de sus opiniones personales.

Terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un conjunto de técnicas basadas en evidencia usadas ampliamente para trabajar con niños y adultos de todas las edades. Este terapia se recomienda mucho para trabajar con personas que padecen alguna enfermedad pues les ayudan a afrontar su enfermedad y desarrollar conductas y estrategias que ayuden a aliviar o minorar los síntomas (Brown y Daly, 2008).

En la TCC la cognición y la conducta no son vistas como dicotómicas, si no que se determinan recíprocamente pues la cognición afecta a la conducta y viceversa (Weist y Danforth, 1998).

Un sello distintivo de la TCC es que se basa en un enfoque empírico, que implica recopilar información objetiva y confiable acerca del sujeto o sujetos a tratar. Otro factor determinante es que en este tipo de terapia no implica mirar hacia atrás a la raíz de los problemas psicológicos, como los malos cuidados de los padres o algunos traumas de la infancia sino que se centra en el aquí y el ahora (Brown y Daly, 2008).

Otros componentes de la TCC incluyen el uso de labores y tareas asignadas por el terapeuta, la reestructuración cognitiva, la autorregulación, la educación afectiva y las contingencias conductuales (Braswell y Kendall, 2001).

Programa de intervención. A continuación se presenta el programa de intervención tal como quedó para su implementación, donde podemos ver el desarrollo, objetivo y actividades de cada una de las sesiones:

Tabla 1
Programa de intervención

Sesión 1		Presentación y sensibilización.	
Objetivo general: presentación formal con el grupo tanto de la facilitadora como de los integrantes del mismo.			
Actividad	Objetivo- descripción	Material	Duración
Presentación	Se llevará a cabo la presentación de la terapeuta así como el respectivo encuadre, exponiendo los objetivos de la intervención, el contenido, la duración de la misma. Enseguida se presentará cada uno de los participantes para que todos se conozcan y se logre una adecuada integración y empatía entre los participantes.		30 min.
Prejuicios y estereotipos	Comprender la función de los estereotipos y las razones por las que se mantiene y ser conscientes de la importancia de nuestras actuaciones en la lucha contra la discriminación. Desarrollo: Se divide al grupo en cuatro equipos, la consigna es que deben dibujar un árbol del tamaño de una persona, con raíces, tronco y ramas. - En las ramas van a escribir aquellos miedos y prejuicios que generalmente se manifiestan hacia las personas que consideramos diferentes.	Papel craftt y plumones	50 min.

	<p>- En el tronco, van escribir el tipo de conductas que provocan la discriminación de la minorías.</p> <p>- En la copa del árbol, escribir los deseos y sugerencias para participar en la construcción de una sociedad en la que todas las personas son tratadas desde el respeto, la justicia y la solidaridad</p>	
Cierre	<p>Hacer una reflexión a cerca de la actividad por medio de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo reaccionamos cuando nos enfrentamos a la diferencia? • ¿Qué haces cuando te sientes rechazado? • ¿Cómo podemos facilitar la construcción de una sociedad donde se respeten diferencias? 	20 min.

Sesión 2

Mitos y realidades sobre el VIH/SIDA

Objetivo General: desmitificar ciertas ideas respecto al VIH/SIDA y algunos aspectos relacionados con la enfermedad.

Actividad	Objetivo-descripción	Material	Tiempo
Exposición del tema: mitos y realidades sobre el VIH/SIDA	<p>La primera parte de la sesión será una exposición sobre temas fundamentales acerca VIH/SIDA y que suelen estar acompañados de muchos mitos y creencias erróneas. Para esta sesión nos basaremos en el modelo de creencias en salud que como ya se mencionó intenta explicar y predecir el comportamiento en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Cabrera, Gascón y Lucimí, 2001).</p> <p>De acuerdo con Irwin, Millen y Fallows (2004) estos son los principales temas a desmitificar en relación al VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orígenes e historia del SIDA • Definición de VIH y SIDA y sus diferencias. • Formas de transmisión • El SIDA: ¿enfermedad mortal o crónica? 	Cañón	40 min.

Objetivo: Que los participantes expongan las ideas que tenían antes y las que tienen ahora en cuanto a su padecimiento.	40 min.
Desarrollo: Se dividirá al grupo en equipos para que se haga anoten los mitos o las ideas erróneas que tenían en cuanto al VIH/SIDA y otra lista de ideas en relación a lo que ahora conocen. Al terminar, cada equipo expondrá sus ideas y como es que estas fueron cambiando a los largo del tiempo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Para cerrar la sesión los participantes harán una reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se hablará sobre lo aprendido ese día (15 minutos). • Al final la terapeuta hará un cierre con los puntos más importantes que se discutieron (10 minutos). 	30 min.

Sesión 3		Adherencia al tratamiento	
Objetivo general: que los participantes comprendan el concepto de adherencia al tratamiento y sus factores asociados.			
Actividad	Objetivo-descripción	Material	Tiempo
“La experiencia del vivir con el tratamiento de VIH/SIDA”	Objetivo: Que algunos participantes expresen los sentimientos, actitudes y creencias que tienen hacia su tratamiento. Desarrollo: Se pedirá a los participantes que de manera individual escriban en una hoja, cuáles son sus actitudes y creencias en relación al tratamiento antirretroviral. Enseguida algunos voluntarios compartirán sus escritos con el grupo.	Hojas Plumones	40 min.
Aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento	Se realiza una breve exposición del tema de la adherencia contestando las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA? • ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia? • Beneficios de una buena adherencia • Consecuencias de una mala adherencia • ¿Que son los Linfocitos CD4 y la 	PC Cañon	40min.

carga viral? ¿Cuáles su importancia?

- Los medicamentos y sus efectos secundarios.

Sesión 4

Conductas de riesgo en relación al VIH/SIDA

Objetivo General: que los participantes conozcan las principales conductas de riesgo asociadas al VIH/SIDA.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Lluvia de ideas	<p>Objetivo: Que los participantes expresen las ideas y conocimientos que tienen acerca de las conductas de riesgo.</p> <p>Desarrollo: Se pedirá a cada paciente que pase a escribir una conducta de riesgo que conozcan. Después se hará un listado de las que se escribieron con más frecuencia y se dejará pendiente la actividad para finalizarla después de la exposición del tema.</p>	Plumones	30 min.
Exposición sobre las conductas de riesgo	<p>Se expondrán los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar la transmisión del VIH a tu pareja o parejas sexuales • Protegerse de nuevas infecciones por el VIH (reinfecciones), que pueden deteriorar más tu sistema inmunitario. • Evitar otras infecciones de transmisión sexual. 	PC Cañón	30 min.
Lluvia de ideas (parte 2)	<p>Objetivo: Que los participantes corroboren hasta qué punto los conocimientos que tienen acerca de las conductas de riesgo son ciertos.</p> <p>Desarrollo: Después de haber escuchado la presentación del tema de conductas de riesgo se van a comparar las conductas que ellos escribieron con las planteadas en la exposición para ver que tanto coinciden.</p>	Plumones	30 min.
Cierre	<p>Para cerrar la sesión los participantes harán una reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se hablará sobre lo aprendido ese día.</p>		30 min.

Sesión 5

Calidad de vida y estilos de vida sanos

Objetivo General: que los participantes conozcan el tema de calidad de vida y hagan una reflexión acerca de sus estilos de vida.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Exposición	En esta sesión se hablarán de los siguientes	PC	40 min

del tema	temas:	Cañón	
	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida relacionada con la salud. • Hábitos tóxicos como el uso de: tabaco, alcohol, drogas, su influencia en el tratamiento y cómo prevenirlos. • La importancia de tener hábitos saludables como: hacer ejercicio y llevar a cabo una alimentación sana. 		
“Colage”	<p>Objetivo: Que los participantes hagan un colage de imágenes en el que plasmen su idea de calidad de vida.</p> <p>Desarrollo: Se pedirá a los participantes que busquen en revistas imágenes en las que puedan plasmar lo que ellos consideran calidad de vida y lo que les gustaría obtener para mejorar su calidad de vida.</p> <p>Cierre: Al final cada participante expondrá su cartel y explicará que significa cada una de las imágenes que decidió incluir en su colage.</p> <p>Se hará una reflexión acerca del tema de calidad de vida y la relación que tiene con la adherencia al tratamiento</p>	<p>Plumones</p> <p>Cartulinas</p> <p>Tijeras</p> <p>Revistas</p>	<p>60 min.</p> <p>30 min.</p>

Sesión 6

Entrenamiento en autoestima

Objetivo General: que los participantes conozcan que es la de autoestima y las formas de mejorarla.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Hablar sobre autoestima	<p>Se expondrá en forma narrativa el tema abordando los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de autoestima. • Características de una autoestima alta. • Características de una autoestima baja. • Como mejorar la autoestima. 		40 min.
“Mi autoestima”	<p>Objetivo: Que los participantes describan como se ven a sí mismos a nivel físico, intelectual, social y de personalidad.</p> <p>Desarrollo: Primero los participantes deben escribir una descripción de manera individual, enseguida se estimula a participar de manera voluntaria a varios pacientes o si es posible a todos para que los que así lo deseen compartan su descripción con el grupo.</p>		40 min.
Cierre	Se hará una reflexión sobre los puntos abordados y los participantes podrán		30 min.

identificar algunos aspectos a trabajar sobre su autoestima.

Sesión 7

Modulo cognitivo: Técnica del ABC

Objetivo General: que los participantes aprendan como es que se lleva a cabo la técnica del ABC.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Presentación del modelo "ABC"	<ul style="list-style-type: none">• Hablar sobre la importancia de las emociones negativas y como estas afectan de manera considerable a los individuos. Esto nos va a permitir adentrarnos en temas como:<ul style="list-style-type: none">a) La culpa y el perdónb) El proceso de duelo	PC Cañón	30 min.
Técnica del "ABC"	<p>Objetivo: Que los participantes aprendan como se lleva a la practica la técnica del ABC</p> <p>Desarrollo: Se pedirá que alguna de las personas plantee un ejempló sobre algún pensamiento negativo o alguna situación conflictiva que de preferencia estén relacionada con los temas abordados, en este caso la culpa y le perdón, o el proceso del duelo.</p> <p>Enseguida se hará un análisis de esta idea o pensamiento por medio de la técnica del ABC, pensando en: la situación real, los sentimientos y las emociones involucradas, para después transformar esta idea en una más factible o funcional</p>		40 min.
Cierre	<p>Se hará una reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se dejará una tarea para la siguiente sesión.</p> <p>Tarea: Se le dará a los pacientes una lista de los pensamientos irracionales más frecuentes según la Terapia Racional Emotiva, las personas va a elegir los pensamientos que más comúnmente tienen y van tratar de hacer verlos desde otra perspectiva utilizando la técnica del ABC y llevarlos a la siguiente sesión.</p>		30 min.

Sesión 8		Modulo cognitivo: técnica del ABC (segunda parte)	
Objetivo General: que los participantes lleven a la práctica lo aprendido en la sesión anterior sobre la técnica del ABC.			
Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Revisión de la tarea	Se retomará la tarea encargada sobre pensamientos negativos y como transfórmalos a pensamientos más efectivos o funcionales por medio de la técnica del ABC la cual aprendieron en la sesión pasada. Algunos pacientes de manera voluntaria podrán compartir como es que llevaron a cabo dicha tarea.		20 min.
Exposición de temas	Siguiendo con la teoría cognitiva se van a plantear teóricamente los siguientes temas: a) Responsabilidad del diagnóstico. b) El estigma y la discriminación asociado al VIH/SIDA		40 min.
“Lluvia de ideas” (segunda parte)	Objetivo: Que los pacientes realicen por si solos a la práctica la técnica del ABC. Desarrollo: Se pedirá a los participantes que se dividan en parejas, que planteen y compartan cada uno una idea irracional que esté afectando su vida actualmente, esto en relación a los temas planteados. Enseguida ellos mismo aplicaran los pasos para la técnica del ABC en sus situaciones planteadas. Cierre: Al final cada pareja podrá compartir la experiencia con el grupo.		30 min.
Cierre	Se hará reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se hablará sobre lo aprendido ese día.		30 min.

Sesión 9		Técnicas conductuales aplicadas a la adherencia al tratamiento.	
Objetivo General: que los participantes conozcan algunas técnicas conductuales aplicables a la adherencia terapéutica.			
Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Técnicas conductuales	En la presente sesión se abordarán las siguientes técnicas conductuales: <ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo. • Auto registros: El paciente llevará un auto registro de la toma de sus medicamentos así como del 		40 min.

	registro de conductas adecuadas e inadecuadas en relación a su tratamiento.		
Auto registros	Objetivo: Que los participantes aprendan como se llena el formato de autoregistros. Desarrollo: Se mostrará a los participantes como llevar a cabo el llenado de los autoregistros, enseguida ellos lo llenaran con la información que tengan de esa semana	Formato de auto registros Plumas	30 min.
Tarea	Se les pedirá a los participantes que realicen el llenado de los autoregistros de manera semanal y que a cada sesión los lleven para tener un seguimiento de su adherencia y sus conductas.		20 min.

Técnicas conductuales aplicadas a la adherencia al tratamiento 2 parte

Sesión 10

Objetivo General: retomar lo aprendido en la sesión de psicoeducación sobre la adherencia al tratamiento para poder llevarlo a la práctica.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Presentación de las técnicas	Enseguida se presentan las siguientes técnicas que les pueden servir para mejorar o adquirir ciertas conductas asociadas a la adherencia al tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol • Moldeamiento Se trabajará por medio de ejercicios prácticos con ejemplos que ellos mismo propongan para que estas técnicas queden claras para todos los participantes.		1 hora.
Revisión de la tarea	Se revisarán los auto registros identificando aquellas conductas que se deseen cambiar y como estas técnicas conductuales pueden ser una herramienta útil para realizar ese cambio.	Las hojas de auto registros	30 min.
Cierre	Se hará reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se hablará sobre lo aprendido ese día.		30 min.

Sesión 11

Dificultades en relación al tratamiento

Objetivo General: dar a conocer el modelo de creencias en salud para que los participantes hagan un balance en cuanto a decisiones relacionadas con su diagnóstico.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Presentación teórica del modelo	Se presentará el modelo de creencias en salud y se trabajará con: La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas ante un determinado problema de salud (Rosenstock, 1974; en Cabrera, Gascón y Lucimí, 2001).		30 min.
Modelo de creencias en salud	Objetivo: Que los participantes identifiquen tanto las barreras como los beneficios percibidos en su tratamiento antirretroviral. Desarrollo: Se les dará a los pacientes una hoja para que describan cuales es <i>la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas</i> ante su tratamiento antirretroviral. Cierre: Los participantes tratarán de identificar como pueden afrontar la severidad y las barreras percibida ante su tratamiento, haciendo un balance con los beneficios percibidos en su salud y su calidad de vida el llevar acabo de manera correcta el tratamiento.	Hojas de papel Plumas	40 min.
Cierre	Se hará reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se hablará sobre lo aprendido ese día.		30 min.

Sesión 12

Resiliencia

Objetivo General: que los participantes se adentren en el tema de resiliencia y tengan la capacidad de ubicar las características de una persona resiliente.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Presentación del tema	Se abordará el tema por medio de los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Abordar a fondo el tema de la resiliencia: origen y definición. • Características de una persona resiliente. • Como promover y desarrollar la resiliencia. 		40 min.
Resiliencia	Objetivo: Que los participantes identifiquen algunos aspectos personales, familiares o sociales que los hacen resilientes.		40 min.

Cierre	<p>Desarrollo: Después de haber conocido el tema de resiliencia, los pacientes deben identificar y hacer una lista acerca de las características con que cuentan que los hacen resilientes y cuales aspectos les falta desarrollar.</p> <p>Cierre: Al final los pacientes compartirán con el grupo las conclusiones a las que llegaron con dicha actividad y se hará una reflexión sobre lo aprendido ese día.</p> <p>Se hará reflexión sobre el tema abordado en la sesión, se discutirán puntos clave y se hablará sobre lo aprendido ese día.</p>	30 min.
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Sesión 13

Cierre de la intervención

Objetivo General: hacer un cierre de todo lo aprendido en la intervención y hablar sobre expectativas futuras.

Actividad	Objetivo-Desarrollo	Material	Tiempo
Repaso de los temas vistos en la intervención	<p>En la última sesión se revisarán los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un pequeño de los temas abordados durante todo el proceso de intervención. • Dudas o análisis sobre alguna temática específica. • Valoración de los pacientes acerca de su evolución. • Importancia de seguir trabajando las técnicas • Expectativas futuras. 		1:30 min.
Cierre	<p>Al final cada paciente compartirá con el resto del grupo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es lo más importante que aprendió de todo el proceso de intervención? • ¿Cómo beneficios obtuvo con la intervención? • ¿Qué cambios realizo o está realizando en su vida a partir de la intervención? 		30 min.

CAPÍTULO TRES

IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Introducción

En el capítulo anterior se propuso un diseño de una intervención psicoeducativa con bases en la terapia cognitivo-conductual, para aplicarla en personas con VIH/SIDA que acuden a un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí. Esta está basada en dos modelos teóricos: la entrevista motivacional y el modelo de creencias en salud, los cuales proponen que para que haya un proceso de cambio en los estilos de vida de las personas es necesario pasar por ciertas etapas cognitivas que permitirán llegar a este cambio. La intervención es grupal, consta 13 sesiones, con una duración de dos horas cada una. A continuación se presenta tanto la implementación de la intervención como el diseño de evaluación en el cual se describe con que materiales y procedimientos se llevó a cabo la evaluación.

Implementación de la intervención

En este apartado vemos cual es el diseño de intervención propuesto, que instrumentos y materiales se utilizaron, cuantos sujetos participaron y como fue el procedimiento que se llevó a cabo.

Diseño de la intervención

Es una intervención cuasi-experimental, con un grupo control (GC) y un grupo experimental (GE), y un diseño de evaluación pre-post. Se realizó la intervención de manera grupal, la cual tiene una extensión de 13 sesiones (una sesión por semana), con una duración de dos horas cada una.

Sujetos

Se realizó un muestreo no probabilístico por oportunidad, es decir, se realizó una invitación en general en la institución y las personas que accedieron son las que ahora forman parte de la muestra que está conformada por un grupo experimental y un grupo control. Las personas que forman parte del grupo control por lo general son personas que por sus actividades laborales o por vivir en lugares lejanos a la institución no podían asistir a las sesiones de intervención.

El grupo experimental lo constituyen 10 personas diagnosticadas con VIH/SIDA que acuden a un hospital público. Este grupo está conformado por 9 hombres y una mujer, con una media de edad de 36 años.

El grupo control consta de 16 personas (13 hombres y 3 mujeres) con una media de edad de 37 años.

Instrumentos y materiales

Cuestionario de variables socio demográficas y clínicas (Apéndice G): contiene información sobre el historial clínico y familiar, nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación, apoyo familiar y social, hábitos alimenticios y de ejercicio, sueño, consumo de sustancias tóxicas, si se encuentra o no en tratamiento y número de pastillas que toma al día.

BECK-II (Apéndice H): Es un cuestionario autoadministrable que consta de 21 reactivos. Al estimar su confiabilidad se encontró que cuenta con un α de Cronbach de 0.87 lo que indica un buen nivel de confiabilidad (Jurado et al., 1998).

Procedimientos

Conformados los dos grupos (control y experimental), se le entregó a cada participante la carta de consentimiento informado (Apéndice I); después de leerla, se aclararon sus dudas y quienes estuvieron de acuerdo la firmaron. Después se procedió con la aplicación de los

instrumentos y enseguida se realizó la intervención con el grupo experimental; ocho meses después se aplicaron nuevamente los instrumentos.

Diseño de la evaluación

En cuanto al diseño de evaluación se menciona el propósito del diseño, los instrumentos y materiales utilizados así como el procedimiento que se llevó a cabo.

Propósito del diseño de evaluación

El propósito es diseñar una evaluación que esté en relación a los objetivos del estudio y que permita evidenciar cuales fueron los efectos de la intervención.

Instrumentos y materiales

Se realizó una evaluación centrada en resultados con un diseño *pre-post* utilizando los siguientes instrumentos e indicadores de medición:

- Indicadores biológicos: aquí se tomó en cuenta los resultados de los estudios de CD4 y carga viral de cada uno de los participantes, haciendo una comparación pre y post, para poder identificar si se registran cambios después de la intervención. Aquí cabe señalar la clasificación que existe para estos indicadores biológicos:

Tabla 2

Clasificación de CD4 y carga viral

Clasificación de los conteos de linfocitos CD4
Entre 500 cel/mL y 1,200 cel/mL = Habla de un buen estado de salud, la persona se encuentra diagnosticada como portadora del virus de VIH.
Entre 350 cel/mL y 500 cel/mL = Habla de un estado de salud regular, la persona se encuentra diagnosticada como portadora del virus de VIH.
Menos de 200 = Existe mayor riesgo de infecciones y enfermedades oportunistas, se considera que la persona tiene SIDA.

Clasificación para los conteos de Carga Viral

Entre 100.000 copias/mL y un millón = alta

Por debajo de 10.000 copias/mL = regular

Por debajo de 50 copias/mL = conocida como carga viral ‘indetectable’; el objetivo de la terapia anti-retroviral es conseguir una carga viral indetectable.

Nota: Fuente tomada de: www.aidsmap.com

- Auto registros de conducta: se utilizaron auto-registros para que los pacientes llevaran un monitoreo de conductas asociadas a la adherencia terapéutica como: alimentación, horas de sueño, ejercicio y consumo de sustancias tóxicas.
- Instrumento de depresión de BECK-II: que como ya se mencionó es un cuestionario autoadministrable que consta de 21 reactivos. Al estimar su confiabilidad se encontró que cuenta con un α de Cronbach de 0.87 lo que indica un buen nivel de confiabilidad (Jurado et al., 1998).

Procedimientos

Como se mencionó anteriormente se realizó una evaluación centrada en los resultados por medio de algunos indicadores biológicos. Pero por otro lado, se propuso también una evaluación del proceso donde el objetivo es evaluar la intervención por fases y rescatar información que probablemente no aparezca en las mediciones de pre-post.

Para esto se realizó una evaluación de la fase de psicoeducación por medio de cuestionarios que se enfocan en la información básica acerca de la enfermedad y tratamiento del VIH/SIDA. Los cuestionarios se aplican antes y después de las sesiones de psicoeducación para ver si se reportan cambios en relación a la información con la que ahora cuentan participantes.

En la fase de técnicas cognitivas y conductuales se llevó a cabo una evaluación por medio de auto registros sobre la toma de medicamentos y sobre realización de ciertas conductas de salud relacionadas con una buena adherencia.

A continuación en la tabla 3 se presenta el cronograma de actividades de la intervención tal como se llevó a cabo.

Tabla 3
Cronograma de intervención

Fases de la intervención	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Primera fase: Evaluación previa	X						
Segunda fase: psicoeducación		X	X				
Tercera fase: técnicas cognitivo- conductuales				X	X		
Post- Evaluación							X

CAPITULO CUATRO

RESULTADOS

Introducción

Recapitulando el trabajo completo, vemos que al inicio se hizo un diagnóstico situacional para ver la viabilidad de la implementación del proyecto, como los resultados fueron que era factibles se continuó con un el diseño de la intervención, donde se describe detalladamente en consiste el contenido, la duración y la forma de implementación del proyecto. Enseguida se planteó el diseño de evaluación donde se realizan las propuestas más viables para llegar a los resultados esperados.

A continuación se presentan los principales resultados que se obtuvieron después de la intervención, así como la discusión y las conclusiones finales.

La resultados se divide en dos partes: primero se presentan los resultados de las sesiones de psicoeducación y después la evaluación pre-post de todo el proceso de intervención. En este parte cabe señalar que en un inició se pretendía utilizar un instrumento para medir la adherencia terapéutica (Variables psicológicas y comportamientos de adhesión de Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006) pero este se rige por un modelo teórico que no corresponde al utilizado en este trabajo por lo que se tomó la decisión de utilizar como variables de la adherencia factores algunos biológicos como el CD4 y la carga viral.

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en la fase de psiceducación los cuales se registraron por medio de cuestionarios que se aplicaban antes y después de cada sesión.

Tabla 4
Resultados de la fase de psicoeducación

Conceptos	Respuestas antes de la implementación de las sesiones	Respuestas después de las sesiones.
VIH y SIDA. Sus diferencias.	En cuanto a estos conceptos 7 personas dieron una definición correcta de los dos conceptos y 3 explicaron las diferencias entre VIH y SIDA.	Las definiciones acerca de VIH y SIDA no cambiaron mucho, pero hubo 3 personas que supieron definirlo cuando al inicio no lo habían hecho correctamente; en donde se presentó más diferencia fue en el aspecto de la distinción del los conceptos, pues todos escribieron que no es lo mismo tener VIH que SIDA y sus diferencias.
Formas de transmisión	Todos supieron que acerca de la vía de transmisión sexual y sobre la transfusión sanguínea, casi todos presentaron información incompleta en relación a la perinatal.	Se especificó más acerca del uso de drogas inyectables pues antes lo englobaban a la transfusión sanguínea. Además 7 mencionaron correctamente como se transmite el VIH vía perinatal.
Medidas de prevención para evitar la transmisión del VIH a otras personas.	Todos mencionan el uso del condón, 5 personas hablan sobre el uso de jeringas esterilizadas y solo tres mencionan el cuidado de heridas no cauterizadas. Nadie habla sobre compartir rastrillos o cepillos de dientes.	Ahora 10 incluyen más información acerca del cuidado de jeringas, todos mencionan el cuidado en cuanto heridas no cauterizadas en el contacto sexual, rastrillos y cepillos de dientes.
Adherencia al tratamiento	Se presentó confusión en cuanto al concepto de adherencia, 5 personas lo mencionaron como seguir las instrucciones del médico o “apego”. Tres personas lo entienden en	Ahora los lo lo definen básicamente como seguir las prescripciones médicas y tomar las pastillas en la hora indicada, 6 mencionan acerca de seguir las recomendaciones de

Conceptos	Respuestas antes de la implementación de las sesiones	Respuestas después de las sesiones.
CD4	<p>relación a tener una actitud positiva y hablan sobre salud y “salir adelante” y otro caso habla acerca de si el tratamiento funciona o hace efecto en el organismo.</p> <p>La cuestión básica es que la mayoría sabe que entre más alto esté es mejor, pero solo 3 mencionan cuales son las funciones de este tipo de Linfocitos y su relación con el sistema inmune o las defensas.</p>	<p>alimentación, los hábitos de sueño y uso de sustancias como alcohol y tabaco.</p> <p>Ahora, los todos mencionan que es importante que este número incremente, 7 mencionan que hay una estrecha relación entre CD4 y el sistema inmune o las defensas y de cómo el CD4 puede disminuir si el organismo es atacado por infecciones oportunistas.</p>
Carga Viral	<p>5 personas mencionan en general como “la cantidad de virus en el cuerpo”. Las demás saben que debe estar bajo pero no saben que es o a que se debe.</p>	<p>En este caso 8 personas lograron definir la carga viral como cantidad de replicas de virus en el organismo, y todos mencionan la importancia de que está vaya disminuyendo hasta llegar a indetectable.</p>
Calidad de vida	<p>La mayoría tiene un buen conocimiento sobre calidad de vida algunos hablan sobre “vida saludable” “estar bien a nivel físico y psicológico” “bienestar económico y laboral” aunque se basan mas en aspectos como: alimentación sana, hacer ejercicio, dormir bien, no consumir drogas, etc.</p>	<p>En este aspecto lo que se aportó es que la calidad de vida es distinta para todos y que tiene que ver con la cultura, la educación y los objetivos que se quieran alcanzar (6 personas mencionaron esto).</p>

Resultados de la post evaluación

A continuación en la tabla 5 vemos los datos socio demográficos del grupo control y experimental con el objetivo de identificar las características de la muestra.

Tabla 5

Datos socio demográficos del grupo experimental y del grupo control.

Variables	GE (Frecuencias)	GC (Frecuencias)
Edad	Media: 36	Media: 37
Sexo	Hombres: 9 Mujeres: 1	Hombres: 13 Mujeres: 3
Preferencia Sexual	Heterosexual: 1 Homosexual: 8 Bisexual: 1 No lo mencionan: 0	Heterosexual: 3 Homosexual: 2 Bisexual: 2 No lo mencionan: 8
Estado Civil	Solteros: 9 Separados: 1	Solteros: 9 Casados: 1 Unión libre: 6
Escolaridad	Primaria: 1 Preparatoria: 7 Licenciatura: 2	Primaria: 3 Secundaria: 4 Preparatoria: 4 Licenciatura: 5
Ocupación	Estudiantes: 1 Desempleados: 3 Asalariados: 3 Desempeñan un oficio: 2 Negocio propio: 1	Ama de casa: 1 Desempleados: 2 Asalariados: 2 Desempeñan un oficio: 7 Negocio propio: 1
Tratamiento antirretroviral	Con tratamiento antirretroviral: 8 Sin tratamiento antirretroviral: 2	Con tratamiento antirretroviral: 15 Sin tratamiento antirretroviral: 1
Tiempo de diagnóstico	Media: 4 años.	Media: 5 años.

En el tabla 6 vemos la comparación de algunas variables en el pre y post de los dos grupos, en el caso del grupo experimental se observa que las horas de ejercicio aumentaron y el número de copas de alcohol a la semana bajó; en el caso de los niveles de las CD4 aumentó considerablemente y la carga viral bajó, en los resultados del instrumento de Beck vemos que el puntaje bajó.

En el grupo control las horas de ejercicio bajaron, el consumo de alcohol no tuvo cambios significativos, pero el nivel de CD4 bajó y la carga viral también. En cuanto a los resultados del Beck el puntaje subió.

Tabla 6
Comparación de medias, pre-post en grupo control y experimental.

Variable	GE (Pre)		GE (Post)		GC (Pre)		GC (Post)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ejercicio	2	2.5	2.20	2.5	2	1.6	1.7	1.2
Alcohol	1.9	1.7	1.5	1.2	1.2	1.4	1.3	1.6
CD4	483	181	535	204	435	156	424	149
Carga Viral	2290	5403	627	1145	4939	16499	4681	15505
Beck	10	7	7	5	9.3	7.2	11.6	6.7

En la tabla 7 se muestra la comparación de los dos grupos en el pre-test (en las primeras columnas) y del post-test (en las tres últimas columnas) con la prueba de Mann-Whitney. Se observa que en el pre-test que los dos grupos tienen puntajes parecidos en las variables de:

alcohol, ejercicio CD4, carga viral y los resultados del Beck-II y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al post se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .10$) en las variables de CD4 ($p \leq .077$) y Beck-II ($p \leq .069$).

Tabla 7

Comparación pre-pre y post-post en grupo control y experimental

Variable	Grupo	Pre-Pre Rango promedio	Nivel de sig.	Post-post Rango promedio	Nivel de sig.
Alcohol	Control	12.44		12.97	
	Experimental	15.20	.391	14.35	.660
Ejercicio	Control	14.16	.586	13.50	1.0
	Experimental	12.45		13.50	
CD4	Control	12.56	.452	11.38	.077
	Experimental	15.00		16.90	
Carga viral	Control	13.00	.698	13.25	.856
	Experimental	14.30		13.90	
Beck	Control	13.16	.776	15.69	.069
	Experimental	14.05		10.00	

En la tabla 8 se presentan las comparaciones de pre-post de cada uno de los grupos mediante la prueba de Wilcoxon. Se podrá observar que en el GE se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos variables relacionadas con la adherencia al tratamiento: Carga viral ($p \leq .068$) la cual subió y Beck-II ($p \leq .091$) cuyo porcentaje bajó. En cuanto al GC hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable Beck-II ($p \leq .002$), la cual subió.

Tabla 8

Comparación en pre-post del grupo experimental y el grupo control.

Variable	Pre-post	GE	Nivel de sig.	GC	Nivel de Sig.
		Rango promedio		Rango promedio	
Alcohol	Pre	2.67		12.97	
	Post	2.00	.257	14.35	.157

Variable	Pre-post	GE	Nivel de sig.	GC	Nivel de Sig.
		Rango promedio		Rango promedio	
Ejercicio	Pre	.00	.157	13.50	.197
	Post	1.50		13.50	
CD4	Pre	3.75	.203	11.38	.328
	Post	1.77		16.90	
Carga viral	Pre	2.50	.068	13.25	.287
	Post	.00		13.90	
Beck	Pre	3.00	.091	15.69	.002
	Post	5.00		10.00	

A continuación se presentan en forma de gráfica dos de las variables que están en relación con la adherencia terapéutica, para ver como se cambiaron estos datos en cada uno de los pacientes del GE en pre y post.

En la figura 1 se hace la comparación de pre y post de los resultados del instrumento de Beck-II del grupo experimental, y en 6 personas del grupo disminuyó el nivel de depresión.

Instrumento de Beck-II

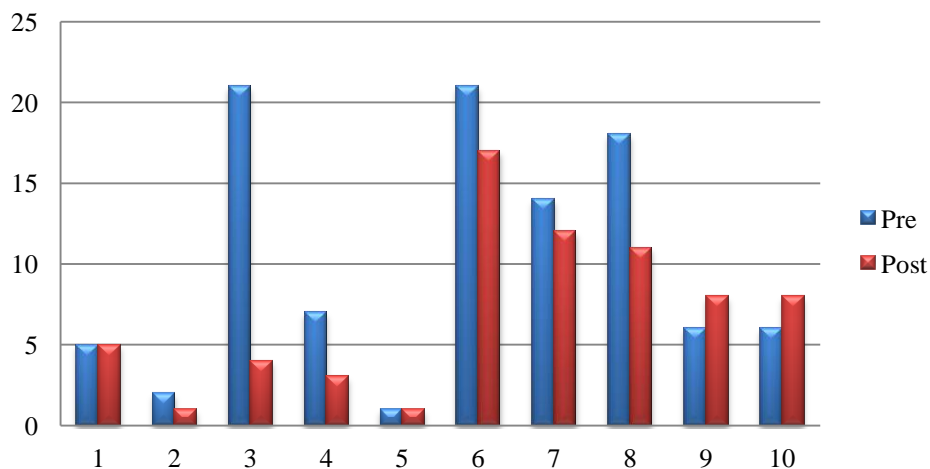


Figura 1
Comparación pre-post de Beck-II por paciente del grupo experimental

En la figura 2 vemos la comparación de pre y post en cuanto a los resultados de los niveles del CD4 en cada uno de los pacientes del grupo experimental. En este caso en 6 de las 10 personas del grupo subió el CD.

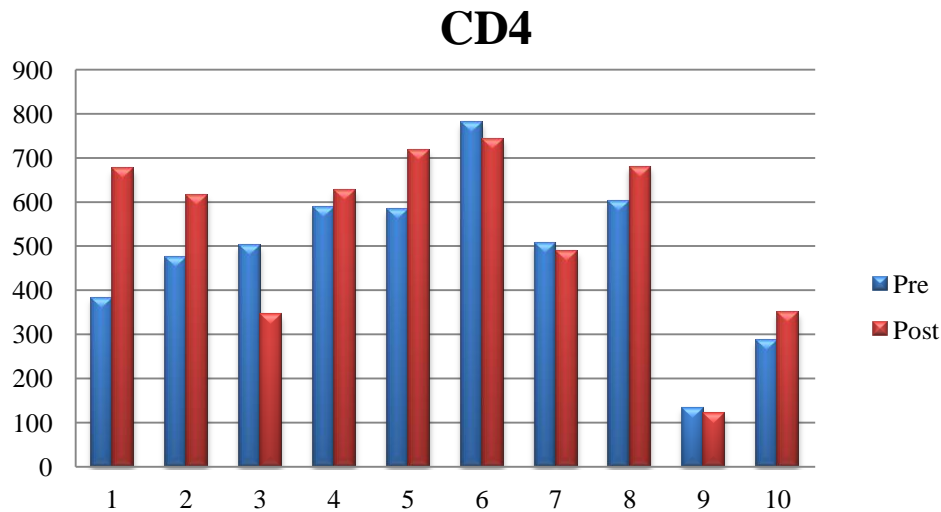


Figura 2
Comparación pre-post del CD4 por paciente del grupo experimental

Discusión

Como lo muestran los datos socio demográficos de las muestras, los dos grupos (GC y GE) tienen similitudes en cuanto al género, edad y estado civil pero presentan diferencia en la escolaridad, (en el GC hay más personas con licenciatura y en el GE la mayoría tiene preparatoria), el tiempo de diagnóstico (el GC tiene más años) y la ocupación (la mayoría del GC tiene negocio propio y los del GE se distribuyen de igual manera entre asalariados y desempleado).

Es importante tener en cuenta las variables socio demográficas ya que diversos autores (Chesney *et al.*, 2000, Ickovics y Meade, 2002, Simoni *et al.*, 2002; OMS, 2004) han mencionado que están relacionadas de manera directa con la adherencia terapéutica; es decir a mayor nivel socio económico mayor nivel de adherencia.

Por otro lado, los resultados relacionados con la comparación de medias en los dos grupos de pre y post en cuanto a las variables de CD4, carga viral, ejercicio y consumo de alcohol muestran diferencias significativas. En el GE el CD4 aumentó, la carga viral bajó y el puntaje de depresión también bajó. En el GC el CD4 y la carga viral bajaron, por su parte el puntaje de depresión se incrementó.

Es importante analizar cómo estaban los grupos antes de la intervención y se observa que en las variables relacionadas con la adherencia terapéutica (CD4, carga viral, ejercicio y depresión) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el GC y el GE en el pre-test, sin embargo cabe señalar que aunque no resultó significativo, desde un inicio el GE estaba en condiciones más favorables que el GC en cuanto a la carga viral y el CD4, cuestión que complica que se observen cambios muy notorios.

Pero si se analizan los resultados en relación a los objetivos de la intervención, se observan cambios estadísticamente significativos en pre y post del GE en cuanto a algunas variables relacionadas con la adherencia terapéutica (la carga viral disminuyó y el puntaje de depresión también), lo que nos indica que la intervención fue efectiva.

Estos resultados coinciden con un estudio de Molassiotis et al. (2003) en el cual participaron personas con VIH de ambos sexos; utilizaron una intervención basada en educación individualizada, reforzamiento positivo y consejería individualizada. Encontraron que la media de adherencia fue de 31.6%, la cual mejoró con la intervención a los seis meses hasta 42.4%, observándose un incremento en las cuentas de linfocitos CD4.

Por su parte Jones et al. (2007) también encontraron resultados parecidos al realizar una intervención con mujeres con VIH/SIDA por medio de terapia de apoyo emocional expresivo y cognitivo-conductual; encontraron que las mujeres que aprendieron a manejar sus emociones,

mejoraron sus comportamientos de adherencia y redujeron los niveles de carga viral, comparadas con las mujeres del grupo control.

Otro aspecto importante de abordar es el de la depresión, pues como ya se mencionó es uno de los trastornos psicológicos que más afecta a estos pacientes, seguido por el síndrome de estrés postraumático, la ansiedad y el estrés (Arendt, 2006; Brief et al. 2004; Bottonari et. al 2004; García et al. 2009; Schwartt et al., 2006).

En el presente trabajo se encontró que en el GE el puntaje de depresión bajó de 10 a 7 ($p \leq 0.01$); y en CG aumentó de 9.3 a 11.6 ($p \leq 0.069$).

En cuanto a las variables de consumo de alcohol y ejercicio, sí hubo cambios, pero al aplicar las pruebas estadísticas ninguna resultó estadísticamente significativa, ni en la evaluación pre-post, ni en la comparación entre los grupos.

En la parte final de los resultados se decidió presentar los datos pre y post de cada uno de los participantes del GE en dos de las variables relacionadas con la adherencia terapéutica (puntajes de depresión y de CD4) debido a su relevancia clínica. Que seis de los diez pacientes mejoraran sus niveles de CD4 y disminuyeran sus puntajes de depresión, más allá de la relevancia estadística, resulta muy importante para la vida de esas personas. Por otro lado estos mismos indicadores empeoraron en las personas del grupo control.

Conclusiones

Se puede afirmar que el programa de intervención fue efectivo ya que se encontraron diferencias significativas en el pre y post del grupo experimental en dos variables: carga viral, la cual bajo considerablemente y el puntaje de depresión que también disminuyó.

Cabe mencionar que hubo resultados clínicamente significativos en cuanto al CD4 en el GE, aunque tal vez por lo reducido del tamaño de la muestra no resultaron estadísticamente significativos.

Por otro lado, en la fase de psicoeducación se observaron cambios notorios antes y después de ver cada uno de los temas, en general la mayoría de los participantes demostró tener más conocimientos en relación al VIH/SIDA y su tratamiento al final de la intervención.

Además, se presentaron algunos cambios que no figuraban entre los objetivos del estudio, como la conformación de una red de apoyo entre los integrantes del GE; entre ellos estaban en contacto y al pendiente de la salud y evolución de los demás integrantes del grupo, esto fortaleció mucho la unión grupal y propició cambios favorables.

Los pacientes mexicanos con VIH difícilmente buscan apoyo social fuera de su familia, por eso resulta muy difícil organizar grupos psicoeducativos. El presente estudio mostró la relevancia y funcionalidad de trabajar de manera grupal; frente a un diagnóstico tan estigmatizante como lo es la infección por VIH, pues los pacientes encuentran no sólo información y herramientas para salir adelante sino que encuentran también apoyo social y hasta llegan a crear lazos de convivencia que les permiten sobre llevar de una mejor manera su enfermedad.

A pesar de que se logró la formación del grupo de intervención, cabe mencionar que hubo varias limitantes en el estudio: en primer lugar, se esperaba una mayor participación de las personas con menor adherencia, pero la mayoría de las personas que participaron ya habían mostrado cierta disposición o intenciones de realizar cambios, en segundo lugar, hubo muchas otras personas que por situaciones laborales o de lugar de residencia no podían asistir a la sesiones o incluso simplemente por cuestiones de confidencialidad.

Por lo mencionado, se cree conveniente dar algún tipo de incentivo a los pacientes para propiciar su participación en un grupo de intervención, y que de esta manera se vaya fomentando en México y en otros países con características similares esta cultura de la participación grupal.

Por último, se sugiere trabajar con esta población desde un enfoque multidisciplinario, ya que es muy importante atender tanto su salud en general como su bienestar psicológico.

REFERENCIAS

- Amico K.R., Toro-Alfonso J., Fisher J.D. (2005). An empirical test of the information-motivation and behavioral skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*; (17), 661-673.
- Arendt, G. (2006). Affective Disorders in Patients with HIV Infection Impact of Antiretroviral Therapy. *CNS Drugs*.
- Bimbela, J. L. (2002). El counseling en atención primaria. *Jano*, 63(1453), 54-60.
- Bottonari, K., Roberts, J., Ciesla, J. y Hewitt, R. (2005). Life Stress and Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Individuals: A Preliminary Investigation. *AIDS Patient Care and STDs*; 19 (11).
- Brief, D., Bollinger, A., Vielhauer, M., Berger-Greenstein, J., Morgan, E., Brady, S., Buondonno, L. y Keane, T. (2004). Understanding the interface of HIV, trauma, post-traumatic stress disorder, and substance use and its implications for health outcomes. *AIDS Care*, vol.16.
- Buckingham L., Flaws M.L. (2007) "*Molecular Diagnostics: Fundamentals, Methods, & Clinical Applications*" F.A. Davis.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA. (2009). El VIH y el SIDA en México al 2008: hallazgos, tendencias y reflexiones. *CENSIDA*.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA (2011). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA (2011). El VIH/SIDA en México 2011.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D.B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B. y Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255-266.
- Eguiluz, L.L., Gonzales, N.A., López, G.A. (2009). La metodología cualitativa para conocer los estilos de afrontamiento en un caso de VIH/SIDA. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 1 (2), 67-79.
- García, I., Alfaro, F. Rodríguez, M., Sanchez-Armass, O. (2009). "Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica." S.L.P., México.
- Harrington, L.E., Hatton, R.D. & Mangan, P.R., et al. (2005), "Los linfocitos T efectoros CD4+ productores de Interleucina-17 se desarrollan desde un linaje distinto a los linfocitos colaboradores tipo 1 y 2", *Inmunología Natural (en inglés)*. 6 (11), 1023-32.
- Ickovics, J. R. y Meade, C. S. (2002). Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care*, 14(3), 309-318.
- Javanbakht M., Prosser P., Grimes T., Weinstein M., Farthing C. (2006) Efficacy of an individualized adherence support program with contingent reinforcement among nonadherent HIV-positive patients. *J Int Assoc Phys AIDS Care*. 5, 143- 150.
- Jones D.L., McPherson-Baker S., Lydston D., Camile J., Brondolo E., Tobin J., Weiss S.M. (2007). Efficacy of a group medication adherence intervention among HIV positive women: The SMAR/EST women's project. *AIDS Behav*. 11, 79-86.
- Ka'opua, L. S. y Mueller C. W. (2004) Treatment adherence among native Hawaiians living with HIV. *Social Work*. 49 (1), 55-62.

- Kleeberg Cynthia , Phair Jhon, (2001). Determinants of Heterogeneous Adherence to HIV antiretroviral Therapies in the Multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 26 (1), 82-92.
- Kremer, H., Ironson, G., Schneiderman, N. y Hautzinger, M. (2006). To Take or Not to Take: Decision-Making About Antiretroviral Treatment in People Living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*. 20(5).
- Miller W., Rollnick S.. (2002). Motivational Interviewing: Preparing people for change. 2.^a ed. New York: Guilford Press.
- Molassiotis, A., Lopez-Nahas, V., Chung, W., y Lam, S. (2003). A pilot study of the effects of a behavioral intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 15 (1), 125-135.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *Revista Internacional del Psicología y terapia psicológica*. 3 (1), 91-109.
- Murphy, D., Johnston Roberts, K., Hoffman, D., Molina, A., y Lu, M. (2003). Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV infected monolingual Spanish speaking patients. *AIDS CARE*. 15 (2), 217-230.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado el 19 octubre de 2005, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>
- Parsons, S., Cruise, P., Davenport, W. y Jones, V. (2006). Religious Beliefs, Practices and Treatment Adherence Among Individuals with HIV in the Southern United States. *AIDS Patient Care and STDs*. 20(2).
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K., Valencia, M.A. (2007). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Publica*. 19(4), 217-28.
- Peltzer K., Friend-du-Preez N., Ramagian S., Anderson J. (2010). Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, *South Africa*. *BMC Public Health*. (10), 111.
- Simoni, J. M., Frick, P. A. Lockhart, D. y Liebovitz, D. (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(9), 431-439.
- Sobrino. T., Rodríguez, A. (2008). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Síntesis.
- Stewart, K., Cianfrini, L., Walker, J. (2005) Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the Deep South of the United States. *AIDS Care*, 17(3), 350-358.
- Wagner, G. J., Kanouse, D. E., Koegel, P. y Sullivan, G. (2004). Correlates of HIV antiretroviral adherence in persons with serious mental illness. *Aids Care*. 16(4), 501-506.

APÉNDICES

Apéndice A.

Acuse de recibo

Fecha:	12-07-2013 10:10:48
Nombre:	Info Psiquiatria.com

Mensaje:

Apreciada María Isabel Velázquez:

Muchas gracias por contactar con Psiquiatria.com.

Nos ponemos en contacto con usted para informarle que su artículo: **Psicoeducación: una estrategia para promover la adherencia terapéutica en personas con VIH/SIDA** ha sido recibido y en breve procederemos a enviarlo a nuestro Comité Científico para su valoración y posible incorporación en nuestra revista. Esperamos en el menor plazo de tiempo posible informarle de la decisión adoptada.

Atentamente, reciba un cordial saludo.

El Comité Editorial de Psiquiatria.com

Psiquiatria.com

<http://psiquiatria.com>

Twitter: <http://twitter.com/psiquiatriacom>

Facebook: <http://facebook.com/psiquiatriacom>

Aviso de aceptación:

Estimada Sra. Velázquez,

Nos complace comunicarle que su artículo **Psicoeducación: una estrategia para promover la adherencia terapéutica en personas con VIH/SIDA** ha sido aceptado para su publicación en la revista *Psicología.com*.

Pronto será informado sobre ello.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

El Comité Editorial de Psiquiatria.com

<http://www.psiquiatria.com>

E-mail: secretaria@psiquiatria.com

Apéndice B.

Artículo

Psicoeducación: una estrategia para promover la adherencia terapéutica en personas con VIH/SIDA.

Lic. en Psic. María Isabel Velázquez Tello.
Dr. Ismael García Cedillo.

Resumen

En el presente artículo se muestra la efectividad de un programa de intervención psicológica en un grupo de personas diagnosticadas con VIH/SIDA. El objetivo del estudio fue evaluar un programa de intervención dirigido a mejorar la adherencia terapéutica, misma que fue evaluada con las siguientes variables: linfocitos CD4, carga viral, depresión, consumo de alcohol y ejercicio. Se trata de un estudio cuasi-experimental con una evaluación pre-post, en el que se trabajó con un grupo control de 16 personas y un grupo experimental de 10 personas diagnosticadas con VIH/SIDA que acuden a atención médica a un hospital público. Se realizó la intervención grupal bajo el enfoque de la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual, que tuvo una duración de 13 sesiones. Al término de la intervención se observaron cambios estadísticamente significativos ($p \leq .10$) en el grupo experimental en las variables de carga viral ($p \leq .068$) y depresión ($p \leq .091$) las cuales disminuyeron considerablemente; en cambio, se observó que en la comparación control-experimental el grupo control mostró puntajes de depresión significativamente más altos ($p \leq .002$). Por lo mencionado anteriormente se concluye que la intervención resultó efectiva. Además, los resultados establecen la relevancia de las intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud y la importancia de promover cada vez más la cultura de la participación en grupo.

Abstract

This paper shows the effectiveness of a psychological intervention program in a group of people diagnosed with HIV/AIDS. The aim of the study was to assess an intervention program targeted at improving therapeutic adherence, which was evaluated according to the following variables: CD4 lymphocytes, viral load, depression, alcohol consumption, and exercise. This is a quasi-experimental study with a pre-post evaluation, which was carried out with a control group of 16 people and an experimental group of 10 people diagnosed with HIV/AIDS who attend a public hospital for medical care. The intervention, which lasted 13 sessions, was carried out in groups under two approaches: psychoeducation and the cognitive-behavioral therapy. At the end of the intervention, some statistically significant changes ($p \leq .10$) were observed in the experimental group, whose variables of the viral load ($p \leq .068$) and depression ($p \leq .091$) decreased considerably; whereas in the control-experimental comparison, the control group showed significantly higher depression scores ($p \leq .002$). From the results mentioned above, we conclude that the intervention was effective. Furthermore, the results establish the relevance of psychological interventions in the health sector, as well as the importance of promoting group participation.

Palabras clave

VIH, cumplimiento de la medicación, terapia cognitiva, adultos, México.

Introducción

A finales del 2010, el Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), estimó que a nivel mundial existían 34 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (ONUSIDA/ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2011). De acuerdo con esta fuente, en México, a finales de 2011 había 147,137 personas viviendo con VIH. En el estado de San Luis Potosí, había 1,975 casos acumulados de SIDA, hasta septiembre del 2011 (CENSIDA, 2012).

Según datos de CENSIDA (2012), durante los últimos diez años, la prevalencia de infección por VIH en México se ha mantenido estable, cerca de 0.4%. Además, las muertes asociadas al SIDA han disminuido significativamente en los últimos años, en gran medida debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV).

En el año 1996, se dio un gran avance en relación al VIH/SIDA con el advenimiento del TARV, pues estas terapias modificaron favorablemente el pronóstico de la infección por VIH. La constante disminución de enfermedades oportunistas y de la mortalidad asociada al virus, implicaron una transformación de la infección, ya que actualmente se considera al VIH una enfermedad crónica transmisible (Margulies, Barber y Recoder, 2006).

Sin embargo, un problema que se ha encontrado en relación al VIH/SIDA es la adherencia al tratamiento. Históricamente ha existido cierta polémica en cuanto a los conceptos de adhesión o adherencia terapéutica, pero de acuerdo con Martin y Grau (2004, en Arévalo, Torres y Sánchez, 2008) la “adherencia” al tratamiento es el término más aceptado por el sentido psicológico que entraña. Además de esto, este término ha sido respaldado por la OMS (2004) en su informe sobre la adherencia a los tratamientos a largo plazo.

Especialmente en el entorno asistencial de la infección por VIH, se ha introducido el término “adherencia” en el sentido de que implica un papel más activo, una actitud positiva y un mayor compromiso del paciente en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral en sus varios aspectos: la toma del medicamento con la frecuencia prescrita, a las dosis correctas y en una relación adecuada con las comidas (Kleeberger y Phair, 2001).

Algunos autores se refieren a la adherencia terapéutica como el contexto en el que el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones realizadas por los profesionales de la salud (Bimbela, 2002; Silva, Galeano y Correa, 2005).

Por su parte, la OMS adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como “el grado en el cual el comportamiento del paciente (la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida) responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud” (OMS, 2004. p.10). También, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y su participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención. Cabe señalar que en el presente trabajo se tomará como referencia este concepto al referirnos a la adherencia. Además es importante mencionar que no se medirá directamente la adherencia pues en el país hay muy pocos instrumentos que la evalúan de manera confiable ya válida, por lo cual en el presente trabajo se evaluarán los indicadores biológicos de la adherencia, esto es, los conteos de linfocitos CD4 y la carga viral. Por otro lado, se evaluará la depresión y dos variables muy asociadas a ésta, como el consumo de alcohol y la realización de ejercicio.

En cuanto al régimen terapéutico, se ha demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de su administración, con la

aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es muy prolongado (Knobel, Codina y Miró, 2002).

Las características socio demográficas como edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, entre otras, han sido relacionadas con la adherencia al tratamiento del VIH/SIDA (Chesney *et al.*, 2000; Ickovics y Meade, 2002; Servellen, Brown, Lombardi y Herrera, 2003; Simoni, Frick, Lockhart y Liebovitz, 2002; OMS, 2004).

Los efectos adversos de la terapia antirretroviral (ARV) está asociada a la adherencia de una manera negativa pues a mayores efectos secundarios menor es el nivel de adherencia (Knobel *et al.*, 2000; Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe., 2000; Marco, Knobel y Gu , 2000; Abel y Painter, 2004; Ammassari *et al.*, 2004; Murphy *et al.*, 2003; Veinot *et al.*, 2006; Westerfelt, 2004).

Según algunos autores (Berg *et al.*, 2004; Carballo *et al.*, 2004, Catz *et al.*, 2000; Godin, Co[^]Té, Naccache, Lambert y Trottier, 2005; Gonzalez *et al.*, 2004; Murphy, Marelich, Hoffman y Steers, 2004) la percepción de apoyo social y/o familiar se asocia positivamente a la adherencia al tratamiento lo cual implica que a mayor apoyo percibido mayor es el nivel de adherencia.

Por otro lado, se ha encontrado que la presencia de trastornos afectivos en los pacientes que viven con VIH/SIDA es algo común, tomando en cuenta que la terapia ARV por si misma suele desencadenar alteraciones emocionales. Varios autores coinciden en que los trastornos afectivos que más comúnmente se presentan en los pacientes que viven con VIH son: depresión o episodios depresivos, síndrome de estrés postraumático, ansiedad y estrés (Arendt, 2006; Brief *et al.* 2004; Bottonari, Roberts, Ciesla y Hewitt, 2004; García, Alfaro, Rodríguez y Sanches-Armass, 2009).

En respuesta a lo anterior, a la largo de la historia de la infección se han hecho múltiples intervenciones psicológicas en personas con VIH/SIDA y diversos autores han encontrado que la terapia cognitivo conductual ha dado resultados favorables en la promoción de la adherencia de estos pacientes, tal es el caso de Javanbakht, Posser, Grimes, Weinstein y Farthing (2006) que realizaron un estudio en el que intervinieron por medio de un modelo teórico conductual con reforzamientos en una muestra de 90 personas con VIH/SIDA de ambos sexos, por. Las variables fueron: el aspecto socio-económico, estado mental e intervención con práctica reforzada. Los resultados fueron que mejoró la adherencia a los 24, 36 y 48 meses.

Por su parte Jones *et al.* (2007) realizaron una intervención con mujeres con VIH/SIDA por medio de terapia de apoyo emocional expresivo y cognitivo-conductual, tomando como variables: nivel socio demográfico, la expresión emocional, además del estrés y estrategias de afrontamiento. En los resultados se encontró que las mujeres que aprendieron a manejar sus emociones, mejoraron sus comportamientos de adherencia y redujeron los niveles de carga viral, comparadas con las mujeres del grupo control.

Molassiotis, Lopez-Nahas, Chung y Lam (2003) llevaron a cabo un estudio donde participaron personas con VIH de ambos sexos; para esta investigación utilizaron una intervención basada en educación individualizada, reforzamiento positivo y consejería individualizada. Encontraron que la media de adherencia fue de 31.6%, la cual mejoró con la intervención a los seis meses hasta 42.4%, observándose un incremento en las cuentas de linfocitos CD4.

Ligado a esto se he entrado también que la psicoeducación es una herramienta útil en este tipo de padecimientos pero cabría señalar primero la definición de psicoeducación. Según Sobrino y Rodríguez (2008), es un proceso de aprendizaje estructurado sobre la enfermedad que se padece y las distintas formas de afrontarla. Las intervenciones psicoeducativas deben ofrecer

información pero sobre todo propiciar un cambio de actitud, de tal manera que el usuario se convierta en un agente activo en el mantenimiento de hábitos de salud adecuados.

Por lo general la psicoeducación se trabaja de manera grupal pues ayuda a que el participante se vea identificado con sus compañeros, comparta información, pueda reconocer que su problema no es el único y observar como otras personas han podido progresar en su proceso de recuperación, de esta manera sus expectativas del futuro pueden mejorar. Otro factor muy importante es que el profesional de la salud debe evitar al máximo usar tecnicismos y para esto debe dar la información lo más clara posible, por medio de ejercicios prácticos que faciliten la comprensión y fomentando la participación de los usuarios a través del reforzamiento de sus opiniones personales (Sobrino y Rodríguez, 2008).

Por lo mencionado anteriormente, el presente estudio se fundamenta principalmente en el enfoque de la psicoeducación y en la terapia cognitivo conductual, misma que constituye un conjunto de técnicas basadas en evidencias usadas para trabajar con personas que padecen alguna enfermedad crónica pues les ayuda a afrontar su enfermedad y desarrollar conductas y estrategias que ayuden a aliviar o minorar los síntomas (Brown y Daly, 2008).

Material y Método

Diseño

Es una intervención cuasi-experimental, con un grupo control (GC) y un grupo experimental (GE), y un diseño de evaluación pre-post. Se realizó la intervención de manera grupal, la cual tiene una extensión de 13 sesiones (una sesión por semana), con una duración de dos horas cada una.

Objetivos

Evaluar un programa de intervención cuyo propósito es promover la adherencia terapéutica en un grupo de personas con VIH/SIDA que acuden a atención médica a un hospital público.

Identificar si con la intervención se reducen los niveles de depresión de este grupo de personas con VIH/SIDA.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por oportunidad, es decir, se realizó una invitación en general en la institución y las personas que accedieron son las que ahora forman parte de la muestra que está conformada por un grupo experimental y un grupo control. Las personas que forman parte del grupo control por lo general son personas que por sus actividades laborales o por vivir en lugares lejanos a la institución no podían asistir a las sesiones de intervención.

El grupo experimental lo constituyen 10 personas diagnosticadas con VIH/SIDA que acuden a un hospital público. Este grupo está conformado por 9 hombres y una mujer, con una media de edad de 36 años.

El grupo control consta de 16 personas (13 hombres y 3 mujeres) con una media de edad de 37 años.

Instrumentos

Cuestionario de variables socio demográficas y clínicas: contiene información sobre el historial clínico y familiar, nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación, apoyo familiar y social, hábitos alimenticios y de ejercicio, sueño, consumo de sustancias tóxicas, si se encuentra o no en tratamiento y número de pastillas que toma al día.

BECK-II: Es un cuestionario autoadministrable que consta de 21 reactivos. Al estimar su confiabilidad se encontró que cuenta con un α de Cronbach de 0.87 lo que indica un buen nivel de confiabilidad (Jurado et al., 1998).

Procedimiento

Conformados los dos grupos (control y experimental), se le entregó a cada participante la carta de consentimiento informado; después de leerla, se aclararon sus dudas y quienes estuvieron de acuerdo la firmaron. Después se procedió con la aplicación de los instrumentos y enseguida se realizó la intervención con el grupo experimental; ocho meses después se aplicaron nuevamente los instrumentos.

Descripción de la intervención

La parte inicial de la intervención consistió en siete sesiones de psicoeducación donde se abordaron temas como: mitos y realidades sobre el VIH/SIDA, adherencia al tratamiento y los factores asociados, conductas de riesgo asociadas al VIH, calidad de vida y estilos de vida sanos, responsabilidad del diagnóstico, estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA, autoestima y resiliencia. Enseguida se trabajó durante cuatro sesiones algunas técnicas cognitivas y conductuales como: reestructuración cognitiva, autocontrol, auto monitoreo y auto registros.

Resultados

A continuación en el Cuadro 1 vemos los datos socio demográficos del grupo control y experimental con el objetivo de identificar las características de la muestra.

Cuadro 1

Datos socio demográficos del grupo experimental y del grupo control.

Variables	GE (Frecuencias)	GC (Frecuencias)
Edad	Media: 36	Media: 37
Sexo	Hombres: 9 Mujeres: 1	Hombres: 13 Mujeres: 3
Preferencia Sexual	Heterosexual: 1 Homosexual: 8 Bisexual: 1 No lo mencionan: 0	Heterosexual: 3 Homosexual: 2 Bisexual: 2 No lo mencionan: 8
Estado Civil	Solteros: 9 Separados: 1	Solteros: 9 Casados: 1 Unión libre: 6
Escolaridad	Primaria: 1 Preparatoria: 7 Licenciatura: 2	Primaria: 3 Secundaria: 4 Preparatoria: 4 Licenciatura: 5

Ocupación	Estudiantes: 1 Desempleados: 3 Asalariados: 3 Desempeñan un oficio:2 Negocio propio: 1	Ama de casa: 1 Desempleados: 2 Asalariados: 2 Desempeñan un oficio:7 Negocio propio: 1
Tratamiento antirretroviral	Con tratamiento antirretroviral: 8 Sin tratamiento antirretroviral: 2	Con tratamiento antirretroviral: 15 Sin tratamiento antirretroviral: 1
Tiempo de diagnostic	Media: 4 años.	Media: 5 años.

En el Cuadro 2 vemos la comparación de algunas variables en el pre y post de los dos grupos, en el caso del grupo experimental se observa que las horas de ejercicio aumentaron y el número de copas de alcohol a la semana bajó; en el caso de los niveles de las CD4 aumentó considerablemente y la carga viral bajó, en los resultados del instrumento de Beck vemos que el puntaje bajó.

En el grupo control las horas de ejercicio bajaron, el consumo de alcohol no tuvo cambios significativos, pero el nivel de CD4 bajó y la carga viral también. En cuanto a los resultados del Beck el puntaje subió.

Cuadro 2

Variables relacionadas al tratamiento del VIH/SIDA. Comparación de medias, pre-post en grupo control y experimental.

Variable	GE (Pre)		GE (Post)		GC (Pre)		GC (Post)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ejercicio	2	2.5	2.20	2.5	2	1.6	1.7	1.2
Alcohol	1.9	1.7	1.5	1.2	1.2	1.4	1.3	1.6
CD4	483	181	535	204	435	156	424	149
Carga Viral	2290	5403	627	1145	4939	16499	4681	15505
Beck	10	7	7	5	9.3	7.2	11.6	6.7

En el cuadro 3 se muestra la comparación de los dos grupos en el pre-test (en las primeras columnas) y del post-test (en las tres últimas columnas) con la prueba de Mann-Whitney. Se observa que en el pre-test que los dos grupos tienen puntajes parecidos en las variables de: alcohol, ejercicio CD4, carga viral y los resultados del Beck-II y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al post se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .10$) en las variables de CD4 ($p \leq .077$) y Beck-II ($p \leq .069$).

Cuadro 3

Comparación pre-pre y post-post en grupo control y experimental

Variable	Grupo	Pre-Pre Rango promedio	Nivel de sig.	Post-post Rango promedio	Nivel de sig.
Alcohol	Control	12.44	.391	12.97	.660
	Experimental	15.20		14.35	
Ejercicio	Control	14.16	.586	13.50	1.0
	Experimental	12.45		13.50	
CD4	Control	12.56	.452	11.38	.077
	Experimental	15.00		16.90	
Carga viral	Control	13.00	.698	13.25	.856
	Experimental	14.30		13.90	
Beck	Control	13.16	.776	15.69	.069
	Experimental	14.05		10.00	

En el cuadro 4 se presentan las comparaciones de pre-post de cada uno de los grupos mediante la prueba de Wilcoxon. Se podrá observar que en el GE se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos variables relacionadas con la adherencia al tratamiento: Carga viral ($p \leq .068$) la cual subió y Beck-II ($p \leq .091$) cuyo porcentaje bajó. En cuanto al GC hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable Beck-II ($p \leq .002$), la cual subió.

Cuadro 4

Comparación en pre-post del grupo experimental y el grupo control.

Variable	Pre-post	GE	Nivel de sig.	GC	Nivel de Sig.
		Rango promedio		Rango promedio	
Alcohol	Pre	2.67	.257	12.97	.157
	Post	2.00		14.35	
Ejercicio	Pre	.00	.157	13.50	.197
	Post	1.50		13.50	

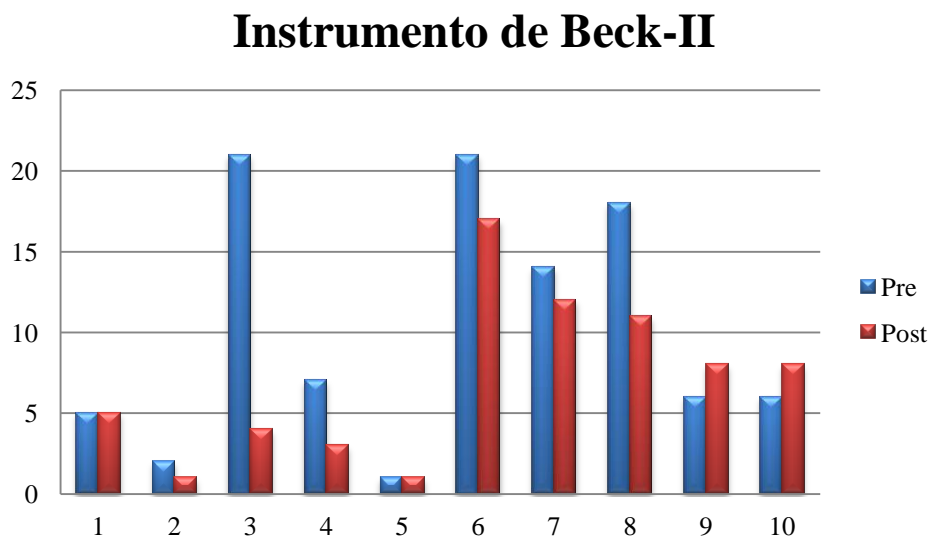
CD4	Pre	3.75		11.38	
	Post	1.77	.203	16.90	.328
Carga viral	Pre	2.50		13.25	
	Post	.00	.068	13.90	.287
Beck	Pre	3.00		15.69	
	Post	5.00	.091	10.00	.002

A continuación se presentan en forma de gráfica dos de las variables que están en relación con la adherencia terapéutica, para ver como se cambiaron estos datos en cada uno de los pacientes del GE en pre y post.

En la gráfica 1 se hace la comparación de pre y post de los resultados del instrumento de Beck-II del grupo experimental, en el cual podemos ver que de igual manera en 6 personas del grupo hubo cambios, notándose una disminución de los puntajes de depresión.

Gráfica 1

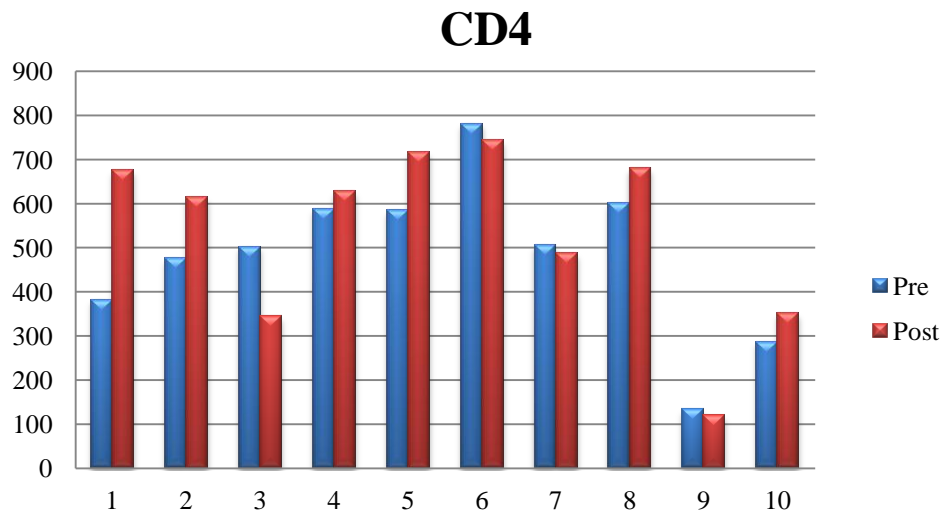
Comparación pre-post de Beck-II por paciente del grupo experimental



En la gráfica 2 vemos la comparación de pre y post en cuanto a los resultados de los niveles del CD4 en cada uno de los pacientes del grupo experimental. En este caso en 6 de las 10 personas del grupo subió el CD4.

Gráfica 2

Comparación pre-post del CD4 por paciente del grupo experimental



Discusión

Como lo muestran los datos socio demográficos de las muestras, los dos grupos (GC y GE) tienen similitudes en cuanto al género, edad y estado civil pero presentan diferencia en la escolaridad, (en el GC hay más personas con licenciatura y en el GE la mayoría tiene preparatoria), el tiempo de diagnóstico (el GC tiene más años) y la ocupación (la mayoría del GC tiene negocio propio y los del GE se distribuyen de igual manera entre asalariados y desempleado).

Es importante tener en cuenta las variables socio demográficas ya que diversos autores (Chesney *et al.*, 2000, Ickovics y Meade, 2002, Simoni *et al.*, 2002; OMS, 2004) han mencionado que están relacionadas de manera directa con la adherencia terapéutica; es decir a mayor nivel socio económico mayor nivel de adherencia.

Por otro lado, los resultados relacionados con la comparación de medias en los dos grupos de pre y post en cuanto a las variables de CD4, carga viral, ejercicio y consumo de alcohol muestran diferencias significativas. En el GE el CD4 aumentó, la carga viral bajó y el puntaje de depresión también bajó. En el GC el CD4 y la carga viral bajaron, por su parte el puntaje de depresión se incrementó.

Es importante analizar cómo estaban los grupos antes de la intervención y se observa que en las variables relacionadas con la adherencia terapéutica (CD4, carga viral, ejercicio y depresión) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el GC y el GE en el pre-test, sin embargo cabe señalar que aunque no resultó significativo, desde un inicio el GE estaba en condiciones más favorables que el GC en cuanto a la carga viral y el CD4, cuestión que complica que se observen cambios muy notorios.

Pero si se analizan los resultados en relación a los objetivos de la intervención, se observan cambios estadísticamente significativos en pre y post del GE en cuanto a algunas variables

relacionadas con la adherencia terapéutica (la carga viral disminuyó y le puntaje de depresión también), lo que nos indica que la intervención fue efectiva.

Estos resultados coinciden con un estudio de Molassiotis et al. (2003) en el cual participaron personas con VIH de ambos sexos; utilizaron una intervención basada en educación individualizada, reforzamiento positivo y consejería individualizada. Encontraron que la media de adherencia fue de 31.6%, la cual mejoró con la intervención a los seis meses hasta 42.4%, observándose un incremento en las cuentas de linfocitos CD4.

Por su parte Jones et al. (2007) también encontraron resultados parecidos al realizar una intervención con mujeres con VIH/SIDA por medio de terapia de apoyo emocional expresivo y cognitivo-conductual; encontraron que las mujeres que aprendieron a manejar sus emociones, mejoraron sus comportamientos de adherencia y redujeron los niveles de carga viral, comparadas con las mujeres del grupo control.

Otro aspecto importante de abordar es el de la depresión, pues como ya se mencionó es uno de los trastornos psicológicos que más afecta a estos pacientes, seguido por el síndrome de estrés postraumático, la ansiedad y el estrés (Arendt, 2006; Brief et al. 2004; Bottonari et. al 2004; García et al. 2009; Schwartt et al., 2006).

En el presente trabajo se encontró que en el GE el puntaje de depresión bajó de 10 a 7 ($p \leq 0.91$); y en CG aumentó de 9.3 a 11.6 ($p \leq 0.69$).

En cuanto a las variables de consumo de alcohol y ejercicio, sí hubo cambios, pero al aplicar las pruebas estadísticas ninguna resultó estadísticamente significativa, ni en la evaluación pre-post, ni en la comparación entre los grupos.

En la parte final de los resultados se decidió presentar los datos pre y post de cada uno de los participantes del GE en dos de las variables relacionadas con la adherencia terapéutica (puntajes de depresión y de CD4) debido a su relevancia clínica. Que seis de los diez pacientes mejoraran sus niveles de CD4 y disminuyeran sus puntajes de depresión, más allá de la relevancia estadística, resulta muy importante para la vida de esas personas. Por otro lado estos mismos indicadores empeoraron en las personas del grupo control.

Conclusiones

Se puede afirmar que el programa de intervención fue efectivo ya que se encontraron diferencias significativas en el pre y post del grupo experimental en dos variables: carga viral, la cual bajo considerablemente y el puntaje de depresión que también disminuyó.

Cabe mencionar que hubo resultados clínicamente significativos en cuanto al CD4 en el GE, aunque tal vez por lo reducido del tamaño de la muestra no resultaron estadísticamente significativos.

Además, se presentaron algunos cambios que no figuraban entre los objetivos del estudio, como la conformación de una red de apoyo entre los integrantes del GE; entre ellos estaban en contacto y al pendiente de la salud y evolución de los demás integrantes del grupo, esto fortaleció mucho la unión grupal y propició cambios favorables.

Los pacientes mexicanos con VIH difícilmente buscan apoyo social fuera de su familia, por eso resulta muy difícil organizar grupos psicoeducativos. El presente estudio mostró la relevancia y funcionalidad de trabajar de manera grupal; frente a un diagnóstico tan estigmatizante como lo es la infección por VIH, pues los pacientes encuentran no sólo información y herramientas para salir adelante sino que encuentran también apoyo social y hasta llegan a crear lazos de convivencia que les permiten sobre llevar de una mejor manera su enfermedad.

A pesar de que se logró la formación del grupo de intervención, cabe mencionar que hubo varias limitantes en el estudio: en primer lugar, se esperaba una mayor participación de las personas con menor adherencia, pero la mayoría de las personas que participaron ya habían mostrado cierta disposición o intenciones de realizar cambios, en segundo lugar, hubo muchas otras personas que por situaciones laborales o de lugar de residencia no podían asistir a las sesiones o incluso simplemente por cuestiones de confidencialidad.

Por lo mencionado, se cree conveniente dar algún tipo de incentivo a los pacientes para propiciar su participación en un grupo de intervención, y que de esta manera se vaya fomentando en México y en otros países con características similares esta cultura de la participación grupal.

Por último, se sugiere trabajar con esta población desde un enfoque multidisciplinario, ya que es muy importante atender tanto su salud en general como su bienestar psicológico.

Referencias

- Abel, E. y Painter, L. (2004). Factors that influence adherence to HIV medications: perceptions of women and health care providers. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 14(4), 61-69.
- Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M. S., Trota, M. P., Murri, R., Bartoli, L., Monforte, A. D., Wu, A. W. y Starace, F. (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 45(5), 394-402.
- Arendt, G. (2006). Affective Disorders in Patients with HIV Infection Impact of Antiretroviral Therapy. *CNS Drugs*.
- Berg, M. B., Safren, S. A., Mimiaga, M. J., Grasso, C., Boswell, S. y Mayer, K. H. (2005). Nonadherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care*, 17(7), 902-907.
- Bimbela, J. L. (2002). El counseling en atención primaria. *Jano*, 63(1453), 54-60.
- Bottonari, K., Roberts, J., Ciesla, J. y Hewitt, R. (2005). Life Stress and Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Individuals: A Preliminary Investigation. *AIDS Patient Care and STDs*;19 (11).
- Brief, D., Bollinger, A., Vielhauer, M., Berger-Greenstein, J., Morgan, E., Brady, S., Buondonno, L. y Keane, T. (2004). Understanding the interface of HIV, trauma, post-traumatic stress disorder, and substance use and its implications for health outcomes. *AIDS Care*; 16.
- Brown, T., Daly, B.P., Rickel, A.U. (2008) Enfermedades crónicas en niños y adolescentes. México: Manual Moderno.
- Catz, S., L., Kelly, J. A., Bogart, L. M. Benotsch, E. G. y McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D.B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B. y Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255-266.

- Carballo, E., Cadarso-Suarez, C., Carrera, I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. y Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13, 587-599.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA (2011). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA (2012). El VIH/SIDA en México 2012.
- García, I., Alfaro, F. Rodríguez, M., Sanchez-Armass, O. (2009). “Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica.” S.L.P., México.
- Godin, G., CoˆTé, J., Naccache, H., Lambert, L. D. y Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17(4), 493-504.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Durán, R. E., Fernandez, M. I., McPherson-Baker, S., Ironson, G., Klimas, N. G., Fletcher, M. A. y Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4), 413-418.
- Ickovics, J. R. y Meade, C. S. (2002). Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care*, 14(3), 309-318.
- Javanbakht M., Prosser, P., Grimes, T., Weinstein, M., Farthing, C. (2006). Efficacy of an individualized adherence support program with contingent reinforcement among nonadherent HIV-positive patients. *J Int Assoc Phys AIDS Care*; 5: 143-150.
- Jones, D.L., McPherson-Baker, S., Lydston, D., Camile, J., Brondolo, E., Tobin, J.N., Weiss, S.M. (2007). Efficacy of a group medication adherence intervention among HIV positive women: The SMAR/EST women's project. *AIDS Behav*; 11: 79-86.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Mendez, L., Rodriguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Metal*; 21 (3).
- Kleeberg, C., Phair, J. (2001). Determinants of Heterogeneous Adherence to HIV antirretroviral Therapies in the Multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 26. (1), 82-92.
- Knobel H., Codina C., Miró J.M. (2002). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enf Infecc Microbiol Clin*; 18: 27-39.
- Marco, A., Knobel, H. y Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral: una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes* 2(1), 45-53.
- Margulies, S. Barber, N. Recorder, M.L. (2006). VIH/SIDA y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *ANTIDOPA*; 281-300.
- Martin, M. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*. 14, 5-7. En Villa, I. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Molassiotis, A., Lopez-Nahas, V., Chung, W., y Lam, S. (2003). A pilot study of the effects of a behavioral intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 15 (1), 125-135.
- Murphy, D. A. Marelich, W. D., Hoffman, D. y Steers, W. N. (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 16(4), 471-484.

- Murphy, D., Johnston Roberts, K., Hoffman, D., Molina, A., y Lu, M. (2003). Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV infected monolingual Spanish speaking patients. *AIDS CARE*; 15 (2), 217-230.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado el 19 octubre de 2005, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>
- Servellen, G., Brown, J., Lombardi, E. y Herrera, G. (2003). Health Literacy in Low-Income Latino Men and Women Receiving Antiretroviral Therapy in Community-Based Treatment Centers. *AIDS Patient Care and STDs*; 17(6), 126.
- Silva G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*; 30 (4), 268-273.
- Simoni, J. M., Frick, P. A. Lockhart, D. y Liebovitz, D. (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(9), 431-439.
- Sobrinho T., Rodríguez, A. (2008). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Síntesis.
- Veinot, T. C., Flicker, S. E., Skinner, H. A., McClelland, A., Saulnier, P., Read, S. E. y Goldberg, E. (2006). “Supposed to make you better but it doesn’t really”: HIV-positive youths’ perceptions of HIV treatment. *Journal of Adolescent Health*, 38, 261-267.
- Westerfelt, A. (2004). A qualitative investigation of adherence issues for men who are HIV positive. *Social Work*, 49(2), 231-239.

Apéndice C.
Instrumento de adhesión.

Encuesta para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH+ (VPAD-30)

Las preguntas de la 1 a la 5 tienen que ver con si usted practicaba y con qué frecuencia diferentes comportamientos antes de que a usted le notificaran su condición como persona VIH+:

1. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted se sentía mal físicamente o enfermaba, por ejemplo, del estómago, de gripe, de la garganta, de bronquitis, etcétera, ¿acudía con un médico para que la revisara y le diera tratamiento?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

2. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted acudía con su médico y éste le daba algún tratamiento, ¿seguía usted las instrucciones que le daban al pie de la letra, es decir, consumía los medicamentos tal y como se lo indicó su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

3. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted enfermaba y al acudir con su médico éste le pedía, por ejemplo, que guardara reposo o que descansara en casa, ¿seguía usted las instrucciones que le daba su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

4. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si usted enfermaba y su médico le pedía que evitara el consumo de determinados alimentos o de sustancias como alcohol, por ejemplo, ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

5. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH+, si su médico le pedía que se realizara estudios diversos de laboratorio (sangre, orina, excremento, rayos x, etcétera), ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces

(2) Muy pocas veces

(1) Nunca

Las preguntas de la 6 a la 18 tienen que ver con variables psicológicas que se relacionan con la práctica de diferentes comportamientos, a partir de que a usted se le diagnosticó como persona VIH+

6. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted todos los medicamentos de acuerdo con las instrucciones que le dio su médico?

(5) Todos los días de la semana (seguir con las preguntas 7, 8, 9 y 10, luego con la 15)

(4) La mayoría de los días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)

(3) En general, la mitad de los días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)

(2) Muy pocos días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15)

(1) Ningún día de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14, luego con la 15) Si usted siguió las instrucciones de su médico y consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno de los motivos que se mencionan?

7. He experimentado sus beneficios

(4) Fue un motivo bastante determinante

(3) Fue un motivo más o menos determinante

(2) Fue un motivo poco determinante

(1) No fue un motivo determinante

8. Porque el médico me lo pidió

(4) Fue un motivo bastante determinante

(3) Fue un motivo más o menos determinante

(2) Fue un motivo poco determinante

(1) No fue un motivo determinante

9. Lo hice por personas cercanas a mi

(4) Fue un motivo bastante determinante

(3) Fue un motivo más o menos determinante

(2) Fue un motivo poco determinante

(1) No fue un motivo determinante

10. Porque tengo deseos de mantenerme saludable el mayor tiempo posible

(4) Fue un motivo bastante determinante

(3) Fue un motivo más o menos determinante

(2) Fue un motivo poco determinante

(1) No fue un motivo determinante

Si usted no siguió las instrucciones de su médico, es decir, que NO consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir cuál fue el motivo y qué tan determinante fue cada uno de ellos?

11. Me provocan efectos secundarios demasiado molestos

(4) Fue un motivo bastante determinante

(3) Fue un motivo más o menos determinante

(2) Fue un motivo poco determinante

(1) No fue un motivo determinante

12. Por voluntad o decisión propia

(4) Fue un motivo bastante determinante

- ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
13. No tengo confianza en los beneficios de los medicamentos
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
14. Por dificultades con los horarios
 ___ (4) Fue un motivo bastante determinante
 ___ (3) Fue un motivo más o menos determinante
 ___ (2) Fue un motivo poco determinante
 ___ (1) No fue un motivo determinante
15. Si en el transcurso de la semana pasada usted se sintió mal física o psicológicamente, ¿consumió los medicamentos todos los días de acuerdo con las instrucciones de su médico?
 ___ (5) Todos los días de la semana
 ___ (4) La mayoría de los días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) Muy pocos días de la semana
 ___ (1) Ningún día de la semana
16. Si en el transcurso de la semana usted se sintió bien física o psicológicamente, ¿consumió los medicamentos todos los días de acuerdo con las instrucciones de su médico?
 ___ (5) Todos los días de la semana
 ___ (4) La mayoría de los días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) Muy pocos días de la semana
 ___ (1) Ningún día de la semana
17. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted sustancias como alcohol o drogas, a pesar de saber que pueden afectar el tratamiento?
 ___ (5) Ningún día de la semana
 ___ (4) Muy pocos días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) La mayoría de los días de la semana
 ___ (1) Todos los días de la semana
18. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted algún tipo de alimento que le recomendaron no consumiera por razones especiales relacionadas con el tratamiento?
 ___ (5) Ningún día de la semana
 ___ (4) Muy pocos días de la semana
 ___ (3) En general, la mitad de los días de la semana
 ___ (2) La mayoría de los días de la semana
 ___ (1) Todos los días de la semana

Las preguntas de la 19 a la 22 tienen que ver con la forma en la que usted evalúa diferentes asuntos relacionados con la enfermedad y el tratamiento

19. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre la enfermedad?
 ___ (5) Bastante completa
 ___ (4) Completa, a secas

___ (3) Regular

___ (2) Muy escasa

___ (1) No tengo información

20. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre el tratamiento y los medicamentos que consume actualmente?

___ (5) Bastante completa

___ (4) Completa, a secas

___ (3) Regular

___ (2) Muy escasa

___ (1) No tengo información

21. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los resultados de los estudios de laboratorio y, sobre todo, lo que significan?

___ (5) Bastante completa

___ (4) Completa, a secas

___ (3) Regular

___ (2) Muy escasa

___ (1) No tengo información

22. ¿Cómo evalúa la información que le proporciona su médico sobre la enfermedad y el tratamiento?

___ (5) Bastante completa

___ (4) Completa, a secas

___ (3) Regular

___ (2) Muy escasa

___ (1) No tengo información

Las preguntas de la 23 a la 30 tienen que ver con la forma en la que usted evalúa el grado de dificultad para practicar diferentes comportamientos

23. ¿Qué tan difícil se le hace buscar información relacionada con su enfermedad y el tratamiento, por ejemplo?

___ (5) Nada difícil

___ (4) Un poco difícil

___ (3) Más o menos difícil

___ (2) Difícil, secas

___ (1) Bastante difícil

24. ¿Qué tan difícil se le hace a usted seguir con las instrucciones que le proporciona su médico en relación con el consumo de medicamentos?

___ (5) Nada difícil

___ (4) Un poco difícil

___ (3) Más o menos difícil

___ (2) Difícil, secas

___ (1) Bastante difícil

25. ¿Qué tan difícil se le hace a usted participar de manera activa, junto con su médico, en la toma de decisiones sobre su plan de tratamiento?

___ (5) Nada difícil

___ (4) Un poco difícil

___ (3) Más o menos difícil

___ (2) Difícil, secas

- ___ (1) Bastante difícil
26. ¿Qué tan difícil se le hace a usted dejar de consumir sustancias como alcohol o drogas?
- ___ (5) Nada difícil
- ___ (4) Un poco difícil
- ___ (3) Más o menos difícil
- ___ (2) Difícil, secas
- ___ (1) Bastante difícil
27. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?
- ___ (5) Nada difícil
- ___ (4) Un poco difícil
- ___ (3) Más o menos difícil
- ___ (2) Difícil, secas
- ___ (1) Bastante difícil
28. ¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que le provoquen tristeza o que lo depriman?
- ___ (5) Nada difícil
- ___ (4) Un poco difícil
- ___ (3) Más o menos difícil
- ___ (2) Difícil, secas
- ___ (1) Bastante difícil
29. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener sus relaciones sociales con personas allegadas, como sus familiares, por ejemplo?
- ___ (5) Nada difícil
- ___ (4) Un poco difícil
- ___ (3) Más o menos difícil
- ___ (2) Difícil, secas
- ___ (1) Bastante difícil
30. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener o iniciar nuevas relaciones de amistad?
- ___ (5) Nada difícil
- ___ (4) Un poco difícil
- ___ (3) Más o menos difícil
- ___ (2) Difícil, secas
- ___ (1) Bastante difícil

Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 19(4), 2006

Apéndice D.

Entrevista al director de la institución

Nombre del director _____

1.- ¿Cuándo se fundó CAPASITS?

2.- ¿Qué servicios ofrece?

3.- ¿Cuál es su población objetivo?

4.- ¿Cuántas personas laboran en la institución?

5.- ¿En qué horarios ofrecen sus servicios?

6.- ¿Los servicios que ofrece la institución tienen algún costo?

Si____ No____

7.- ¿Si es así que costo tienen?

8.- ¿Cuál es el tamaño de su población actual?

9.- ¿Manejan algún programa o taller en relación a la adherencia al tratamiento?

Si__ No__

11.- ¿En qué consiste?

Apéndice E.

Entrevista a psicólogas

1.- ¿Cuántos pacientes acuden actualmente a recibir apoyo psicológico?

2.- ¿Cómo eligen a los pacientes con los que van a trabajar?

3.- ¿Qué pruebas o test psicológicos les aplican a los pacientes?

4.- ¿Cual es el enfoque terapéutico que utilizan?

5.- ¿Qué resultados han obtenido hasta ahora con este tipo de intervención?

6.- ¿Atienden a personas que no reciben su tratamiento antirretroviral en CAPASITS?

7.- Si es así, ¿De qué instituciones acuden y aproximadamente cuantas personas son?

Apéndice F.

Entrevista a pacientes para el diagnóstico situacional

Nombre: _____ Edad: ____

Sexo: ____

1.- ¿Se encuentra usted en tratamiento actualmente? Si____ No_____

2.- Sí es así ¿Cuánto tiempo tiene en tratamiento?

3.- ¿Cuáles es la fecha de su diagnóstico?

4.- ¿Cuánto tiempo tiene de acudiendo a éste hospital:

5.- ¿Cuántos pastillas toma al día?

6.- ¿Cuántas pastillas olvida en promedio en una semana?

7.- Conoce sus conteos de:

CD4: _____ Carga viral: _____

8.- ¿Cada cuando acude al hospital?

9.- ¿Cuánto tiempo hace en el traslado de su casa al hospital?

10.- ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente su estancia en el hospital en una visita de rutina?

11.- ¿Cómo percibe el trato del personal de salud del hospital?

12.- ¿Qué tipo de servicios recibe en el hospital?

13.- ¿El seguro popular cubre por completo los gastos médicos? Si___ No___.

14.- En caso de no ser así, ¿Qué servicios o medicamentos ha tenido que costear por sí mismo en el último año, y cuanto ha sido el gasto en promedio?

15.- ¿Ha recibido atención psicológica en el hospital? Si___ No___

16.- En caso de que si, ¿Qué tipo de atención psicológica?

17.- ¿Ha formado parte de un grupo de intervención psicológica en el hospital?

18.- ¿Considera posible la idea formar parte de un grupo de intervención psicológica? Si___

No___

19.- ¿Por qué?

20.- ¿Qué temáticas le gustaría que se abordaran en una sesión psicológica?

Apéndice G.

Entrevista sobre variables socio demográficas y clínicas

Datos socio-demográficos

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Preferencia Sexual _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Estado civil _____

Tienes hijos: Si _____ No _____ En caso de que si, ¿Cuántos? _____

Familiograma:

Historia clínica

¿Padece alguna enfermedad hereditaria?

Si _____ No _____

En caso de tener un padecimiento, ¿Cuál?

¿Ha tenido internaciones en el hospital? Si _____ No _____

¿Cuándo fue la última?

¿Por qué razones? _____

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente con anterioridad? Si _____ No _____

¿De qué fue la intervención? _____

Peso: _____ Talla _____

Toma: Si _____ No _____ ¿Cuántas copas a la semana?

Fuma: Si _____ No _____ ¿Cuántas cigarros a la semana?

Consume algún tipo de droga: Si _____ No _____ Tipo de droga _____

¿Cada cuando? _____

Apetito: Normal _____ Falta de apetito _____ Exceso de apetito _____

Sueño: Normal _____ Insomnio _____ Hipersomnio _____

¿Cuál es la fecha de diagnóstico de VIH/SIDA? _____

¿Cómo contrajo el virus? _____

¿Se encuentra actualmente en tratamiento antirretroviral? Si _____ No _____

¿Cuántas pastillas toma al día? _____

¿Ha padecido efectos secundarios al medicamento? Si___ No___

¿Cuáles? _____

¿Tiene algún familiar que tenga también diagnóstico de VIH/SIDA? Si___ No___

¿Quién? _____

Situación actual

¿Actualmente padece alguna enfermedad además del diagnóstico de VIH/SIDA?

Si___ No___ ¿Cuál? _____

¿Tiene vida sexual activa? Si___ No___

¿Usa protección? Si___ No___

Conoce sus conteos de:

CD4: _____

CV: _____

Apoyo familiar y social

¿Algún miembro de su familia conoce de su condición? SI___ No___

¿En caso de que si, quien o quienes? _____

¿Ha cambiado la manera de tratarlo desde que se enteraron de su diagnóstico?

¿Tiene pareja estable actualmente? Si___ No___

¿Conoce de su condición? Si___ No___

¿Ha cambiado la manera de tratarlo desde que se enteró de su diagnóstico?

¿Cuenta con amigos o redes de apoyo que conozcan su diagnóstico? Si___ No___

¿Acude a algún grupo de apoyo? Si___ No___

¿Recibe actualmente apoyo o terapia psicológica? Si___ No___

¿De qué tipo? _____

Adherencia al tratamiento:

¿Cuáles el nombre de las pastillas que toma actualmente? _____

¿Ah olvidado alguna toma en la última semana? Si___ No___

¿Cuántas? _____

¿Ah olvidado alguna toma en el último mes? Si___ No___

¿Cuántas? _____

¿Cuántas citas ha perdido en los últimos seis meses? _____

¿Cuántos análisis o estudios que le ha pedido el doctor no se ha hecho? _____

¿Le ha mentido a su médico acerca de su tratamiento? _____

¿Qué le motiva a tomar sus medicamentos y continuar con el tratamiento? _____

¿Cómo considera usted su calidad de vida? _____

Apéndice H.
Inventario de depresión de Beck-II

BDI-II

Nombre _____ Fecha _____

Para uso de oficina solamente

Número de sesión con dos dígitos

Folio:

Sesión

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Lea por favor cada grupo de enunciados cuidadosamente, posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante la semana pasada incluyendo el día de hoy. Rellene el círculo junto al enunciado que usted haya elegido, no deje ningún enunciado en blanco.

Si varios enunciados de un grupo se aplican a su caso, solo rellene el círculo del enunciado que corresponda al número mayor. Asegúrese de no marcar más de un enunciado en la pregunta 16 (cambios en los patrones de sueño) y en la pregunta 18 (cambios en el apetito.)

1. Tristeza

- 0 Yo no me siento triste.
- 1 Yo me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Yo estoy triste todo el tiempo.
- 3 Yo estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 Yo no me siento desanimado acerca de mi futuro.
- 1 Yo me siento más desanimado acerca de mi futuro que antes.
- 2 Yo no espero que las cosas resulten bien para mi.
- 3 Yo siento que mi futuro no tiene esperanza y que se pondrá peor.

3. fracasos anteriores

- 0 Yo no me siento como un fracasado.
- 1 Yo he fracasado más de lo que debería.
- 2 Al repasar lo vivido, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que soy un fracaso total como persona.

4. Pérdida de la satisfacción

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas que me gustan como solía hacerlo.
- 1 Ya no disfruto tanto las cosas como solía hacerlo.
- 2 Yo obtengo muy poca satisfacción de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ninguna satisfacción de las cosas que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento culpable por algo en particular.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de castigo

- 0 Yo no siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que podría ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Autorechazo

- 0 Me siento igual que siempre conmigo mismo.
- 1 He perdido confianza en mi mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mi mismo.
- 3 No me gusto a mi mismo.

8. Autocrítica

- 0 Yo no me critico o culpo a mí mismo más de lo usual.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Me critico por mis errores.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos suicidas y de muerte

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas.
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- 0 Yo no lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Llora más de lo que solía hacerlo
- 2 Llora por cualquier detalle.
- 3 Tengo ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 Yo no estoy más inquieto o impaciente de lo usual.
- 1 Yo me siento más inquieto o impaciente de lo usual.
- 2 Estoy tan inquieto o impaciente que es difícil mantenerme tranquilo
- 3 Yo estoy tan agitado o molesto que necesito mantenerme en movimiento o hacer algo

12. Pérdida del interés

- 0 Yo no he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado en otras personas o cosas de lo que solía estar.
- 2 He perdido en gran medida el interés en otras personas o cosas.
- 3 Es difícil que me interese en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
- 1 Me es mucho más difícil que antes tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucho más difícil tomar decisiones que antes.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Valía

- 0 Yo no siento que no valgo.
- 1 Yo no me considero tan valioso o útil como antes.
- 2 Yo me siento menos valioso comparado con otras personas.
- 3 Yo me siento completamente sin valor.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que tenía antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo energía para hacer nada.

16. Cambio en los patrones de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis patrones de sueño.
- 1a Duermo un poco más de lo usual.
- 1b Duermo un poco menos de lo usual.
- 2a Duermo mucho más de lo usual.
- 2b Duermo mucho menos de lo usual.

- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1 ó 2 horas antes y no puedo volverme a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo normal.
- 1 Estoy más irritable de lo normal.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo normal.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor de lo usual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor de lo usual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

- 3a No tengo apetito para nada.
- 3b Devoro la comida todo el tiempo.

19. Dificultad para concentrarse

- 0 Me puedo concentrar tan bien como antes.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como antes.
- 2 Es difícil mantener mi atención en algo por largo tiempo.
- 3 He descubierto que no me puedo concentrar en lo absoluto.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más fatigado o cansado de lo usual.
- 1 Me canso o me fatigo más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Apéndice I.

Carta de Consentimiento Informado

Nombre del protocolo: “Psicoeducación: una estrategia para promover la adherencia terapéutica en personas con VIH/SIDA.”

Nombre del investigador responsable: Licenciada en Psicología María Isabel Velázquez Tello.

Nombre del participante _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de intervención psicológica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia fechada y firmada.

Objetivo general de la investigación: Incrementar el nivel de adherencia al tratamiento de las personas con VIH/SIDA que acuden a CAPASITS San Luis Potosí, por medio de la implementación de un programa de intervención psicoeducativo.

Instrumentos:

Cuestionario sobre las variables sociodemográficas y clínicas. Contiene información sobre la edad, género, estado civil, tiempo de infección, etc.

BECK-II. Es una escala auto aplicada para medir depresión en adultos y consta de 21 reactivos.

Intervención

Esta será llevada a cabo en 13 sesiones, una sesión por semana, con una duración de dos horas cada. La cual se iniciará en el mes de septiembre de 2012. Es una intervención de tipo psicoeducativa con bases en la terapia cognitivo-conductual.

Confidencialidad

En ningún momento se mencionará el nombre de alguno de los participantes en la intervención quedando protegida su confidencialidad, solo se publicarán son datos numéricos sobre los resultados obtenidos en dicha investigación.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador