



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN EXCLUSIVA PARA
MUJERES QUE VIVEN CON VIH EN SU RETENCIÓN**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

TAVATA BEJARANO COLINA

ANDREA GUADALUPE HERNÁNDEZ ZÚÑIGA

SHARON DANIELA ORTIZ VALDESPINO

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. JESSICA MEJÍA CASTREJÓN

REVISOR:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SINODALES

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

MTRA. NATALIA QUETZAL GALÁN LÓPEZ

DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO



CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, CDMX. 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

De parte de Tavata, Sharon y Andrea:

Optar por la forma de titulación mediante tesis fue especialmente difícil al darse en el contexto de la pandemia por COVID-19 debido a todas las dificultades partiendo desde habernos enfermado nosotras mismas o nuestros seres queridos hasta el hecho de lidiar con la incertidumbre en general que ha desatado este fenómeno; sin embargo hemos conseguido concluir con este paso y se lo agradecemos especialmente a la Mtra. Jessica Mejía Castrejón o Jess, como le decimos de cariño.

Jess, te agradecemos infinitamente por todo tu apoyo brindado a lo largo de los cerca de tres años que tenemos de trabajar contigo, eres una de esas personas que realmente inspira a aquellos que están a su alrededor, no solo nos tuviste toda la paciencia para guiarnos desde el principio, además lo hiciste con mucho cariño y te preocupaste por nosotras tanto en la parte académica como en nuestro bienestar personal, gracias por ser un gran modelo a seguir para nosotras.

Agradecemos también al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por haber sido nuestro profesor durante la carrera y también nuestro revisor, gracias por habernos inspirado a trabajar con psicología basada en evidencia, a amar y hacer respetar esta maravillosa profesión.

A las académicas parte de nuestro sínodo, a la Dra. Aimé Martínez, la Dra. Angélica Juárez y la Mtra. Natalia Galán, les hacemos un especial agradecimiento por sus valiosas aportaciones en la parte final de este proyecto.

Agradecemos a las instituciones que nos formaron como profesionistas: la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Psicología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y al personal de la Clínica de Inmuno-Infectología dentro del mismo instituto.

De parte de Andrea:

Quiero agradecer a Sharon y Tavata, por aceptar hacer una tesis grupal conmigo, porque sin su apoyo en medio de este difícil contexto derivado de la pandemia, probablemente no habría elegido esta opción de titulación; gracias a ambas por su cariño y apoyo tanto académico como emocional, sin el cual culminar esta tesis no habría sido posible. Valieron la pena todos los desvelos juntas, disfruté mucho trabajar con ustedes.

Gracias Tavata por tu perseverancia y por permitirme conocerte más, verte superar cada obstáculo a tu paso y admirarte por lo inteligente que eres y ver lo mucho que eres capaz de hacer. Gracias Sharon por dejarme ver lo bien que te desenvuelves y actúas ante situaciones complejas, eres una mujer sumamente inteligente y admirable. Las quiero mucho a ambas.

Agradezco infinitamente a mis papás y a mi hermano por su apoyo a lo largo de toda la carrera y hasta este paso, los amo. Gracias mamá por siempre confiar en mí y tener toda la paciencia para cuidarme en todos los sentidos posibles, eres para mí mi mayor fuente de inspiración. Gracias papá por cuidarme siempre y tratarme con todo el cariño posible, toda la admiración que te tengo fue una de las principales motivaciones para concluir la licenciatura. Gracias hermano por tu cariño y humor que siempre me inspira a seguir adelante. Finalmente agradezco a Ela y a todos mis amigas(os) por sus constantes palabras de apoyo y amor durante este proceso.

De parte de Sharon:

Agradezco primeramente a Dios por bendecirme tanto a lo largo de este camino. Estoy muy agradecida con mi familia, por ser el pilar más fuerte que me sostuvo durante mi transcurso en esta etapa. A mi mamá por apoyarme en todas mis decisiones y estar al pie del cañón en todo. A Cris, Coqui y Gueri por soportar todo mi estrés, escucharme y alentarme a ir por más. A Carlos por todos sus consejos. A Vicky preciosa por todo su amor incondicional. Muchas gracias familia por creer y confiar en mí, son mi motor e inspiración.

Muchísimas gracias Tavata y Andy por caminar junto a mí en este sendero académico, por prestarme la lámpara para alumbrarlo, por aprender juntas, por esa desmotivación/motivación compartida y por no tirar la toalla. Lloré, sufrí, me frustré, reí y disfruté mucho el hacer esta tesis con ustedes, ¡Lo logramos!

Agradezco también a todas mis amigas y amigos; por compartir todas esas pláticas profundas que terminaban con más preguntas que respuestas, por ayudarme a liberar el estrés, por todas sus porras, por su enorme cariño y por hacer más ligero el peso de la existencia. Aunque hayas partido a media carrera, se que estarás sonando esa trompeta para celebrar este triunfo conmigo Hanz. Me siento muy afortunada de conocerlos a todos y de que hayan formado parte de este camino de deconstrucción o destrucción.

Gracias a la Universidad por darme algo con lo que pensar y con qué hacer interesante la realidad y vida propia. Finalmente, y no menos importante, agradezco a mi perseverancia, disciplina y ñoñez que me permitieron alcanzar una meta más en mi vida.

Ahora sí, “¡Psicóloga tenemos!”

De parte de Tavata:

Me gustaría agradecerle a mis amigas tesistas, porque sin ustedes y el apoyo incondicional de Jess, este proceso no hubiese sido posible académicamente hablando, pero sobre todo jamás hubiera sido tan divertido. Amé cada reunión, llamada y desvelada.

Gracias amigas, porque cuando yo pensaba que no se podía, ustedes me demostraron que sí. Andy eres una mujer muy noble, inteligente y extremadamente dedicada, estoy muy orgullosa de lo que has logrado. Sharon gracias por tantas risas, siempre admiraré tu inteligencia y la capacidad de resolución ante cualquier obstáculo. Las quiero mucho.

Gracias a mi mamá, quien siempre ha sido la que me ha sacado adelante, te agradezco todo el amor y esfuerzo que me has dedicado. Gracias también a Martha, mi segunda mamá, porque sin tu cariño incondicional y el apoyo en mi séptimo semestre de la carrera esto no hubiera sido posible. Gracias a Yannina, mi hermana mayor, porque sin ti jamás hubiera seguido mi sueño de estudiar psicología. Gracias a las tres por ser mis grandes pilares.

A mis primeros y mejores amigos de la facultad, Rodrigo y Mario, gracias por su compañía, los quiero mucho. Y gracias a mis mejores amigas y ahora compañeras de vida, Sayu, Nana y Sharon, porque demostraron estar para mí en las buenas y en las malas, además de crear mis mejores recuerdos de la vida universitaria, las amo. También gracias a mi hermana de diferentes papás, Karla Pérez, por tantos años de amistad, de risas y de apoyo incondicional. Te amo pulga. Y finalmente gracias Yaya, porque donde quiera que estés, sé que me estás cuidando.

Índice

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
ANTECEDENTES	11
CAPÍTULO 1. VIH.....	12
1.1 Antecedentes del VIH	12
1.2 Definiciones	13
1.2.1 VIH	13
1.2.2 SIDA	14
1.3 Formas de transmisión	14
1.4 Evolución de la infección.....	16
1.5 Diagnóstico	17
1.6 Tratamiento y pronóstico	17
1.7 Epidemiología	18
1.8 Implicaciones psicosociales en Personas que Viven con VIH.....	22
1.9 Grupos Vulnerables	24
CAPÍTULO 2: MUJERES Y VIH.....	25
2.1 Vulnerabilidades de las mujeres al VIH	25
2.2 Baja adherencia.....	30
CAPÍTULO 3. RETENCIÓN	30
3.1 Modelo Continuo de Participación de VIH	30
3.2 Retención en VIH	32
CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A MUJERES QUE VIVEN CON VIH.....	34
4. 1 Modelo Integral.....	40
Planteamiento del problema y justificación	42
Objetivos	44
Objetivos principales	44
Objetivos secundarios	44
Pregunta de investigación	45
Hipótesis de investigación:	45
MÉTODO	45
Diseño de estudio	45

Escenario	45
Participantes	46
VARIABLES	47
Variable dependiente: Retención	47
Variable independiente: Programa de Atención Exclusiva para Mujeres (PAM)	47
Tamaño de muestra	52
Procedimiento de recolección de información	52
Métodos estadísticos	53
CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
RESULTADOS.....	56
Retención	59
Supresión viral	60
Conteo de CD4.....	61
Características sociodemográficas asociadas a retención	61
Encuesta de opinión	62
Análisis Post Hoc	68
Discusión y conclusiones	70
Limitaciones y sugerencias	73
REFERENCIAS.....	75
Anexos	93
Anexo A. <i>Encuesta de opinión.</i>	93
.....	94
Anexo B. Tablas de respuestas de reactivos abiertos de encuesta de opinión.	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estimación de la probabilidad de adquirir VIH de una fuente infectada por vía de exposición (Patel, et al., 2014).....	15
Tabla 2. Resultados de salud pública e individual asociados con la retención de pacientes (Horstmann, et al., 2010).....	31
Tabla 3. Estrategias en relación a la atención médica.....	48
Tabla 4. Estrategias en relación a la atención psicosocial.....	49
Tabla 5. Cambio de Modelo de Atención.....	51
Tabla 6. Objetivo principal, medidas de desenlace, hipótesis y métodos de análisis.....	53
Tabla 7. Objetivos secundarios, medidas de desenlace, hipótesis y métodos de análisis.....	54
Tabla 8. Datos sociodemográficos de las participantes del estudio (n=189).....	57
Tabla 9. Regresión Logística.....	61
Tabla 10. Lo que a las mujeres les agrada del PAM.....	65
Tabla 11. En qué le puede ayudar acudir a los días de atención exclusiva (PAM).....	65
Tabla 12. Lo que les desagrada del PAM.....	66
Tabla 13. Razones por las cuales les gustaría que continúe el PAM.....	68
Tabla 14. Sugerencias.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de mujeres viviendo con VIH y SIDA en relación total de personas infectadas (CENSIDA, 2014).....	19
Figura 2. Estimación del número de mujeres que viven con VIH/SIDA en México de 1990 – 2013 (CENSIDA, 2014).....	20
Figura 3. Casos de SIDA notificados por Estado de residencia según año de diagnóstico y sexo en México 1983-2019.....	21
Figura 4. Mortalidad a causa de SIDA en México por cada 100 mil habitantes, desde el año 1990 hasta el año 2013 (Bravo-García & Ortiz-Pérez, 2016).....	22
Figura 5. Mujeres que viven con VIH que reportan haber experimentado por lo menos una situación de violencia alguna vez, según tipos de victimización (Luciano, et al., 2020).....	29
Figura 6. Modelo Continuo de Participación de VIH (Roscoe, C. y Hachey, D., 2020).....	30
Figura 7. Modelo servicios de VIH/SIDA centrados en la mujer (Carter et al., 2013).....	41
Figura 8. Conformación de los periodos para análisis.....	56
Figura 9. Proporción de mujeres que asistieron al menos una vez al PAM.....	58
Figura 10. Medida HRSA HAB de retención en periodo CH y PAM.....	59
Figura 11. Medida de retención por índice de retención en periodo CH y PAM.....	60
Figura 12. Supresión viral en periodo CH y PAM.....	60
Figura 13. Conteo de CD4 en periodo CH y PAM.....	61
Figura 14. Días de atención exclusiva a los que las usuarias han asistido.....	62
Figura 15. Satisfacción con la atención recibida en los días del PAM.....	63
Figura 16. Satisfacción con la información presentada en las pláticas de sala de espera.....	63
Figura 17. Satisfacción con la información proyectada en las pantallas.....	64
Figura 18. Preferencia de atención.....	64
Figura 19. Calificación al Programa de Atención Exclusiva para mujeres.....	67
Figura 20. Opinión sobre si el proyecto de atención exclusiva debería continuar.....	67
Figura 21. Retención HRSA HAB en mujeres que acudieron y que no acudieron a un día de atención exclusiva para mujeres.....	69
Figura 22. Índice de Retención en mujeres que acudieron y que no acudieron a un día de atención exclusiva para mujeres.....	70

RESUMEN

Actualmente el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es uno de los mayores problemas para la salud pública. Para que las personas que viven con VIH tengan un adecuado control de la infección se requiere que estén retenidas, lo cual implica la asistencia a sus citas médicas programadas. En México hay alrededor de 37 mil mujeres viviendo con VIH, mismas que presentan barreras específicas para lograr una buena retención.

Objetivo: Conocer la diferencia en la retención de mujeres que viven con VIH antes y después de la implementación de un Programa de Atención Exclusiva para Mujeres (PAM).

Participantes: Mujeres con diagnóstico de VIH y al menos una asistencia en los periodos de estudio (controles históricos (CH): Sept/2016 a Dic/2017 y PAM: Sept/2019 a Dic/2020). Los datos sociodemográficos, asistencia a visitas, carga viral y CD4 se tomaron de la base de datos de la clínica, además se aplicó de manera anónima una encuesta de satisfacción a pacientes que acudieron al PAM. El PAM consistió en modificar la estructura de la programación para citar solo mujeres en un solo día a consulta de infectología, aunado a ofrecerles servicios adicionales (psicología, psiquiatría, grupo de apoyo, información, entrega de condones, vacunación, etc.).

Resultados: Participaron 189 mujeres. Se encontró una proporción de mujeres retenidas en el periodo CH significativamente menor que en PAM (78.8% y 89.6% respectivamente, $p=0.0002$). Se encontraron diferencias significativas en conteo de CD4 ($p=0.0000$). No hubo diferencia en índice de retención ($p=0.2122$) y supresión viral ($p=0.1615$). Adicionalmente las mujeres reportaron que el programa es útil y les gustaría que continuara.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres han sido invisibilizadas en la epidemia del VIH, lo que ha dejado de lado sus necesidades y ha ampliado la brecha de la vulnerabilidad. Sin embargo se ha observado que las mujeres cada vez representan un número mayor del porcentaje de las cifras a nivel mundial, por lo que toma un papel relevante el incluirlas en los servicios de salud que se ofrecen (CENSIDA, 2020).

El presente trabajo propone la implementación de un Programa de Atención Exclusivo para Mujeres y evalúa su impacto en la retención. En el primer capítulo se muestra una revisión sobre lo relacionado con el VIH, desde los conceptos principales, las formas de transmisión, evolución, tratamiento, epidemiología, las implicaciones a las que se enfrentan y los grupos vulnerables. En el capítulo dos se aborda lo relacionado con las mujeres y las diversas vulnerabilidades que se enfrentan con el VIH. El capítulo tres señala los aportes respecto a retención como la variable principal del presente estudio. El capítulo cuatro describe lo que se ha hecho respecto a los programas dirigidos a mujeres y el modelo a partir del cual se basa este trabajo. Posteriormente, se muestra el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos y la hipótesis.

Los últimos apartados corresponden a detallar el método que se siguió, así como los resultados obtenidos y la discusión.

ANTECEDENTES

Para la elaboración de los antecedentes de la investigación y el marco teórico se realizó una búsqueda usando la metodología PICOST. La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos PubMed, Ebsco, Redalyc, Dialnet y Google Académico, usando las palabras clave “Women living with HIV”, “Women AND HIV”, “Women-centred care”, “HIV/AIDS programming”, “Women-specific services”, “HIV care”, “Retention in care”, “Engagement in care”, “Continuum of care”. Para que los artículos fueran incluidos en la revisión del estado del arte, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios con participantes de 15 años o más.
- Estudios cuyos participantes tuvieran diagnóstico confirmado de VIH.
- Estudios que incluyan servicios o programas de atención dirigidos a mujeres que viven con VIH.
- Artículos escritos en inglés o español.

Criterios de exclusión:

- Estudios duplicados.
- Estudios cuyo componente principal de intervención sea el farmacológico.
- Estudios enfocados en atención a mujeres transgénero.
- Estudios que incluyan solo atención a mujeres en periodo perinatal.
- Estudios de programas para prevención de adquisición de VIH.
- Estudios que incluyan sólo a mujeres recluidas.

CAPÍTULO 1. VIH

1.1 Antecedentes del VIH

Los primeros casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en humanos se cree que ocurrieron alrededor de 1920, en la República Democrática del Congo (África), debido al salto entre especies de un virus similar que infecta a los chimpancés (De la Torre Lima & Arazo Garcés, 2015), como probable resultado de la caza y consumo de carne de simio con lentivirus de primates no-humanos africanos (Gatell, 2013).

La epidemia actual, extendida por todo el mundo, se inició a mediados de 1970. Así los primeros casos de Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se describieron en los años 1981-1982. Se trataba de una nueva enfermedad que conducía a la inmunodeficiencia y se complicaba con determinadas infecciones oportunistas (como neumonía y/o el sarcoma de Kaposi). Los primeros casos se presentaron en hombres homosexuales en hospitales de Los Ángeles y la Ciudad de Nueva York, por lo que en sus inicios, la enfermedad recibió el nombre de Gay-Related Immune Deficiency; en español, inmunodeficiencia asociada a la homosexualidad (GRID), fue hasta 1982 que se utilizó el término SIDA (Gatell et al., 2013). Para 1983, se habían identificado las principales vías de transmisión del VIH descartando transmisión por contacto casual. También para ese año Luc Montagnier identifica al virus causante de la enfermedad que conocemos desde entonces como Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH (De la Torre Lima & Arazo Garcés, 2015). En 1984 se diagnosticó el primer caso de SIDA en una mujer en el mundo (CENSIDA, 2020).

Los primeros casos reportados de SIDA en mujeres en México fueron en el año 1985, estos casos se asociaron a transfusiones de sangre, sin embargo a partir de 1986 empezaron a aparecer casos asociados a la transmisión sexual heterosexual (Del Rio et al., 1995). A partir del año 1984 pudo disponerse de pruebas diagnósticas para detectar la presencia de infección, determinando que el VIH era el agente causal del SIDA y que se trataba de una enfermedad de

evolución lenta (promedio de 7-10 años) antes de desembocar en una inmunodeficiencia grave y global, que solía conducir a un desenlace fatal en menos de 1 o 2 años, a partir de aquel momento (Gatell et al., 2013). Después en 1987 se aprueba el primer tratamiento contra el VIH, descrito como Zidovudina o AZT, pero dicho tratamiento provocaba muchos efectos secundarios y no era muy efectivo, debido a la alta variabilidad genética del VIH que provoca resistencia. Fue hasta 1995 que se presenta el primer inhibidor de proteasa, esto marca el comienzo de una nueva era de Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA). Lo que resultó en una disminución de las muertes por SIDA a nivel mundial (De la Torre Lima & Arazo Garcés, 2015). En la actualidad, no existe una vacuna contra el VIH ni una cura, pero se ha implementado el uso de la TARAA la cual ha demostrado tener una alta efectividad para el control de la infección. Gracias a esto, el tratamiento para el VIH tiene menos efectos secundarios, o incluso ninguno, y es tan sencillo como tomar un comprimido al día (Lozano & Domingo, 2011). Hoy se considera al VIH como una enfermedad crónica o a largo plazo que puede controlarse. Esto significa que las personas que tienen VIH y son adherentes a su tratamiento antirretroviral pueden vivir plenas y saludables, tal como las personas que no lo tienen. Aunado a esto se ha demostrado que los pacientes con tratamiento antirretroviral y una carga viral indetectable no transmiten el VIH (De la Torre Lima & Arazo Garcés, 2014).

1.2 Definiciones

1.2.1 VIH

El VIH es un lentivirus de la familia retroviridae: un agente infeccioso de estructura subcelular que mide entre 80 y 100 nanómetros; se encuentra constituido por Ácido Ribonucleico y necesita células vivas para replicarse (Montoya, 2008). Este virus es politrópico, es decir, puede infectar muchos tipos de células en el cuerpo humano (macrófagos, astrocitos, microglia, oligodendrocitos, células madre, células NK, células de langerhans, etc.), sin embargo suele infectar a los linfocitos CD4 cuya función es activar el sistema inmune

alertándole de patógenos o de replicación celular errónea, una vez infectados son estos los que producen los mayores niveles de replicación viral (Levy, 2008). La cantidad de VIH en el organismo de un individuo se contabiliza por medio de la Carga Viral (CV) que es la cantidad de partículas de virus que hay por mililitro de sangre y los linfocitos-T CD4 (CD4) que son el indicador del estado del sistema inmune, se contabilizan por medio de la cantidad de células CD4 por mililitro de sangre, donde a menor conteo de linfocitos el sistema inmunológico está más afectado (CENSIDA, 2016).

1.2.2 SIDA

El VIH es el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que se caracteriza por una disminución menor a 200 CD4/ml y/o por la presencia de una o más de las 20 infecciones oportunistas, siendo las más frecuentes la neumonía por *Pneumocystis*, tuberculosis o Hepatitis C. O bien, la presencia de cánceres, dentro de los más comunes se encuentra el Sarcoma de Kaposi, linfomas o cáncer de cuello uterino. Es decir, el SIDA es la etapa avanzada de la infección por VIH (OMS, 2019).

1.3 Formas de transmisión

Las vías de transmisión del VIH son muy específicas y no se transmite a través del aire o del agua, mediante la saliva, sudor, lágrimas, besos, por insectos, por mascotas, por compartir el inodoro, las bebidas o los alimentos, abrazos u otras prácticas sexuales que no incluyan intercambio de líquidos corporales (CDC, 2020). El VIH se puede transmitir por medio de tres formas: sanguínea, sexual y vertical (Tabla 1), por medio del contacto con fluidos corporales que contengan el virus, los cuales son: sangre, semen, líquido preseminal, secreciones vaginales, secreciones rectales y leche materna (infoSIDA, 2020). La vía sanguínea puede ser mediante transfusión de sangre, compartir agujas al consumir drogas inyectables o lesiones por pinchazos de agujas previamente infectadas. La vía sexual incluye sexo anal, vaginal u oral. Y

finalmente la vía perinatal se refiere a la transmisión de forma vertical, es decir, de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia (Patel et al., 2014).

Tabla 1. *Estimación de la probabilidad de adquirir VIH de una fuente infectada, por vía de exposición (Patel, et al., 2014).*

Vía de exposición	Riesgo cada 10,000 a una fuente infectada	Intervalo de confianza CI 95%
Exposición parenteral		
Transfusión de sangre	9250	(8900-1910)
Compartir agujas al consumir drogas inyectables	63	(41-92)
Lesiones por pinchazos de agujas percutáneas	23	(0-46)
Exposición sexual		
Coito receptivo anal	138	(102-186)
Coito insertivo anal	11	(4-28)
Coito receptivo pene-vagina	8	(6-11)
Coito insertivo pene-vagina	4	(1-14)
Sexo oral receptivo	Bajo	(0-4)
Sexo oral insertivo	Bajo	(0-4)
Transmisión vertical		
Transmisión por embarazo (madre-hijo)	2260	(1700-2900)

Si bien, el riesgo más alto de infección es a través de las transfusiones de sangre (véase Tabla 1), los países han hecho esfuerzos para prevenir esta forma de contagio mediante protocolos de escrutinio biológico a los donantes, esto con la finalidad de asegurar que las muestras obtenidas se encuentren libres de la infección antes de ser transfundidas. En México se regula mediante la Norma Oficial Mexicana 253-SSA1-2012, lo que ha permitido que a pesar de implicar el mayor riesgo, desde 1999 hasta 2019 no se ha reportado ningún caso

infectado postransfusional o por exposición ocupacional (lesiones por pinchazos de agujas). Mientras que la vía de transmisión más destacable en México es la sexual, reportando que 98.4% de los casos de infección en el 2019 fueron por esta vía (CENSIDA, 2019).

Considerando esto, dentro de las prácticas sexuales, la de mayor riesgo es coito receptivo anal (véase Tabla 1). Sin embargo, dicho riesgo de transmisión es casi nulo (1.1 - 0.03 por cada 10,000) cuando se usa adecuadamente el condón y además la persona infectada se encuentra en tratamiento antirretroviral (CDC, 2020; Patel et al., 2014). De acuerdo con Patel y colaboradores (2014), existen factores que aumentan el riesgo de infección y factores que disminuyen el riesgo:

Dentro de los factores que aumentan el riesgo a la infección se encuentran

- Carga viral alta
- Úlcera genital
- Presencia de enfermedad aguda o etapa avanzada
- Enfermedades de transmisión sexual

Mientras que los factores que disminuyen el riesgo son

- Uso de antirretrovirales
- Profilaxis preexposición
- Uso de preservativo (condón)
- Circuncisión masculina

1.4 Evolución de la infección

Una vez que una persona contrae VIH por cualquiera de las vías previamente mencionadas, comienza la etapa de infección aguda, en la que la concentración del virus es muy elevada, siendo >5.000 copias/ml y al mismo tiempo hay una disminución en el conteo de CD4. Dentro de esta etapa puede haber síntomas como fiebre, dolores musculares, fatiga,

salpullido, inflamación de ganglio, etc., pero a las pocas semanas tiende a un aumento de CV que oscila entre 10,000 y 200,000; mientras que la cifra de los CD4 (que normalmente oscila entre 600 y 1,200 células por mililitro de sangre) suele experimentar un descenso moderado. Luego dicha disminución es paulatina (promedio de 50 células por año), esta etapa es conocida como crónica de la infección o de latencia clínica y es asintomática. La etapa más avanzada conocida como SIDA, se caracteriza por una cifra de CD4 que cae por debajo de 200 células por mililitro y/o cuando aparecen enfermedades oportunistas (Gatell et al., 2013).

1.5 Diagnóstico

Realizar el diagnóstico de VIH en forma adecuada y oportuna, es el primer paso para la implementación de una serie de intervenciones que permitan realizar una adecuada vigilancia epidemiológica y evitar la rápida progresión de la enfermedad en la persona. El diagnóstico de infección por VIH que tiene una mayor eficacia es a través de pruebas de laboratorio, ya que los síntomas que lleguen a presentarse pueden confundirse fácilmente con alguna otra enfermedad o incluso pasar desapercibidos (Gatell et al., 2013). Es por lo anterior que en la mayor parte del mundo, incluyendo México, se realiza a través de la detección de anticuerpos contra VIH utilizando métodos inmunoenzimáticos (ELISA o EIA), pruebas rápidas y la confirmación con Western Blot (Secretaría de Salud, 2012).

1.6 Tratamiento y pronóstico

La Guía de CENSIDA de 2014, menciona que una vez diagnosticado el VIH/SIDA se recomienda el inicio inmediato de tratamiento farmacológico sin que el recuento de CD4 ni la presencia de síntomas sean criterios necesarios para su prescripción. Esto con la intención de controlar lo más pronto posible la infección y para disminuir el riesgo de transmisión o de complicaciones. Antes de la llegada de los tratamientos antirretrovirales a México, la supervivencia de los pacientes diagnosticados con VIH era de un año. Pero con los tratamientos actuales se logra retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar sustancialmente la calidad

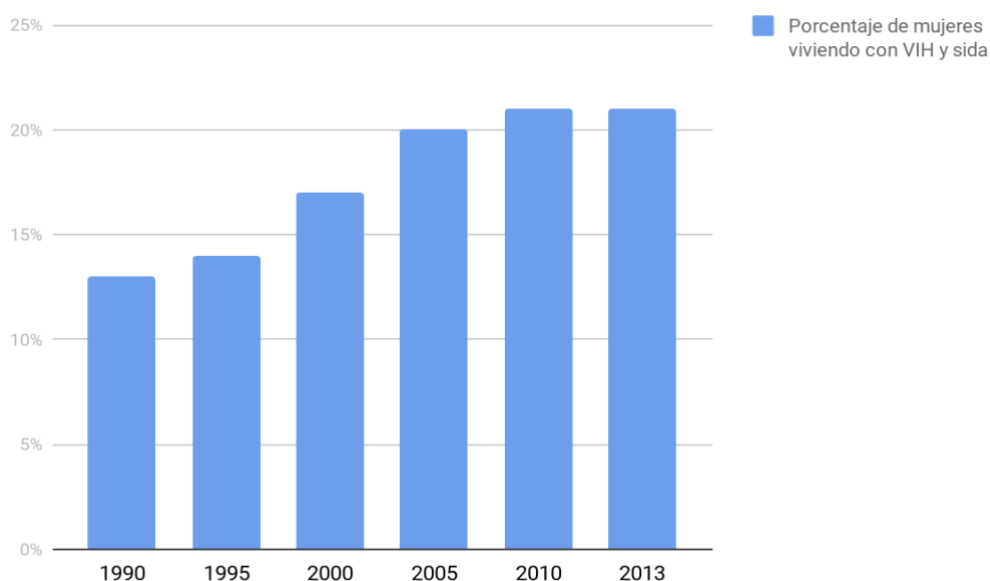
de vida de las personas con VIH (CENSIDA/Secretaría de Salud, 2014). Estos novedosos tratamientos se basan en el uso conjunto de tres o más medicamentos para tratar la infección por VIH y se conocen como Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA). La terapia está dirigida a la supresión de la replicación del VIH mediante el bloqueo de las diferentes etapas del ciclo reproductivo del virus (Gatell et al., 2013). Cabe destacar que las personas en uso continuado y adecuado con la terapia antirretroviral tienen una esperanza de vida superior a 70 años, es decir una expectativa muy cercana a la población en general (Samji et al., 2013). Es común que dentro de los dos a tres primeros años en TARV y con supresión viral, se registre un aumento de CD4 y posteriormente se llegue a una meseta donde sólo aumenta 2-5 células por año (Le Moing et al., 2007). Cuando el paciente toma adecuadamente su antirretroviral (es adherente), el conteo de CV es menor a 40 copias, es decir, se encuentra en supresión viral o “indetectable”. Significa que la cantidad de copias de virus es tan baja que no puede ser detectado por alguna de las pruebas de laboratorio disponibles en la actualidad. En estos casos la posibilidad de transmitir el VIH se reduce en más del 90%, por lo cual alcanzar la supresión viral se vuelve una de las principales metas de tratamiento para el VIH (CENSIDA, 2016).

1.7 Epidemiología

Desde comienzos de la epidemia por el VIH en los años ochenta, esta continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial, 75.7 millones de personas han contraído la infección por VIH hasta el 2019 (UNAIDS, 2020). Mientras que la ONU reportó a finales de 2019 un total de 38 millones de personas que viven con VIH actualmente, con una incidencia de 1.7 millones de nuevos casos en todo el mundo. En cuanto a la mortalidad, han fallecido un promedio de 32.7 millones de personas a causa del SIDA según el último reporte publicado en 2020 por la UNAIDS. Respecto a América Latina, los números se observan incrementados debido a la limitada inversión de los gobiernos en la salud donde se ha reportado un aumento del 21% de nuevos casos de infección por VIH desde el 2010. En

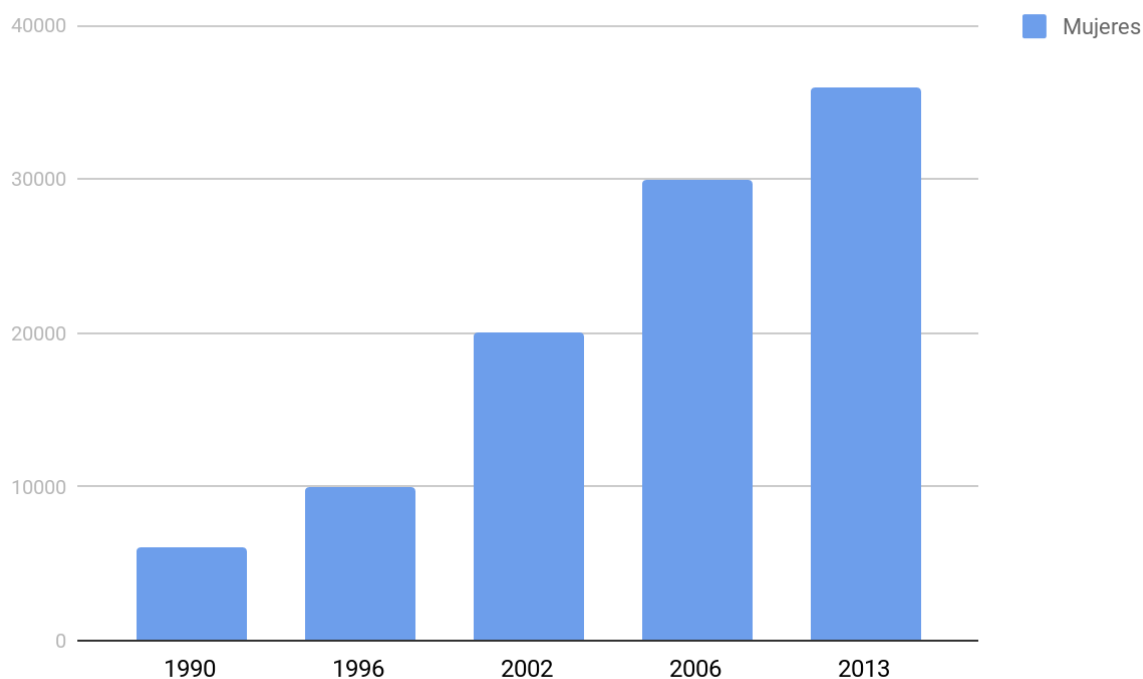
el caso de las mujeres la ONU reporta que representaron aproximadamente el 48% del total de nuevas infecciones por el VIH en 2019 en todo el mundo. Siendo las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años quienes tienen el doble de probabilidades de vivir con VIH en comparación con los hombres. En México se han reportado un total de 230,000 personas con SIDA y 15,653 nuevos casos de infección por VIH y SIDA en el año de 2019 (CENSIDA). Respecto a la mortalidad, el dato más actualizado que se tiene es del 2017, indicando un total de 4,720 defunciones por SIDA en ese mismo año (CENSIDA, 2017). La infección por VIH en este país sigue siendo más prevalente en hombres, sin embargo en los últimos años el porcentaje de mujeres seropositivas se ha ido incrementando. CENSIDA reportó que para finales del 2013 una de cada cinco adultos infectados es mujer, y dicha proporción ha ido aumentando sostenidamente. Mencionando que en 1990 las mujeres representaban el 13 por ciento de las infecciones y para el año 2012 representan el 21% de las nuevas infecciones (Figura 1) (CENSIDA, 2014).

Figura 1. *Porcentaje de mujeres viviendo con VIH y SIDA en relación total de personas infectadas (CENSIDA, 2014).*



Según estimaciones conjuntas por ONUSIDA-CENSIDA a finales de 2013 el número de mujeres que viven con VIH se había incrementado más de seis veces, al crecer de 6 mil a 37 mil mujeres durante el periodo 1990 a 2013 (Figura 2) (CENSIDA, 2014).

Figura 2. Estimación del número de mujeres que viven con VIH/SIDA en México de 1990 - 2013 (CENSIDA, 2014).



Diferencialmente, los Estados del país que han reportado una mayor prevalencia de casos notificados de SIDA en mujeres son Veracruz, Oaxaca, Quintana Roo, Jalisco, Ciudad de México, Chiapas y Guerrero. En estas mismas regiones se ha observado que la prevalencia de los casos ha aumentado un poco o se ha mantenido en los últimos cinco años, pero no ha disminuido como se observa en los datos de población masculina (Figura 3).

Figura 3.

Casos de SIDA notificados por Estado de residencia según año de diagnóstico y sexo en México 1983-2019

**Casos de Sida Notificados por Estado de Residencia según Año de Diagnóstico y Sexo
México, 1983-2019***

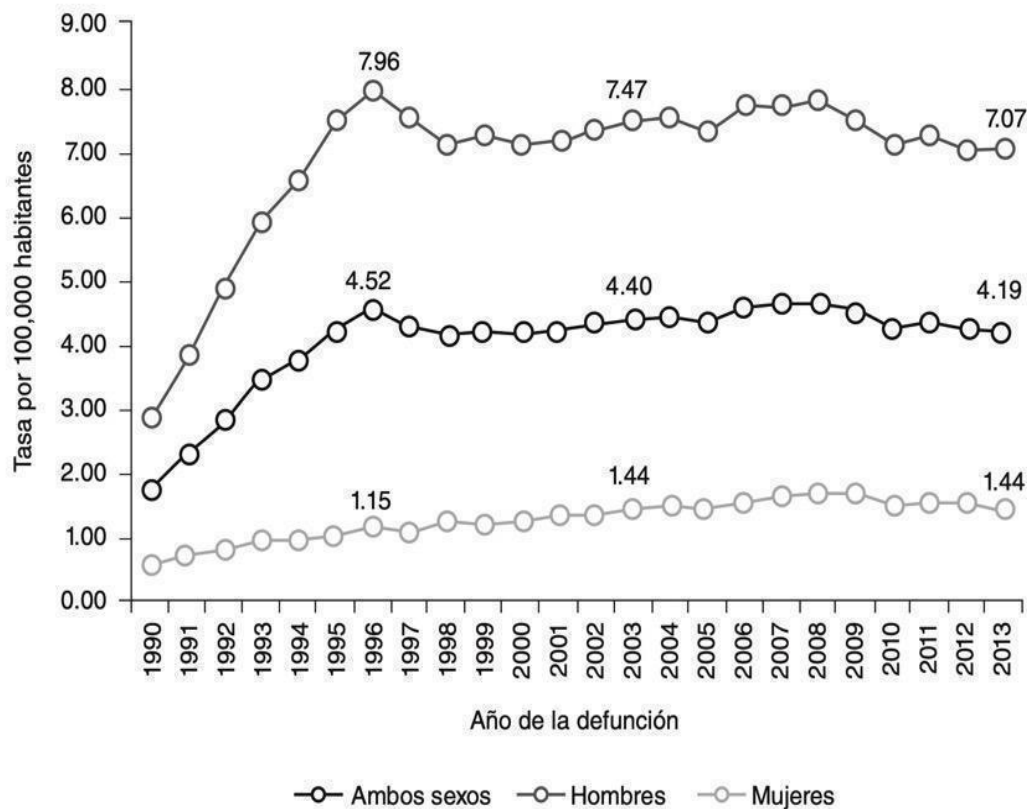
Estado	Años												Total	
	1983-2014		2015		2016		2017		2018		2019			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	889	170	24	5	19	3	19	3	36	4	16	1	1,003	186
Baja California	6,242	14,668	267	72	221	63	277	75	274	56	281	86	7,562	1,820
Baja California Sur	817	178	19	8	20	2	27	3	54	10	63	13	1,000	214
Campeche	1,590	443	153	47	193	55	144	33	172	40	137	39	2,389	657
Coahuila	1,648	284	24	4	35	4	34	2	16	3	1	0	1,758	297
Colima	927	203	83	12	71	20	76	12	58	15	55	22	1,270	284
Chiapas	6,553	2,403	491	154	442	132	456	125	312	83	285	63	8,539	2,960
Chihuahua	4,190	775	132	35	149	33	160	36	146	18	116	23	4,893	920
Ciudad de México	23,486	2829	584	76	649	78	373	46	487	45	337	37	25,916	3,111
Durango	1,153	234	38	3	39	10	38	5	18	3	22	3	1,308	258
Guanajuato	3,024	592	81	14	96	9	95	19	86	11	93	16	3,475	661
Guerrero	6,545	2,197	372	112	351	122	385	108	311	85	258	66	8,222	2,690
Hidalgo	1,725	454	93	21	97	14	101	17	131	25	160	19	2,307	550
Jalisco	10,694	2,209	96	16	144	16	192	38	154	24	286	26	11,566	2,329
México	16,140	3,357	686	92	552	72	438	57	552	80	430	56	18,798	3,714
Michoacán	4,288	923	295	91	306	71	220	38	259	32	152	24	5,520	1,179
Morelos	2,929	829	171	26	176	21	179	20	192	19	206	19	3,853	934
Nayarit	1,878	430	74	18	86	16	87	12	66	16	70	10	2,261	502
Nuevo León	4,675	686	230	27	136	23	154	26	123	21	103	22	5,421	805
Oaxaca	4,793	1,333	178	33	170	32	103	22	149	31	177	37	5,570	1,488
Puebla	6,167	1,740	274	45	225	47	247	45	285	44	262	40	7,460	1,961
Querétaro	1,211	238	50	5	53	4	55	9	54	5	49	3	1,472	264
Quintana Roo	2,276	509	68	16	148	29	211	43	264	49	258	41	3,225	687
San Luis Potosí	1,867	427	67	11	71	9	84	14	95	12	88	8	2,272	481
Sinaloa	2,786	619	134	42	169	21	125	16	81	16	65	11	3,360	725
Sonora	3,127	576	165	40	146	47	121	27	157	29	50	10	3,766	729
Tabasco	3,152	770	103	16	111	20	187	45	152	27	79	19	3,784	897
Tamaulipas	3,472	813	198	55	135	27	107	23	52	12	66	14	4,030	944
Tlaxcala	1,154	356	77	11	102	22	70	17	49	10	57	11	1,509	427
Veracruz	12,344	3,366	105	37	221	43	413	104	403	93	404	106	13,890	3,749
Yucatán	3,607	660	181	36	202	31	220	36	234	36	287	27	4,731	826
Zacatecas	797	157	22	7	33	5	25	1	14	6	11	7	902	183
Extranjeros	328	36	2	1	4	0	7	1	1	0	12	10	354	48
No especificado	60	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	5
TOTAL	146,534	32,269	5,537	1,188	5,572	1,101	5,430	1,078	5,437	960	4,936	889	173,446	37,485

*Información al 31 de Diciembre de 2019.
Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
Procesó: Dirección General de Epidemiología/SS.

Figura obtenida de ("Epidemiología / Registro Nacional de Casos de VIH y sida", 2020).

En 2016, Bravo-García & Ortíz-Pérez mencionaron que para 2013, en México se había observado que la mortalidad en los hombres disminuyó, mientras que en el caso de las mujeres la tasa de mortalidad en las mujeres, se mantuvo estable (Figura 4).

Figura 4. Mortalidad a causa de SIDA en México por cada 100 mil habitantes, desde el año 1990 hasta el año 2013 (Bravo-García & Ortiz-Pérez, 2016).



1.8 Implicaciones psicosociales en Personas que Viven con VIH

Además de los aspectos biológicos y epidemiológicos que se han descrito con anterioridad, existen otros elementos que han ido cobrando relevancia en el estudio del VIH; estos son los factores psicosociales. Por ejemplo el ser diagnosticado con VIH/SIDA tiene un fuerte impacto en la vida afectiva y emocional, pues el diagnóstico suele acompañarse de sentimientos de tristeza, desesperación, inseguridad, pérdida del deseo sexual, culpa, miedo al rechazo, deseos de no vivir (Faler & Abreu, 2016) y cambios en el significado de la vida (Carrasco & Aldunate, 2013). Alderete-Aguilar et al. realizaron en 2017 dentro de un hospital de la Ciudad de México, un estudio acerca de riesgo suicida, ansiedad, depresión y desesperanza en personas diagnosticadas con VIH cuando entran a hospitalización y al terminar la estancia hospitalaria, encontrando que del total de pacientes evaluados a su ingreso el 10.4% tuvieron riesgo suicida, 5.2% presentaron niveles moderados a altos en desesperanza, 23.5%

tuvieron sintomatología ansiosa y 13.9% sintomatología depresiva. La presencia de sintomatología depresiva y ansiosa ha sido un hallazgo que se ha reportado con frecuencia en personas que viven con VIH, por ejemplo Bing et al. 2001 encontraron una prevalencia del 36% de depresión y del 16% de ansiedad en una gran muestra nacional de hombres y mujeres seropositivos en los Estados Unidos. En 2001, Ciesla et al, identificaron que el trastorno depresivo grave ocurría casi dos veces más a menudo entre los pacientes VIH positivos que los VIH negativos. Otro factor importante es el estigma, el cual se potencia por la falta de conocimiento y el miedo al contagio. Este estigma incluye prejuicio, exclusión y discriminación directamente a los individuos identificados como infectados. Principalmente porque se asocia al VIH con otras conductas o situaciones históricamente estigmatizadas como pobreza, homosexualidad, uso de drogas psicoactivas y prostitución (Cardona et al, 2018). Además, en algunas religiones el VIH se interpreta como un castigo o consecuencia de actos inmorales, lo que favorece el aumento del estigma y la discriminación hacia las personas seropositivas (Arévalo & Ávila, 2012) y genera rechazo, distanciamiento, señalamiento hacia quienes tienen el diagnóstico, incluso entre las mismas personas que viven con la infección (Guevara-Sotelo & Hoyos Hernández, 2018). A su vez el estigma puede impactar en otros ámbitos de las personas que viven con VIH, por ejemplo: retrasar el inicio de tratamiento por el miedo de asistir a los centros de salud, miedo de revelar el diagnóstico a familiares, amigos y compañeros de trabajo, aislamiento (Cardona et al., 2018), percepción negativa de los pares, cambio en la autoimagen (Bran-Piedrahita et al., 2017), disminución de apoyo social (Carrasco & Aldunate, 2013). Estos indicadores psicosociales mencionados, además de tener un impacto negativo en la vida y en la funcionalidad del paciente, afectan de la misma forma su salud, pues se han asociado a disminución en la carga viral, en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento (Pantalone et al., 2010). Adicionalmente se han descrito otros factores asociados a los problemas de adherencia: el económico, social y cultural (Muñoz, 2018):

- Económico: se refiere a que los pacientes manifiestan viajes largos y costosos a la clínica donde los atienden. En este sentido, se ha descrito que después del diagnóstico de VIH existe una constante pérdida de independencia económica, tanto por dificultades biológicas generadas por el virus, así como la pérdida de empleos y dificultad para el acceso al mercado laboral (Bran-Piedrahita et al., 2017). Para las personas infectadas las dificultades laborales desestabilizan su situación económica haciendo más difícil enfrentar el problema de salud (Arévalo-Baquero & Rubiano-Mesa, 2018) y se ven obligados a implementar estrategias de organización y distribución de los recursos para su sobrevivencia (Chong & Torres, 2017). De la misma forma, las personas que viven con VIH son discriminadas durante los procesos de contratación y en el desarrollo del trabajo (Arévalo-Baquero & Rubiano-Mesa, 2018).
- Social y cultural: se refiere a la debilidad del primer nivel de atención, mediación del estigma por vivir con VIH junto con la discriminación relativa al género, clase social y orientación sexual, el desabasto de medicamentos y estudios, la ausencia de participación en grupos de ayuda mutua y el miedo a pérdida de confidencialidad o ser reconocidos.

1.9 Grupos Vulnerables

Al hablar de vulnerabilidad, Meyer et al. en 2006, la definen como “la exposición de las personas a la enfermedad, como resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que están involucrados con más susceptibilidad al evento y baja disponibilidad de recursos de protección” (Citado en Berbesi & Segura, 2014, p.968). En el caso de vulnerabilidad social asociada al VIH se traduce en “la prioridad debe darse a los individuos, comunidades y naciones que son desfavorecidos, marginados o discriminados por razones de género, edad, raza, orientación sexual, situación económica o cultural, filiación política o religiosa” (Citado en Berbesi & Segura, 2014, p.974). En una revisión sistemática sobre la

vulnerabilidad asociada al VIH, encontraron asociación entre dicha vulnerabilidad y características biológicas y psicológicas de las personas, las condiciones sociales y ambientales, la estructura, la funcionalidad familiar, el territorio donde viven, la pobreza, el género, la exclusión social, la fragilidad, amenaza y susceptibilidad a daños en la salud (Berbesi & Segura, 2014). Aunado a esto, la vulnerabilidad se ve impactada por una constante violación de derechos y desigualdad de oportunidades, que van desde falta de formación educativa, oportunidades laborales, hasta restricción de servicios de salud incluyendo la atención médica para quienes viven con VIH/SIDA (Boivin, R. 2014). Berbesi et al. (2012), destacan que la infección por VIH está concentrada en poblaciones que se encuentran en condiciones de exclusión, estigma y discriminación. Dentro de los cuales, identifican a las personas en situación de calle, hombres que tienen sexo con hombres, personas en prisiones u otros escenarios cerrados, persona que se inyectan drogas, trabajadores sexuales, personas transgénero, travestis, mujeres indígenas y personas con enfermedades mentales (WHO, 2016; Monteiro & Brigeiro, 2019; Juan-Martínez & Castillo-Arcos, 2016; Seeman, 2015).

En ciertos contextos se han identificado a otros grupos como vulnerables ante la infección por VIH, por ejemplo, trabajadores migrantes, refugiados, entre otros, dependiendo del lugar. Estos grupos no son igualmente afectados ni uniformemente vulnerables al padecimiento; cada país debería identificar sus poblaciones específicas en sus distintos contextos y adecuar sus servicios de atención a los mismos (WHO, 2016). Finalmente, las mujeres son consideradas un grupo vulnerable y dicha vulnerabilidad tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural (Herrera & Campero, 2002).

CAPÍTULO 2: MUJERES Y VIH

2.1 Vulnerabilidades de las mujeres al VIH

En la región de América Latina, existen vulnerabilidades específicas para las mujeres que viven con VIH, Volkow et al. (2012), aluden a la vulnerabilidad frente al VIH como el

conjunto de hechos que ponen en riesgo la integridad de las mujeres antes de contraer VIH, o cuando ya están infectadas, estos pueden ser biológicos, psicológicos, económicos y sociales. Eng y Butler en 1997, refieren que para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales las mujeres son de 2 a 4 veces más vulnerables a adquirir la infección por VIH que los hombres debido a que la zona de exposición al virus es mayor en mujeres también porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las mujeres presentan infecciones de transmisión sexual asintomáticas con más frecuencia que los hombres, lo cual debilita la mucosa vaginal y permite la entrada del virus, esto es de mayor riesgo en adolescentes cuyo aparato genital todavía está inmaduro.

Por otro lado, se ha documentado que en mujeres infectadas, el virus incrementa la gravedad de los síntomas de la menopausia, aumenta los desórdenes menstruales, además de propiciar la aparición de osteoporosis, enfermedad inflamatoria pélvica y enfermedades vulvo-vaginales (Carter et al., 2013).

Respecto a la salud mental, se ha reportado que las mujeres que viven con VIH se encuentran expuestas a distintas vulnerabilidades, ya que tienden a presentar una asociación más fuerte entre factores psicológicos adversos y una peor evolución del VIH en comparación con los hombres (Chida & Vedhara, 2009).

Las mujeres presentan mayor distrés emocional, estados de ánimo negativos hacia su condición de VIH, están menos satisfechas con su autoimagen, usan menos estrategias de afrontamiento positivas, mayor negación y una peor salud física y mental (Fumaz et al., 2019).

Obiols y Stolkiner, en 2018 visibilizan algunas situaciones problemáticas que causan este sufrimiento psicológico en mujeres que viven con VIH, como lo son el vínculo con el propio cuerpo y la imposibilidad de alcanzar los ideales estéticos, conflictos con la pareja, la imposibilidad de alcanzar el ideal de la maternidad y la necesidad de contarles sobre la infección a los hijos, las familias de origen y los amigos o vecinos, así como los procesos de duelo que se instalan a partir del diagnóstico y la necesidad de abordarlos sin patologizarlos.

Se ha observado a nivel psicológico que a las mujeres les cuesta más adaptarse al diagnóstico de VIH, aún sobre otras enfermedades que no son transmisibles. “Muchas te dicen que preferirían tener cualquier otra enfermedad, incluso un cáncer, aunque sea más grave y más agresivo para su salud...”, lo que a su vez, dificulta la asimilación del diagnóstico (Martínez-Pérez, 2011). Debido a esta dificultad de aceptación de una enfermedad estigmatizada así como por la dificultad percibida para establecer relaciones afectivas y de pareja futuras, las mujeres que viven con VIH necesitan y demandan más apoyo psicosocial que los hombres (Martínez-Pérez, 2011).

Estos factores psicológicos también impactan en la calidad de vida. Se ha observado que las mujeres seropositivas reportan niveles más bajos de calidad de vida en comparación con hombres, principalmente en los dominios físico, psicológico, independencia y ambiental (Gebremichael et al., 2018). Esta baja percepción de calidad de vida puede estar relacionada con el estigma internalizado, desigualdad de ingresos, disminución de apoyo social y vivir lejos de la clínica donde se atienden (Kalichman et al., 2019). De forma que, las pacientes que reportan un alto apoyo social manifiestan menores niveles de depresión, menor nivel de estigma y mayor calidad de vida (Garfin et al., 2019).

En cuanto a la vulnerabilidad social que viven las mujeres con VIH tienen menor acceso a educación, niveles de educación bajos y en consecuencia, al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud (Bustos & Landman, 2000 Citado en Herrera & Campero, 2002, p. 557), el 38.3% de ellas solo cuenta con educación primaria, 42.7% educación secundaria y únicamente 8.5% educación universitaria (Luciano et al., 2020).

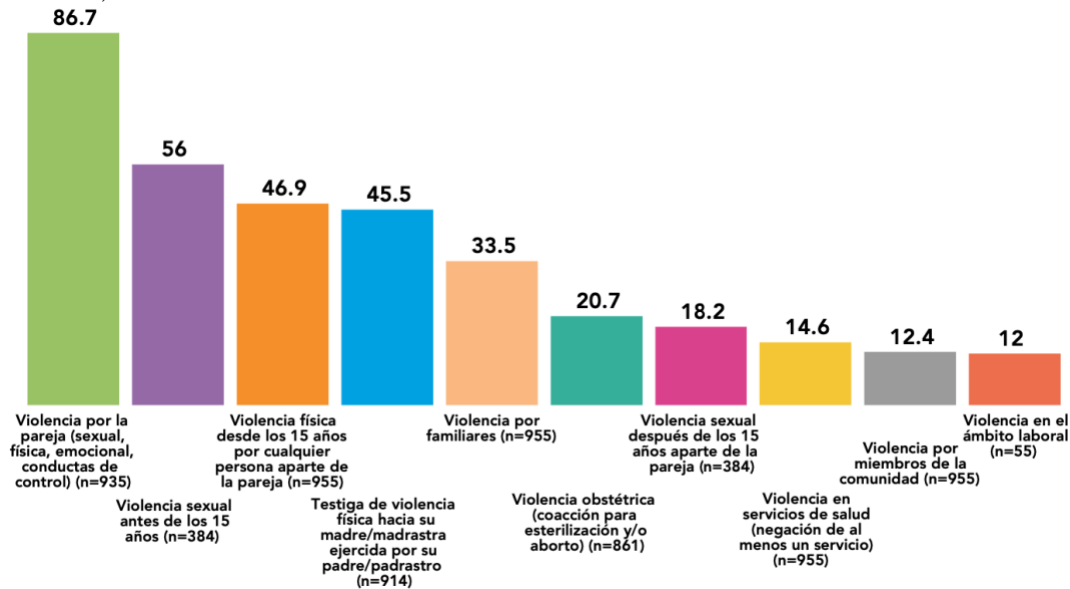
La desigualdad económica entre hombres y mujeres cobra mucha relevancia en México, pues se ha encontrado que las mujeres tienen menos probabilidades de ser empleadas así como una mayor probabilidad de ganar el salario mínimo o menos en comparación con los hombres (Bautista-Arredondo et al., 2015; Moral & Segovia, 2015), 63.3% reporta un ingreso

económico menor al salario mínimo (Luciano et al., 2020), lo que dificulta que obtengan recursos para llevar su tratamiento satisfactoriamente, acudir a sus consultas o tener condiciones de vida satisfactorias (Arrivillaga, 2009), como lo es incluso la seguridad alimentaria, 70.6% de mujeres que viven con VIH tienen algún grado de inseguridad alimentaria (Pérez-Salgado et al., 2016). Rivera-Díaz et al. (2015) mencionan que las mujeres seropositivas experimentan un estigma adicional, relacionado al discurso patriarcal, que apunta a un contagio sexual, por adicción, promiscuidad o a un estilo de vida que no es “socialmente correcto”. Mediante su estudio, describe que estas mujeres se enfrentan a un derecho restringido a la maternidad, limitación en el acceso a los servicios ginecológicos, adjudicación de responsabilidad de transmisión y ser culpabilizadas por haber adquirido el virus. Todo esto, incluso a pesar de que se ha reportado una probabilidad alta de haber adquirido el VIH por su pareja estable (Bautista-Arredondo et al., 2015). Por otro lado existe una vulnerabilidad cultural asociada a las relaciones de pareja en las que la mujer asume una posición sumisa y de entrega total a la pareja (Herrera & Campero, 2002), lo que le impide ejercer una sexualidad libre, negociar el uso de condón o realizar prácticas de sexo seguro (Juan-Martínez & Castillo-Arcos, 2016), además se favorecen las relaciones sexuales con hombres de mayor edad, lo que pone a las mujeres en riesgo de contraer VIH y otras ITS (Herrera & Campero, 2002), suelen estar más expuestas a violencia de género (Chong & Torres, 2019; McDonnell et al., 2003) siendo esta más frecuente y grave en comparación con los hombres que viven con VIH (Pantalone et al., 2010; Saxena et al., 2019).

Las mujeres que viven con VIH en América Latina se enfrentan a diversos tipos de violencia como lo son: violencia por parte de la pareja, ya sea sexual, física, emocional o conductas de control; violencia sexual antes de los quince años; violencia física desde los quince años por cualquier persona aparte de la pareja; han presenciado violencia física hacia su madre/madrastra ejercida por su padre/padrastro; violencia por parte de familiares; violencia obstétrica como lo es la coacción para esterilización o aborto; violencia sexual después de los

quince años aparte de la pareja; violencia en los servicios de salud, negación de al menos un servicio; violencia por miembros de la comunidad y violencia en el ámbito laboral (Luciano et al., 2020) (Figura 5).

Figura 5. Mujeres que viven con VIH que reportan haber experimentado por lo menos una situación de violencia alguna vez, según tipos de victimización seleccionados (%) (Luciano, et al., 2020).



Aunado a lo anterior, se ha encontrado evidencia de que la mujer que vive con VIH se cuida para cuidar a otros, lo hace aún más si existen otros casos de infección en la unidad familiar (Martínez-Pérez, 2011). Las mujeres que enfrentan el doble rol de ser pacientes y cuidadoras de otras personas que viven con VIH, con frecuencia deben manejar situaciones que les dificulta su propia adherencia al tratamiento (Arrivillaga et al, 2009), como es el caso de las mujeres seropositivas que ejercen la maternidad; el 92% de las mujeres que viven con VIH tienen hijos (Mata-Marín et al, 2016) que tienen que lidiar con contradicciones respecto al ser mamá, por un lado se encuentran con la ilusión y la necesidad de cuidado y protección hacia sus hijos, y por otro lado, les preocupa el riesgo de transmisión, la posibilidad de dañar a sus hijos y la sensación de haber fallado, para ellas son comunes los sentimientos de culpa y estigma (Viñas et al., 2017).

2.2 Baja adherencia

Carter et al. (2014) realizaron un estudio en donde demuestran que las mujeres que viven con VIH tienen 58% más de probabilidad de recibir peor calidad de cuidado en comparación con los hombres, lo que incrementa en las mujeres el riesgo de morbilidad y mortalidad. Las mujeres son más propensas a ser no-adherentes, tener interrupciones en el tratamiento y a experimentar efectos adversos del tratamiento (Carter et al., 2013). Existen barreras que dificultan la adherencia al tratamiento de las mujeres que viven con VIH, en 2017, Almanza y Gómez comentan que estas barreras están relacionadas a una baja asistencia a citas individuales con el servicio de psicología y grupos de apoyo, estas faltas se asocian entre otras cosas a que en sus trabajos no les permiten faltar muchos días.

CAPÍTULO 3. RETENCIÓN

3.1 Modelo Continuo de Participación de VIH

Como parte de los esfuerzos para mejorar el manejo en el tratamiento, se han creado diversos modelos de atención que contemplan las peculiaridades de la infección así como los sistemas de salud. El modelo Continuo de Participación de VIH (Roscoe & Hachey, 2020) establece los pasos o etapas en la atención médica que atraviesan las personas que viven con VIH desde el diagnóstico de la infección hasta el mantenimiento de la supresión viral (Figura 6).

Figura 6. *Modelo Continuo de Participación de VIH* (Roscoe, C. y Hachey, D., 2020).



Usando este modelo, los prestadores de salud pueden identificar con mayor facilidad la proporción de personas que viven con VIH que se encuentran diagnosticadas, dentro de estas cuántas se encuentran vinculadas a algún centro de atención de salud, la proporción de pacientes retenidos, en tratamiento antirretroviral y finalmente la proporción que se encuentra en supresión viral. Tomar en cuenta estos indicadores permite identificar las brechas de

efectividad de las políticas de diagnóstico, atención y tratamiento así como implementar estrategias específicas de acuerdo a los datos registrados (Roscoe & Hachey, 2020).

Una de las etapas dentro de este modelo es la retención en la atención la cual precede al logro de la supresión viral (Figura 6). Esta etapa se caracteriza por la participación regular de un paciente en la atención médica de un centro de salud después de su ingreso inicial en dicho sistema y se define mediante las citas asistidas dentro del total de citas programadas en determinado periodo (Roscoe & Hachey, 2020).

La retención en la atención para el manejo del VIH aporta diversos beneficios (Tabla 2). Como por ejemplo, a nivel individual, las personas retenidas mejoran su función inmunológica y reducen la resistencia a los medicamentos. Asimismo la retención en estos pacientes proporciona beneficios a la salud pública como reducir la morbilidad y transmisión (Horstmann et al., 2010).

Tabla 2. Resultados de salud pública e individual asociados con la retención de pacientes (Horstmann, et al., 2010).

Resultado
Mayor acceso a la terapia antirretroviral de gran actividad
Mejoramiento de la adherencia al tratamiento
Supresión de la carga viral
Mejora de la función inmunológica
Menor resistencia a los medicamentos
Reducción de los costos de atención de la salud asociados a la reducción de la hospitalización y el uso del departamento de emergencias
Reducción del comportamiento sexual de riesgo
Mejora de las tasas de supervivencia de la población

3.2 Retención en VIH

CENSIDA (2014) menciona que solo el 58% de las mujeres que viven con VIH están retenidas y es de suma importancia mencionar que el tratamiento de la infección por VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de atención de forma continua, por lo que identificar los factores que dificultan o facilitan la retención en esta población toma una gran importancia al desarrollar programas que busquen incidir en este fenómeno. Sin embargo, gran parte de la literatura se centra en la adherencia, pero la información de la retención en mujeres que viven con VIH es limitada (Lambert et al., 2018).

- Facilitadores que promueven la retención en el tratamiento de VIH.

Algunos elementos han reportado tener efectos positivos en la retención de las mujeres dentro de los cuales se encuentran el entendimiento de la infección por VIH, el contar con apoyo familiar (Messer et al., 2013), contar con servicios integrados, tener vivienda estable, apoyo con el cuidado de los hijos y de transporte, así como participar en grupos de apoyo y apoyo entre pares (Geter et al., 2018). Además se ha destacado la importancia de las relaciones positivas con los proveedores de salud para la retención en esta población (Quinlivan et al., 2013), así como lo importante que se vuelve la constante interacción de los pacientes con el sistema de salud (Dawit et al., 2020).

Otros factores reportados por Chandy et al. (2019), que se encuentran asociados con una mayor retención son: tener una edad mayor, tener 10 años o más de educación, contar con un ingreso económico, que en su hogar conozcan su estado serológico y que no tengan barreras para el acceso a la atención médica.

- Barreras para la retención en el tratamiento de VIH.

Por otro lado, existen ciertas características clínicas que se han reportado asociadas con una menor retención en personas que viven con VIH dentro de las cuales están; un mayor recuento de células CD4, ausencia de diagnóstico de SIDA, carga viral detectable o recuento de CD4

que define el SIDA. Estos datos demuestran que los pacientes prefieren no asistir a sus citas médicas porque no se sienten enfermos pero también pueden no asistir porque se sienten muy enfermos (Horstmann et al., 2010). El mismo fenómeno se observa en población femenina donde las pacientes con CV detectable tuvieron tres veces más probabilidad de no participar en la atención rutinaria del VIH lo que sugiere la existencia de barreras para lograr buenos resultados virológicos en la ausencia de retención en los cuidados clínicos (Kronfli et al., 2017).

Además de estas características clínicas, las mujeres seropositivas presentan otras barreras específicas que les dificultan llevar su tratamiento de forma continua. Johnson et al. (2015) mencionan que entre las principales barreras se encuentran: el estigma social, la falta de conocimiento sobre el VIH y de apoyo/comprensión en los entornos de trabajo. Además el consumo de drogas, la presencia de desesperanza, depresión, dificultad para transportarse a la clínica (Messer et al., 2013), el temor a la revelación del diagnóstico de VIH (Govindasamy et al., 2012), la etnicidad indígena, la falta de vivienda estable, experimentar racismo (Kronfli et al., 2017), aspectos relacionados con el rol de madre, la adquisición del VIH por transmisión perinatal y el ser cuidadora de niños (Trepka et al., 2020; Giles et al., 2019).

Trepka et al. (2020) reporta que a pesar de que tanto hombres como mujeres tienen niveles similares de retención (84.6 y 83.7% respectivamente), las mujeres que viven con VIH tienen mayores desventajas socioeconómicas que dificultan su retención en comparación con los hombres. Dentro de las que se describen las escasas oportunidades de trabajo, bajos recursos financieros personales (Johnson et al., 2015), incapacidad para pagar los gastos de transporte y la distancia al centro de salud (Govindasamy et al., 2012), 39% de las mujeres informa haber perdido al menos una visita de atención de VIH debido a problemas del transporte (Walcott et al., 2016). Lo que ha llevado a las mujeres a desarrollar habilidades logísticas para equilibrar los recursos personales, económicos, de transporte y clínicos (Quinlivan et al, 2013). También existen barreras relacionadas con el sistema de salud como insatisfacción con la calidad del cuidado de VIH, acceso limitado a los servicios de salud, insatisfacción con las actitudes de los

prestadores de salud, problemas de comunicación con el personal de salud, falta de servicios integrados (Geter et al., 2018), largos tiempos de espera y escasez de médicos o personal (Govindasamy et al., 2012). Todo esto pone en evidencia la presencia de diversos factores que afectan negativamente a la salud de las mujeres y su toma de decisiones, influyendo potencialmente en su capacidad para dedicarse al cuidado del VIH como asistir a sus citas de tratamiento, por lo que se vuelve relevante la necesidad de desarrollar recursos adicionales encaminados a mejorar la retención y los desenlaces clínicos de esta población (Dawit, 2020).

Medir la retención resulta complejo pues debe tomar en cuenta múltiples visitas agendadas en intervalos de tiempo variados, de forma que existen diversas formas para definir operacionalmente la retención y no existe una medición estandarizada, lo más recomendable es tener más de una forma de medir retención en un estudio (Mugavero et al., 2012).

CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A MUJERES QUE VIVEN CON VIH

Las mujeres que viven con VIH presentan problemáticas específicas para lograr tener una adecuada retención y adherencia al tratamiento por lo cual es importante implementar programas de salud que brinden atención centrada en la mujer (Carter et al, 2013).

Loutfy et al. (2017) definen Atención del VIH centrada en la mujer como: *“Cuidados que apoyan a mujeres que viven con VIH para que logren mejorar su salud y bienestar como lo definen ellas mismas. Este tipo de atención reconoce, respeta, y aborda las preocupaciones sociales y de la salud únicas de la mujer, reconociendo que la salud y lo social están conectados. Debido a que este cuidado es impulsado por las diversas experiencias de las mujeres es flexible y tiene en cuenta sus diferentes necesidades”*.

Al realizar la búsqueda PICOST para el presente estudio se encontraron 45 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, 39 de ellos incluyen estudios exploratorios,

descriptivos y correlacionales, así como revisiones sistemáticas que mencionan la necesidad de realizar intervenciones enfocadas a mujeres, describiendo qué aspectos deben de considerarse para realizar dichas intervenciones y qué variables están relacionadas a una mayor retención.

Solo 4 de los 45 artículos realizan intervenciones enfocadas a promover retención en VIH, sin embargo estas intervenciones se encuentran enfocadas únicamente en una área, por ejemplo dos artículos realizan una intervención para reducir el impacto de trauma sexual (Sikkema, et al., 2018; Knettel, et al., 2019), otro artículo busca promover la retención por medio de uso de tecnología recordándole a la paciente a través de una aplicación en dispositivo móvil sobre la toma del antirretroviral (Plimpton, 2020) y el último artículo promueve la retención por medio la atención centrada en VIH, tomando en cuenta las visitas al médico especialista y los estudios para conocer la Carga Viral y el conteo de CD4 (McNairy et al., 2017). Solo dos de los artículos encontrados mencionan intervenciones multicomponentes (Blais et al., 2017; Seo et al., 2019), sin embargo una de ellas no cuenta con medidas de replicabilidad ya que no describe la intervención llevada a cabo y el otro artículo únicamente realiza la propuesta de intervención sin llevarla a cabo.

De acuerdo con la información recabada en las búsquedas mencionadas anteriormente, se proponen como elementos importantes a abordar en los programas de atención para mujeres que viven con VIH los siguientes factores:

- Psicoeducación.

Dado que las mujeres que viven con VIH experimentan sentimientos de culpa, decepción, rechazo social y soledad al impactar en su vida familiar, laboral, afectiva y sexual, se ha sugerido que las intervenciones incluyan actividades de educación para el cuidado, talleres con enfoque de género para la mayor comprensión de la enfermedad así como para mejorar su autoestima, su empoderamiento y la aceptación en sí mismas (Lafaurie & Zúñiga, 2011).

El proveer a las mujeres seropositivas de conocimiento y habilidades necesarias para prevenir, tratar y gestionar el VIH, puede convertirlas en agentes de cambio en su familia y su comunidad, una vez que las mujeres están empoderadas con información crítica del cuidado de su salud, tienen mejor retención, lo que ayuda a mejorar su adherencia y reducir la cantidad de nuevos contagios (Blais et al., 2017).

- Facilitar la convivencia con pares.

Carter et al. (2014) mencionan que el acompañamiento de pares resulta trascendente en los cuidados de atención a mujeres que viven con VIH, puesto que trae consigo beneficios para las organizaciones, proveedores de salud, mujeres seropositivas y entre las mismas acompañantes. Entre los beneficios se encuentran; obtener información sobre VIH, obtener y brindar soporte emocional, sentido de pertenencia y sentirse validadas por otras mujeres. Sin embargo también se enfrentan a algunas tensiones como pasar de recibir servicios a dar servicios, el que su trabajo no sea remunerado y falta de confidencialidad en su diagnóstico, por lo cual debe ser una actividad organizada de forma adecuada y voluntaria. Se ha aludido a la importancia de la participación en grupos de pares pues estos promueven la superación de la sensación de aislamiento social (Cuadra Hernández et al., 2012; O'Brien et al., 2017; Seo et al., 2019; Cargill, 2013). Otra de las ventajas de la convivencia entre pares es la reducción del estigma y la mejora de la convivencia al brindar atención en un entorno comunitario (Seo et al., 2019).

- Organizaciones de asociaciones civiles.

La inclusión de asociaciones civiles es relevante pues permite la apertura de nuevas oportunidades a los grupos vulnerables (Cuadra Hernández et al., 2012).

- Uso de tecnología para promover la retención en el cuidado.

Hall y colaboradores en 2016 mencionan que resulta benéfico el uso de aplicaciones celulares que recuerden a los pacientes información relativa a su tratamiento, tales como fechas de citas, recordatorios de toma de medicamentos, etc. En 2020, Plimpton menciona que el uso de las tecnologías móviles a través de mensajes automatizados ha funcionado para aumentar el compromiso con el cuidado y la retención de mujeres que viven con VIH y se encuentran en riesgo de abandonar o disminuir la calidad del tratamiento.

- Apoyo económico.

Scott et al. (2007) sustentan que proporcionar apoyo económico a las mujeres seropositivas para la renta del hogar (lo cual aunque no les garantiza una seguridad financiera) lo que contribuye al acercamiento a los cuidados del VIH. En cambio la ausencia de este apoyo económico les dificulta cubrir sus necesidades, entre ellas las necesidades de salud relacionadas con el VIH. En 2019, Walcott et al., describen el potencial benéfico de realizar programas empresariales para mujeres que viven con VIH, estos programas consisten en una amplia gama de actividades diseñadas para aumentar sus ingresos y promover el acceso a recursos; y los beneficios resultan en creación de empleos, fortalecimiento financiero, empoderamiento y al mismo tiempo acompañamiento de pares, lo cual impactaría de forma positiva en las mujeres que viven con VIH, sin embargo este tipo de programas debe realizarse con cautela pues puede tener riesgos como la falta de confidencialidad que aporta estrés en las mujeres y por ende, impactos negativos en su salud.

- Atención a la salud más allá del VIH.

Resulta importante la posibilidad de obtener servicios de salud no necesariamente relacionados al VIH durante sus visitas para el tratamiento de VIH (Kruk et al, 2016). En 2017, Sangaramoorthy et al., mencionan que para lograr intervenciones dirigidas a promover la retención es necesario incorporar una atención médica multidisciplinaria, se requieren servicios integrados que aborden tanto el VIH como otros aspectos médicos relacionados con su salud y protección contra la discriminación y el estigma relacionado al VIH (O'Brien et al.,

2017) Además de mencionar que los cuidados deben estar centrados en la persona e incluir cuidados preventivos, manejo de enfermedades crónicas, prioridades en el curso de la vida más que focalizarse en la infección en particular. Gómez-Suárez et al. (2019) mencionan que en Latinoamérica existen múltiples barreras en la atención a mujeres que viven con VIH, haciendo énfasis en la salud sexual y reproductiva por lo que menciona la necesidad de programas que promuevan el uso y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, llevando a cabo intervenciones preventivas, consejería de uso de anticonceptivos y apoyo para toma de decisiones informadas relacionadas acerca de esterilización y aborto.

- Personal de salud con competencias adecuadas para la atención a mujeres que viven con VIH.

El personal de salud que atiende a las mujeres que viven con VIH debe contar con competencias que incluyen la empatía, confidencialidad, respeto al estatus serológico y capacitación específica para atender VIH (Cargill, 2013; O'Brien et al., 2017). El atributo más importante identificado por mujeres que viven con VIH en un estudio de Kruk y colaboradores (2016), fue que hubiera una actitud respetuosa por parte del proveedor de salud. También se ha mencionado la necesidad de ser vistas por parte del personal de salud como “personas completas” que tienen necesidades a lo largo de toda su vida y no solo en ciertos momentos como el embarazo (O'Brien et al., 2017).

- Servicios de atención psicológica.

La disponibilidad de servicios de consejería psicológica también es un factor importante para la retención (Kruk et al, 2016). Colombini et al., (2016) mencionan que debido a los altos porcentajes de mujeres que viven con VIH que experimentan violencia física o emocional por parte de sus parejas después de revelar su diagnóstico y a solicitud de las mismas mujeres, es necesario integrar a su atención médica discusiones sobre los riesgos de violencia por parte de la pareja, el miedo a revelar el diagnóstico y a la prueba diagnóstica. Lo anterior ayuda a las mujeres a desarrollar habilidades de comunicación para revelar su diagnóstico. Otras acciones

que se recomiendan son el proporcionar consejería en pareja (especialmente a las parejas sero-discordantes), sesiones de consejería para el hombre y el facilitar la revelación del diagnóstico para la mujer.

Entre los programas que se han hecho con mujeres que viven con VIH para mejorar su retención en el cuidado, se han implementado intervenciones psicológicas para las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, en las cuales se incluyeron sesiones individuales y grupales y brindaron de estrategias de afrontamiento adaptativas y para la adherencia a la TARV (Knettel et al., 2019).

- Intervención adecuada a los retos que enfrentan las mujeres que viven con VIH.

Se requiere atención que reconozca y responda las barreras estructurales al acceso de atención como la violencia, la pobreza, la maternidad, el estigma y los desafíos para la revelación del diagnóstico de forma segura por medio de intervenciones sencillas y económicas que mejoren la disponibilidad de citas y que proporcionen (Cargill, 2013; O'Brien et al., 2017)

Adicionalmente en 2014, Govindasamy y colaboradores, refieren que para pacientes de países de ingresos bajos y medios el asistir a las visitas clínicas representa un gran desafío en su atención debido a los altos costos de transporte, la distancia a los centros de atención, la imposibilidad de tomarse tiempo libre en el trabajo y los largos tiempos de espera en las clínicas, así como la falta de servicios (percibidos o reales) prestados. De modo que, las intervenciones como la prestación de servicios integrados, destinadas a disminuir el número de visitas a la clínica, han demostrado ser exitosas.

Carter et al., (2015) describen cómo los servicios existentes, incluso si se encuentran físicamente cerca de los hogares de las mujeres que viven con VIH, pueden crear marginación social cuando las mujeres enfrentan estigma relacionado al VIH, racismo y clasismo, lo que opera para excluir a las mujeres de los lugares y espacios que ellas deben de acceder para su cuidado, por lo cual, las intervenciones dirigidas a las mujeres que viven con VIH deben incluir medidas congruentes con las circunstancias.

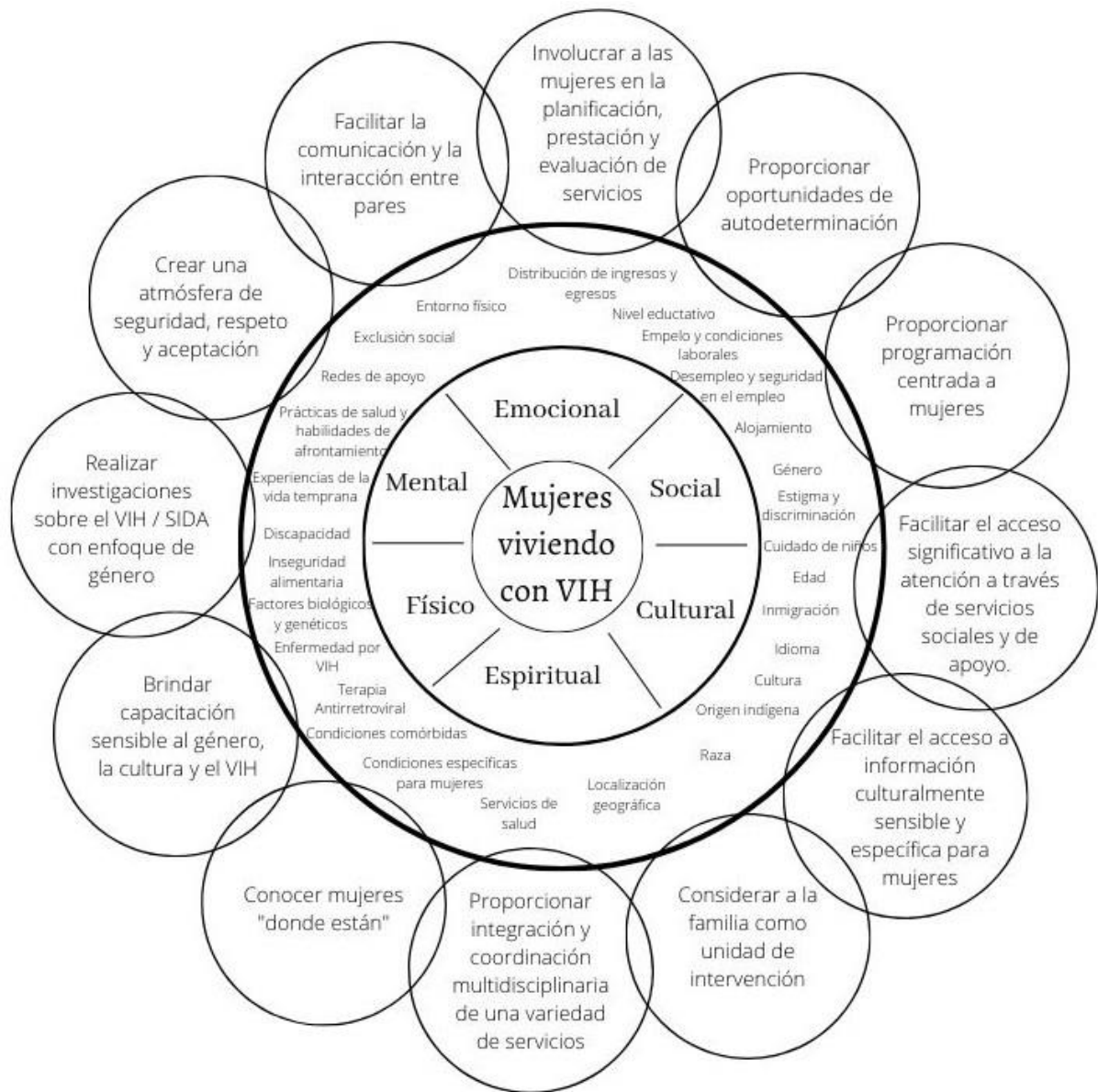
4.1 Modelo Integral

En 2013, Carter et al. realiza una revisión de la literatura científica con la cual proponen un modelo integral de atención específico para las mujeres que viven con VIH contemplando todos los elementos que cobran relevancia para dicha población, mismos que coinciden con todos los aspectos mencionados a lo largo de este capítulo.

La base de dicho modelo de Carter et al., incluye las seis dimensiones correspondientes a la salud de la mujer: emocional, mental, social, cultural, espiritual y física. La siguiente dimensión, contempla los determinantes de la salud de la mujer como educación, estigma y discriminación, empleo y condiciones de trabajo, edad, condiciones específicas de la mujer, cuidado de los niños, discapacidad, ingresos y distribución, etcétera. Y finalmente el modelo contempla doce pilares de los servicios centrados en la mujer, en los cuales incluye facilitar comunicación e interacción entre pares al escucharse y apoyarse unas a otras, promover programas adaptados para mujeres, apoyar a cada mujer satisfaciendo sus necesidades sanitarias y sociales específicas, promover un ambiente de seguridad, respeto y aceptación, facilitar el acceso a información específica para la mujer, incorporar a los familiares como parte de la intervención así como integrar a las mujeres en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios.

La representación del modelo se muestra en la Figura 7. La propuesta indica que los servicios centrados en la mujer deben integrar algunos o todos estos elementos mencionados para mejorar los resultados generales de salud de las mujeres que viven con VIH, por lo cual es el modelo del que se retoma más información para la intervención en este trabajo.

Figura 7. Modelo servicios de VIH/SIDA centrados en la mujer (Carter et al., 2013)



De acuerdo con lo mencionado anteriormente, de los estudios que abordan programas de atención para mujeres que viven con VIH, son pocos; una muestra es la revisión sistemática realizada por Lambert et al. (2018) enfocada a intervenciones que mejoren la retención y la adherencia a la TARV en mujeres de color que viven con VIH, mencionan que la mayoría de los trabajos publicados son transversales o usan métodos cualitativos para entender los determinantes de la adherencia, por lo cual una debilidad de estos estudios es que no realizan intervenciones o no se evalúan sus efectos. Y para aquellos estudios en los que sí se realizan

intervenciones, es necesario evaluar las mismas porque son dirigidas a un grupo vulnerable que es afectado con un menor acceso y cobertura del VIH (Govindasamy et al., 2017).

Planteamiento del problema y justificación

La infección por VIH en este país sigue siendo más prevalente en hombres, sin embargo en los últimos años el porcentaje de mujeres seropositivas se ha ido incrementando. El último dato registrado en México, estima que uno de cada cinco adultos infectados es mujer (CENSIDA, 2013). Respecto a mortalidad se ha observado que ha disminuido en hombres, mientras que en el caso de las mujeres se ha mantenido estable (Bravo-García & Ortiz-Pérez, 2016).

De acuerdo con García y Rodríguez (2014), no basta con brindar la atención médica y el medicamento de forma gratuita a las personas seropositivas que asisten a los centros de atención, sino que deben tomarse en cuenta las condiciones en las que viven como: escasa educación, cultura, conocimiento de la enfermedad, existencia de estresores económicos, poco apoyo familiar y poca conciencia de la importancia de tener una buena adherencia, así como problemas de confidencialidad.

Es de vital importancia que los programas de intervención en personas que viven con VIH, sean específicos para las necesidades particulares de cada población, que permitan la apertura a nuevas oportunidades a los grupos vulnerables y que sean adaptadas al género debido a las diferencias en la salud de hombres y mujeres (Cuadra Hernández et al., 2012; Kalichman et al., 2019). Siendo que las mujeres tienden a tener peores índices de calidad de vida, así como a ser más propensas a presentar interrupciones en el tratamiento, a ser no-adherentes y a experimentar efectos adversos del tratamiento en comparación con los hombres (Carter et al., 2013).

En el caso de la atención a las necesidades de mujeres es fundamental promover el trabajo interdisciplinario, ampliando la disponibilidad y accesibilidad a diversos recursos de salud mental, no solamente de atención psicológica, también social y laboral, organizando una oferta sistemática y continua, articulada con las otras prácticas de atención de la infección (García & Rodríguez, 2014; Obiols & Stolkiner, 2018; O'Brien et al., 2017), que a su vez incluyan elementos relacionados con el cuidado de los hijos, servicios ginecológicos y psicoeducación sobre VIH/sida y nutrición (Arrivillaga et al., 2009). Así como intentar incluir el cuidado y apoyo entre pares para superar el aislamiento (O'Brien et al., 2017).

Además la atención proporcionada a mujeres debe ser en cualquier etapa y área de vida, no obstante, la mayoría de los programas de atención a mujeres se encuentran centrados en protocolos de prevención de la transmisión vertical de VIH o relacionados con aspectos de embarazo o maternidad, lo que invisibiliza a la mujer detrás de un rol de madre (Obiols y Stolkiner, 2018; O'Brien et al., 2017).

Kronfli et al. (2017) mencionan que las mujeres seropositivas que informaron CV detectables tienen tres veces más probabilidades de no participar en la atención rutinaria del VIH, sugiriendo que existen barreras para lograr buenos resultados virológicos en la ausencia de retención en los cuidados clínicos. Implementar programas de salud que logren la retención en los pacientes que viven con VIH tiene un impacto positivo al mejorar su adherencia al tratamiento, el logro de la supresión viral, una mejora en la función inmunológica, menor resistencia a los medicamentos y una reducción de conductas sexuales de riesgo (Horstmann et al., 2010).

De acuerdo con Cree (2006) y Gill (2000), otra característica benéfica de este tipo de programas, es que favorecen la disminución en los costos de la atención médica al mejorar los resultados de salud específicos del VIH y se reducen las visitas al departamento de emergencias, hospitalizaciones y complicaciones médicas.

Finalmente, se estima que el costo de implementación de este tipo de programas puede ser muy bajo lo cual hace más fácil llevarlo a cabo y por otro lado, el gasto económico que realizan las pacientes se disminuye al evitar los traslados a sus instituciones de salud en diferentes días, lo cual es un factor importante porque los costos de servicios y trayectos constituyen una barrera de acceso a la atención de la salud de las mujeres que viven con VIH (Luciano et al., 2020). Sin embargo, existen pocos programas de atención dirigidos exclusivamente a mujeres que viven con VIH, y poco se ha documentado sobre su impacto en desenlaces clínicos de interés como la retención.

Objetivos

Objetivos principales

- Conocer la proporción de retención en mujeres que viven con VIH antes y después de la implementación de un Programa de Atención Exclusiva para Mujeres.
- Conocer la diferencia en el promedio de retención en mujeres que viven con VIH antes y después de la implementación de un Programa de Atención Exclusiva para Mujeres.

Objetivos secundarios

- Comparar la proporción de mujeres en supresión viral antes y después del PAM.
- Comparar el promedio de conteo de CD4 antes y después del PAM.
- Identificar si existen características sociodemográficas que se encuentran asociadas a una mayor o menor retención en mujeres que viven con VIH.
- Conocer la opinión de las mujeres que viven con VIH acerca de la implementación y participación en el programa de Atención Exclusiva para Mujeres que viven VIH.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la diferencia en la retención de mujeres que viven con VIH atendidas después de la implementación del Programa de Atención Exclusiva para Mujeres (PAM) de Septiembre del 2018 a diciembre del 2019 en comparación con mujeres atendidas en el mismo periodo del año 2016-2017?

Hipótesis de investigación:

La diferencia en la retención de mujeres que viven con VIH atendidas después de la implementación del Programa de Atención Exclusiva para Mujeres será mayor en comparación con mujeres atendidas antes del mismo.

MÉTODO

Diseño de estudio

Diseño de tipo cuasiexperimental (ensayo con controles históricos) con una estrategia longitudinal. Este tipo de estudio es útil al implementar una nueva intervención sin tener un grupo control paralelo ya que los resultados obtenidos después de la intervención son comparados con los datos previos a la intervención (controles históricos), gracias a los archivos médicos e historias clínicas. Además, este diseño tiene la ventaja de poder ofrecer los beneficios del programa a todas las participantes sin excepciones (Friedman et al., 2011).

Escenario

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), la cual es una Institución de Salud Pública ubicada en la Zona Sur de la Ciudad de México. Recibe pacientes pertenecientes al antiguo programa de Seguro Popular, nombrado actualmente Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) desde

inicios del 2020. Dicho Instituto atiende a miles de pacientes de toda la República Mexicana con padecimientos de alta complejidad y difícil manejo, únicamente en ciertas áreas de medicina interna y cirugía como lo son endocrinología, gastroenterología, genética, infectología, hemato-oncología, nefrología, entre otras. Dada la complejidad de los padecimientos se recurre al trabajo multidisciplinario para el óptimo abordaje del paciente.

Una de las especialidades con las que cuenta este Instituto es la Clínica de VIH la cual se enfoca en el tratamiento a las personas que viven con VIH o sida. Los pacientes que son admitidos en dicha Clínica se clasifican de acuerdo a su nivel socioeconómico, el cual establece el costo que deberán pagar para sus consultas y estudios generales (cada seis meses). Sin embargo, ningún paciente paga por el tratamiento antirretroviral ni por los estudios para determinar su carga viral y nivel de linfocitos-CD4.

El Programa de Atención Exclusiva para Mujeres, tuvo espacio en diferentes sitios de dicho hospital. Incluyendo la sala de espera del Piso 5, Aulas académicas del Piso 7, así como en los consultorios de la Clínica de VIH.

Participantes

Criterios de inclusión:

- Usuarios de servicios de la clínica de Inmunoinfectología del INCMNSZ.
- Mujeres mayores de 18 años.
- Con diagnóstico confirmado de VIH.
- Estar activas en el periodo del estudio (haber acudido al menos a 1 consulta de infectología).

Criterios de exclusión:

- Se excluyó del análisis a aquellas mujeres que fallecieron, perdieron seguimiento en el periodo del estudio o asistieron solo a uno de los periodos del estudio.

Variables

Variable dependiente: Retención

Definición conceptual: se define mediante las citas asistidas dentro del total de citas programadas en determinado periodo (Roscoe & Hachey, 2020).

Definición operacional: Retención de la Health Resources and Services Administration's HIV/AIDS Bureau (HRSA HAB) misma que implica acudir a al menos 2 visitas seguidas separadas por más de 90 días (dicotómica: 'Si'= retenido) en el año (en este caso en el último año de cada periodo de estudio). Esta definición, se asocia significativamente con supresión viral (OR: 3.81, IC 95% 3.33-4.35, $p < .0001$) tiene una sensibilidad de 91.2% y una especificidad de 26.8% (Mugavero et al., 2012)

Definición operacional: Índice de retención (continua): Visitas asistidas / visitas programadas en cada periodo de estudio. Esta definición se asocia significativamente con supresión viral (OR; 3.87, IC 95% 3.49- 4.29, $p < .0001$) tiene una sensibilidad de 68.1% y una especificidad de 61.4% (Mugavero et al., 2012).

Variable independiente: Programa de Atención Exclusiva para Mujeres (PAM)

El programa fue implementado de septiembre del 2018 a diciembre del 2019. Se trata de un programa de servicios de VIH orientado a la atención de mujeres desde una perspectiva de género que parte de las medidas propuestas por la OMS (2009) para abordar las desigualdades de género en servicios de tratamiento y atención al VIH. Se basa en el marco conceptual de Carter (2013), el cual enfatiza en la importancia de considerar las

dimensiones de salud y los determinantes de salud de las mujeres que viven con VIH para estructurar los pilares de servicios.

Se reestructuró la programación de consultas de infectología, para poder agendar solo mujeres durante el día y así facilitarles el acceso a actividades adicionales a la consulta médica (entrega de antirretroviral, pláticas informativas, entrega de condones, entrega de folletos informativos, vinculación con organizaciones no gubernamentales, vacunación, etcétera).

Con este programa también se pretende aumentar la retención en el cuidado de las mujeres que viven con VIH, sensibilizar al personal de salud sobre las necesidades específicas de las mujeres, propiciar la atención oportuna en necesidades reproductivas, facilitar el proceso de adaptación al VIH, promover la comunicación e interacción entre pares, ofrecer información sobre VIH y derechos de las mujeres que viven con VIH, favorecer el uso correcto y consistente del condón, vincular a las mujeres a programas de apoyo, favorecer conductas de autocuidado y desarrollo de las pacientes y facilitar el acceso a servicios de salud mental como psiquiatría, psicología y grupos de apoyo.

El área de psicología fue responsable de la implementación del programa y se apegó a los objetivos y estrategias tanto en el aspecto médico (Tabla 3) como en el aspecto psicosocial (Tabla 4).

Tabla 3. *Estrategias en relación a la atención médica*

Objetivo	Estrategias
Brindar atención a las mujeres que viven con VIH tomando en cuenta sus necesidades específicas.	- Abrir 4 días de consulta al año exclusivamente para mujeres que viven con VIH y que son atendidas en la clínica de inmunoinfectología.
Sensibilizar al personal de salud sobre	- Proporcionar al personal de salud sesiones

las necesidades específicas de las mujeres que viven con VIH.	académicas abordando temas sobre mujeres y VIH.
Facilitar el acceso de las mujeres que viven con VIH a pruebas y servicios médicos adicionales a la consulta de VIH.	- Colocar un stand de vacunación el día de consulta de mujeres (Influenza, Hepatitis, VPH, Neumonía).

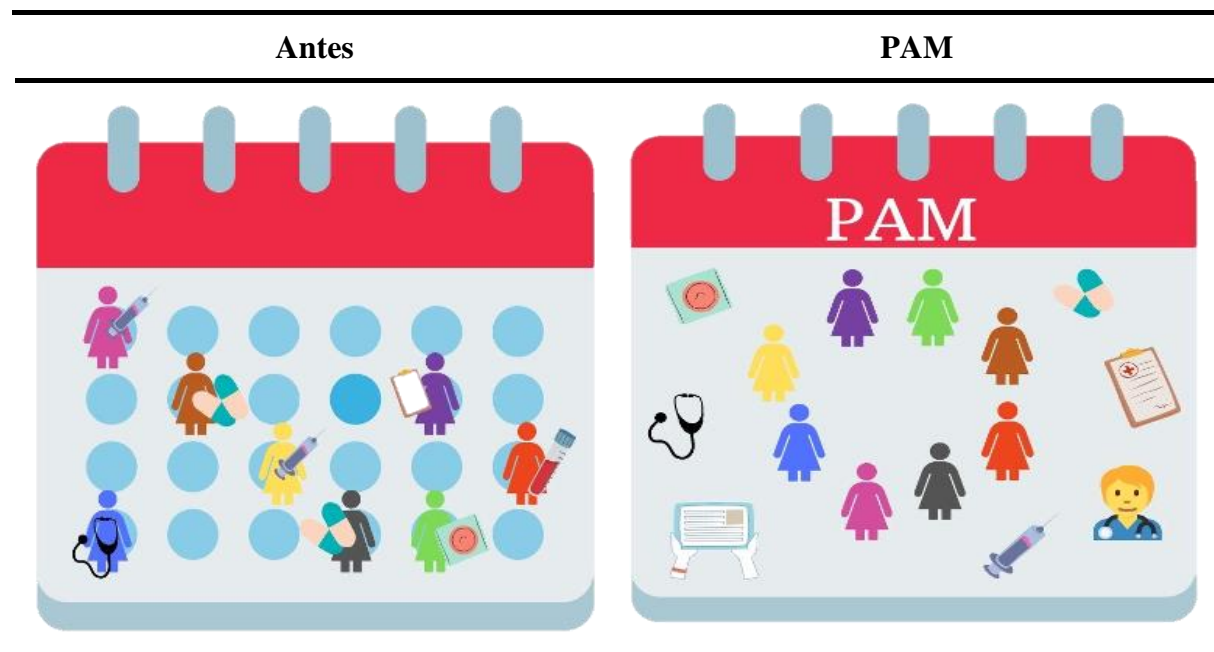
Tabla 4. *Estrategias en relación a la atención psicosocial*

Objetivo	Estrategias
Facilitar el proceso de adaptación al VIH.	- Realizar durante los días de atención a la mujer reuniones de grupo de apoyo de mujeres que viven con VIH. Durante estas sesiones se abordaban temas de libre elección por parte de las participantes, estos eran relativos al miedo a revelar el diagnóstico, relaciones interpersonales afectadas por el VIH y a la adaptación a la misma enfermedad. El equipo de psicología únicamente moderaba. Las estrategias usadas en estas sesiones corresponden a la exposición al hablar de las problemáticas mencionadas y reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (Ruiz Fernández et al., 2017) entre las mismas participantes al dar mayor reconocimiento a las conductas que favorecen la adaptación al diagnóstico de las participantes.
Facilitar la comunicación y la interacción entre pares.	- Vincular a las mujeres que tienen dificultades en la adaptación al diagnóstico con una acompañante par previamente capacitada por el personal de la clínica. Las acompañantes pares brindan apoyo a las pacientes de reciente diagnóstico al compartirles vivencias y experiencias propias relativas a referencias a otros servicios, adquisición y vivencia del VIH, estrategias de adherencia, crianza de los hijos y duelos entre otros, generando un ambiente de intimidad que enriquece a todas las involucradas (Bottaro et al., 2021).
Facilitar el acceso a información sobre VIH y derechos de las mujeres que viven con VIH.	- El día de consulta de la mujer, proporcionar folletos informativos publicados por la CNDH en relación a VIH y mujeres.

	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección en sala de espera durante todo el día: vídeos informativos, de organizaciones no gubernamentales, industria farmacéutica e instituciones de salud que desarrollan material audiovisual, por ejemplo Comisión Nacional de los Derechos Humanos, InfoVIHtal, Organización Mundial de Salud, Gilead, Censida, etc.
Favorecer el uso correcto del condón.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionarles condones gratuitos (masculinos y femenino), acompañado de pláticas del uso correcto de los mismos, estas explicaciones se acompañaban de la enseñanza con modelos anatómicos especialmente diseñados para esos fines.
Vincular a las mujeres que viven con VIH con programas de apoyo y atención especializada para mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Invitar a que representantes de distintas asociaciones civiles, fundaciones u organizaciones acudan el día de la consulta de mujeres para informarlas sobre sus distintos programas de apoyo (Casa de la sal, CNDH, Instituto Nacional de las Mujeres, etc.)
Favorecer conductas de autocuidado y el desarrollo de las pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar sesiones informativas breves en sala de espera durante el día abarcando 5 áreas: 1) VIH, 2) Sexualidad, reproducción y maternidad, 3) Salud general, 4) Salud mental y 5) Desarrollo personal.
Facilitar el acceso a servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - En el caso de que algún médico, o personal de la salud detecte necesidades de atención a la salud mental en las pacientes, ofrecerles atención de urgencia por parte de psicología y/o psiquiatría.

El PAM obedece a un cambio de modelo en la atención proporcionada a las pacientes, anteriormente eran citadas individualmente en distintos días y horarios para acceder a otros servicios de salud y exclusivamente relacionados con su tratamiento. A partir de la implementación del PAM se comenzó a ofrecer días de atención exclusiva a las mujeres cada trimestre, donde se proporcionaban diversos servicios en un mismo día (Tabla 5).

Tabla 5 . Cambio de Modelo de Atención



El PAM se implementó en las siguientes fechas:

- 4 de Septiembre 2018
- 4 de Diciembre 2018
- 12 de Marzo 2019
- 4 de Junio 2019
- 3 de Septiembre 2019
- 3 de Diciembre 2019

Las pacientes eran invitadas a los días del PAM a través de carteles, por personal de salud durante sus visitas médicas de rutina y por personal de programación de citas. Las pacientes programaban sus citas de infectología en las fechas en que se llevaba a cabo el PAM. Gran parte del PAM se realizó en la sala de espera en la cual se proyectaban todo el día videos informativos relacionados con el VIH, adherencia, autocuidado, prevención de violencia y equidad de género. Conforme al itinerario preparado para ese día se iban llevando a cabo las demás actividades; las sesiones informativas que eran impartidas por personal capacitado de una duración de 15 minutos aproximados y programadas cada hora, los folletos se encontraban

al alcance de todas las asistentes y podían tomar los que desearan, se les proporcionaba condones masculinos y femeninos, y se les invitaba a participar en las sesiones grupales.

Las sesiones del grupo de apoyo se llevaban a cabo en un salón para pacientes, con un aforo de entre 6 a 10 participantes y tenían una duración de dos horas. La temática era libre y eran moderadas por el equipo de psicología y por una acompañante par, esto permitía que las asistentes pusieran en la agenda los temas relacionados con sus propias inquietudes y/o experiencias como; estigma interno y social, preocupación por compartir diagnóstico, autoconcepto, autoestima, formas de adquisición de VIH, problemas de pareja, etcétera.

Tamaño de muestra

Muestra no probabilística por conveniencia.

Procedimiento de recolección de información

Los datos de las participantes incluidas en este estudio provienen de la base de datos de la clínica de VIH/SIDA del INCMNSZ que se ha recabado de manera prospectiva desde el año 2000 como parte de la cohorte de CCASAnet (Caribbean, Central and South America network for HIV epidemiology por sus siglas en inglés) donde participan sitios de Argentina, Brasil, Chile, Haití, Honduras y México. La base de datos contiene información demográfica, datos clínicos, resultados de estudios de laboratorio, citas programadas, citas asistidas y citas canceladas para todos los pacientes desde su ingreso y en cada visita médica. Esta base de datos se va recabando y revisando de manera rutinaria para garantizar su constante actualización. Para el presente estudio se usó la información de todas las mujeres activas en la clínica entre Septiembre de 2016 y Diciembre 2019..

Para conocer la opinión de las mujeres sobre el PAM se diseñó una encuesta semiestructurada de 10 reactivos con opciones de respuesta cerradas y abiertas, la cual se respondía de forma anónima y voluntaria. La encuesta evaluó la satisfacción con el servicio,

satisfacción con la información de pláticas en sala de espera, satisfacción con la información proyectada en pantalla así como preguntas abiertas sobre, lo que les gustó y desagradó del PAM, en qué consideraban que asistir a dichos días les podía ayudar, cómo calificarían el proyecto y finalmente alguna sugerencia que consideraran pertinente.

Métodos estadísticos

Para las medidas dicotómicas se usó la prueba de McNemar, mientras que para las medidas continuas se usó la Prueba Wilcoxon para datos emparejados dado que al correr la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar simetría y kurtosis de las muestras, estas medidas no cumplían con criterios de normalidad. En la tabla 6 y 7 se detallan los objetivos principales y secundarios, sus medidas de desenlace y métodos de análisis.

Tabla 6. *Objetivo principal, medidas de desenlace y métodos de análisis*

Variable	Objetivo	Medida de desenlace	Hipótesis estadísticas	Método de análisis
<u>Retención</u> Medida HRSA HAB(dicotómica): 2 visitas seguidas separadas por más de 90 días en el año ('Si'= retenido) Si retenido indica que el paciente acude con la mínima frecuencia sugerida a sus consultas médicas.	Conocer la proporción de retención en mujeres que viven con VIH antes y después de implementar un programa de Atención Exclusiva para Mujeres.	Diferencia en la proporción de retención en mujeres que viven con VIH antes y después del PAM (en el último año de cada periodo de estudio)	H0:La proporción de retención en mujeres es igual antes y después del PAM H1:La proporción de retención en mujeres es diferente antes y después de PAM	Chi cuadrada de McNemar
<u>Retención</u> Índice de retención. Visitas asistidas / visitas	Conocer la diferencia en la mediana de retención en mujeres que viven con VIH	Diferencia en la mediana de retención en mujeres que viven con VIH antes y después	H0:La mediana de retención en mujeres es igual antes y después del PAM	Prueba de Wilcoxon para datos emparejados

programadas. (variable continua, rango=0.0-1.0). Un índice de retención alto indica que el paciente acude a sus consultas programadas.	antes y después de implementar un programa de Atención Exclusiva para Mujeres.	del PAM (en cada periodo de estudio)	H1:La mediana de retención en mujeres es diferente antes y después de PAM
---	---	--	--

Para examinar la asociación entre las variables sociodemográficas y la retención se realizó una regresión logística. Finalmente se utilizó estadística descriptiva en las preguntas cerradas de la encuesta de opinión y las respuestas de las preguntas abiertas fueron clasificadas de acuerdo a distintas categorías y en función de su frecuencia de aparición, también fueron analizadas con estadística descriptiva. Para todos los análisis estadísticos se tomó en cuenta la significancia de $p < 0.05$. Los datos fueron analizados y procesados con Stata, versión 14.0.

Tabla 7. *Objetivos secundarios, medidas de desenlace y métodos de análisis*

Variable	Objetivo	Medida de desenlace	Hipótesis estadísticas	Método de análisis
Supresión Viral (dicotómica). Carga viral ≤ 40 copias/mL en el último estudio de laboratorio del periodo. Supresión viral indica adecuado control de la infección por VIH	Comparar la proporción de mujeres en supresión viral antes y después del PAM	Proporción de mujeres en supresión viral	H0:La proporción de mujeres en supresión viral es igual antes y después del PAM H1:La proporción de mujeres en supresión viral es diferente antes y después de PAM	McNemar

CD4 (continua) Cantidad de células CD4/mL en el último estudio de laboratorio del periodo. Un menor conteo de CD4, indica peor estado inmunológico	Comparar la mediana de CD4 ³ antes y después del PAM	Diferencia en la mediana del conteo de CD4 en mujeres que viven con VIH antes y después del PAM.	H0:La mediana en el conteo de CD4 en mujeres es igual antes y después del PAM H1:La mediana en el conteo de CD4 en mujeres es diferente antes y después de PAM	Prueba de Wilcoxon para datos emparejados
Características sociodemográficas	Conocer qué características sociodemográficas se encuentran asociadas con mayor y menor retención en mujeres que viven con VIH	Datos sociodemográficos	-	Regresión logística
Opinión del PAM de las mujeres que viven con VIH	Conocer la opinión de las mujeres sobre el PAM	Respuestas del cuestionario de opinión	-	Estadística descriptiva

CONSIDERACIONES ÉTICAS

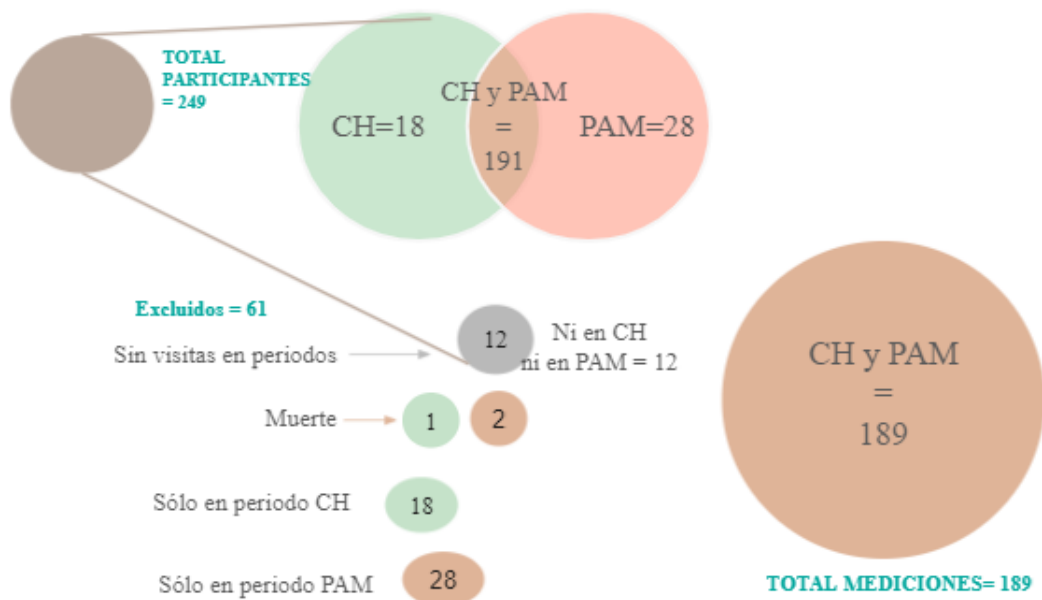
La cohorte de CCASAnet tiene aprobación por parte de los comités de ética institucionales en cada sitio de estudio (incluida la clínica de VIH del INCMNSZ) y en el centro coordinador (Universidad de Vanderbilt, Nashville, Estados Unidos de América) y la información recabada de la cohorte y la base de datos se someten constantemente a controles de calidad y auditorías para garantizar la precisión de los datos. Finalmente para salvaguardar la confidencialidad de las participantes en ningún momento durante el presente estudio se usaron nombres o información que permita identificar a las participantes. En el caso de la encuesta de

satisfacción, esta fue respondida de manera voluntaria y anónima por lo que tampoco es posible identificar a las participantes.

RESULTADOS

En la base de datos inicialmente se identificaron un total de 249 registros; de los cuales se eliminaron 12 que no tenían visitas en ninguno de los periodos del estudio, 3 participantes que fallecieron en el periodo de estudio, 18 que únicamente asistieron a periodo CH y 23 que únicamente acudieron al periodo PAM. Finalmente se tomaron en cuenta los datos de 189 mujeres que asistieron en ambos periodos del estudio, tal como se muestra en la figura 8. Únicamente para los análisis de supresión viral y CD4 se realizaron con 187 observaciones por ausencia del registro de esos datos de laboratorios en la base de datos de la clínica.

Figura 8. Conformación de los periodos para análisis



Análisis de las variables sociodemográficas de las participantes del estudio.

Los datos sociodemográficos y clínicos de las pacientes se tomaron al ingreso a la clínica, algunos se recalcularon al año 2017, se observó que más de la mitad de las participantes (59.2%) tenían una edad mayor a 42 años. Un 56.6% tenían un nivel socioeconómico bajo y un 40.7% nivel medio. Cerca del 69.7% de las participantes estaban desempleadas y 66.1% no se encontraban casadas. La mayoría (75.1%) únicamente cursaron algún nivel de educación básica y 10.4% no contaban con estudios.

La mayoría de las participantes adquirieron VIH por transmisión sexual (90.9%) y el 5.3% fue por transmisión vertical. El 73.4% de mujeres eran vírgenes al tratamiento antirretroviral. El 65.8% no había tenido ninguna manifestación de SIDA al ingreso, el 32.7% restante si había presentado manifestaciones y un porcentaje mínimo (menos de 2%), lo desconocía. Finalmente, las participantes tenían una mediana de 11 años viviendo con VIH (Tabla 8).

Tabla 8. *Datos sociodemográficos de las participantes del estudio (n=189)*

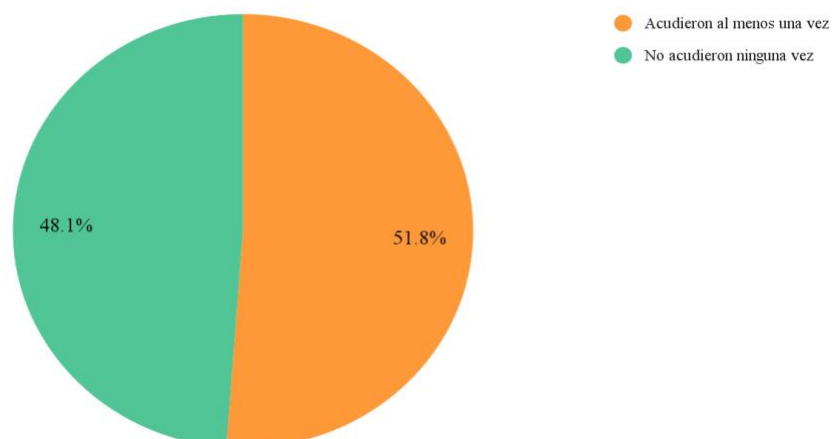
Variables	Total n= 189	%
Edad al 2017		
<35	36	19.05
36 - 41	41	21.6
>42	112	59.2
Nivel socioeconómico al ingreso		
Bajo	107	56.6
Medio	77	40.7
Alto	5	2.6
Empleo al ingreso		
Sí	54	30.3
No	124	69.7
Casada al ingreso		
Sí	61	33.9
No	119	66.1

Escolaridad al ingreso		
Sin estudios	18	10.4
Educación básica	130	75.1
Educación superior	25	14.4
Forma de transmisión		
Transmisión Parenteral	5	2.7
Transmisión Sexual	170	90.9
Transmisión Vertical	10	5.3
Desconocido	2	1.07
Naïve al ingreso		
Sí	124	73.3
No	45	26.6
Años viviendo con VIH al 2017		Mediana: 11 (RI: 6-17)
Manifestaciones de sida al ingreso		
Sí	61	32.6
No	123	65.7
Se desconoce	3	1.6

Participación en el Programa de Atención Exclusiva para Mujeres (PAM)

De un total de 189 mujeres, 98 acudieron al menos a un día de atención exclusiva para mujeres, representando un 51.8% de la muestra (Figura 9). El resto de las mujeres evaluadas (48.1%) no acudieron a ningún día de atención exclusiva y acudieron a su consulta regular.

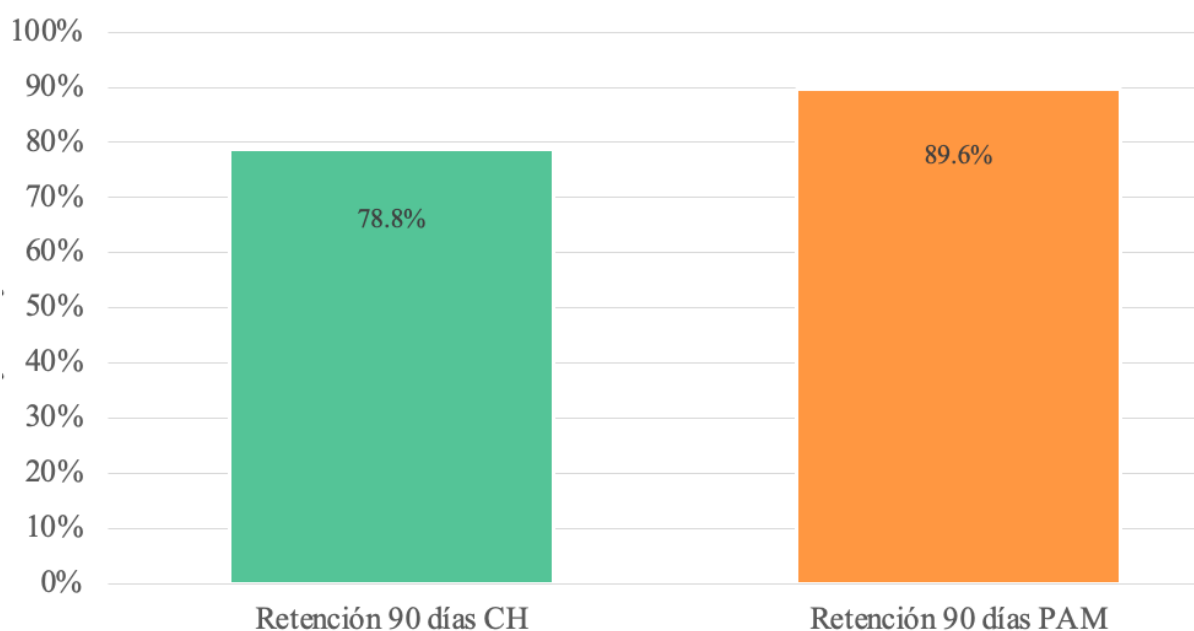
Figura 9. Proporción de mujeres que asistieron al menos una vez al PAM.



Retención

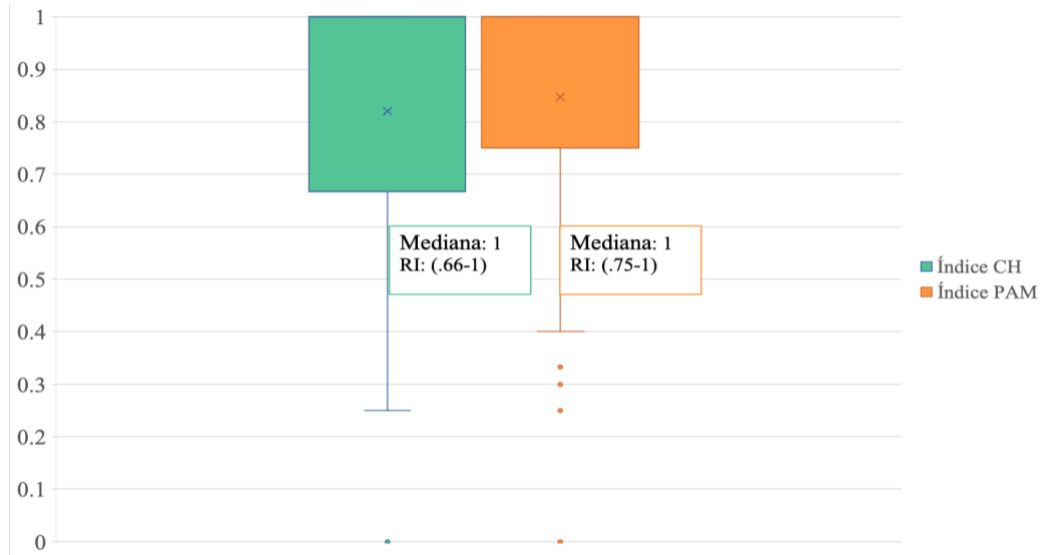
Respecto a la retención usando la medida HRSA HAB, se analizaron 184 observaciones y se observó que la proporción de mujeres retenidas (es decir con al menos 2 visitas en el año, separadas por al menos 90 días) fue mayor en el periodo PAM (proporción=89.6%), en comparación con el control histórico (proporción=78.8%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (McNemar = 9.52; $p = 0.0020$) (Figura 10).

Figura 10. Medida HRSA HAB de retención, en periodo CH y PAM



Para la medida de índice de retención (continua), se corrió la prueba no paramétrica de Wilcoxon con un total de 189 observaciones, de las cuales durante el periodo CH se obtuvo una mediana de 1 (RI: .66 - 1) y para el periodo PAM una mediana fue de 1 (RI: .75 - 1). Sin encontrarse diferencias significativas ($z=-1.248$; $p=0.2122$) en la retención (Figura 11).

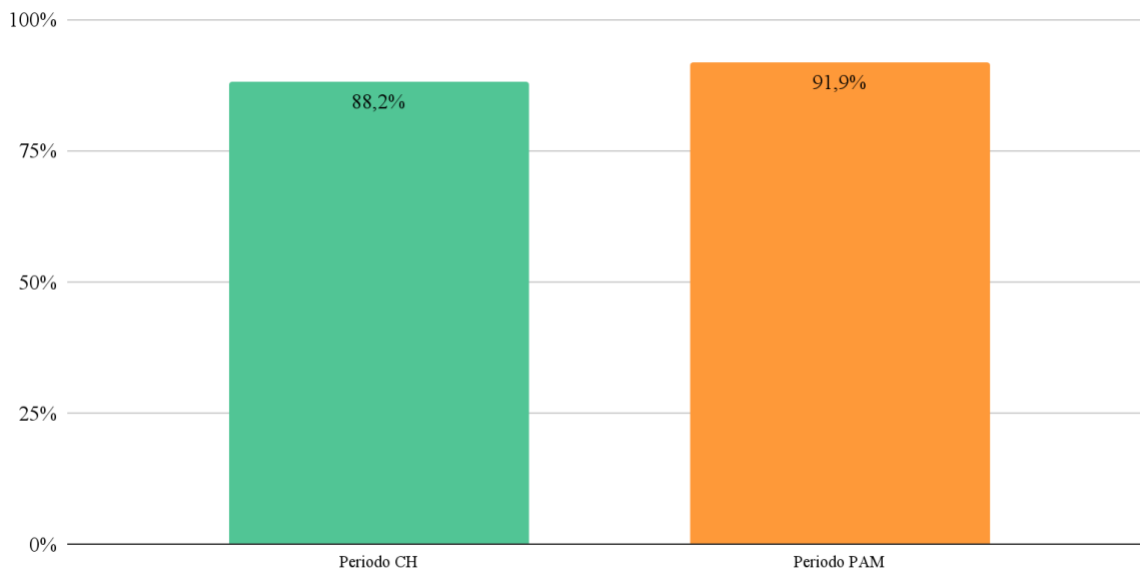
Figura 11. Medida de índice de retención (continua) en periodo CH y PAM



Supresión viral

En el caso de la supresión viral, se llevó a cabo la prueba McNemar; la proporción de mujeres con supresión viral o indetectables fue mayor en el periodo PAM siendo de 91.9%, mientras que en el periodo de control histórico la proporción fue de 88.2%, obteniéndose una McNemar=1.96 y una $p= 0.1615$, por lo que dicha diferencia no es estadísticamente significativa (Figura 12).

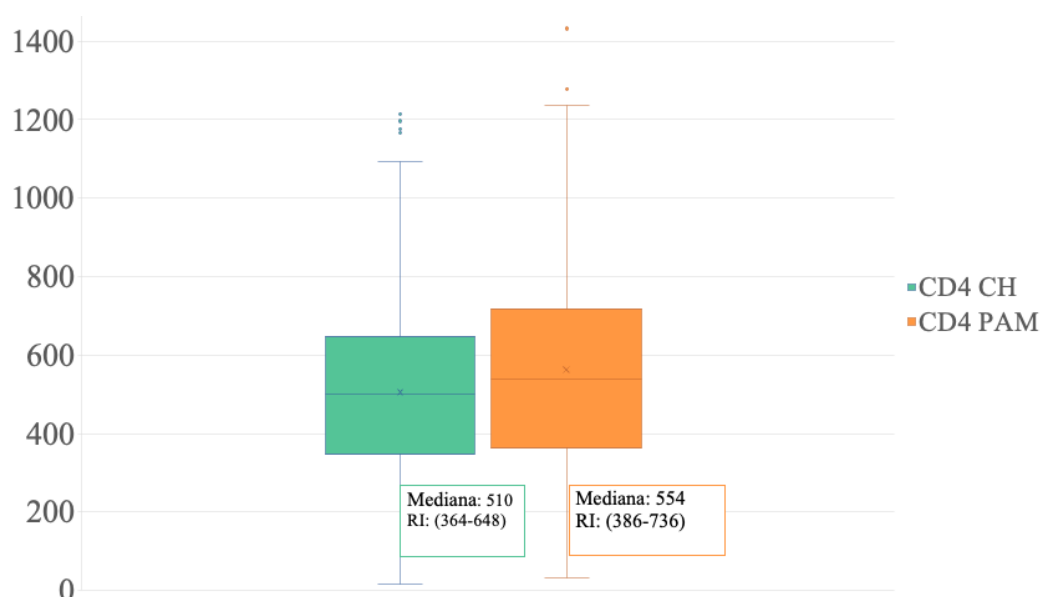
Figura 12. Supresión viral en periodo CH y PAM



Conteo de CD4

Para medir el conteo de los CD4, se llevó a cabo la prueba no paramétrica de Wilcoxon; en el periodo CH se obtuvo una mediana de 510 (RI: 364 - 648), mientras que en el periodo PAM fue de 554 (RI: 386 - 736), siendo mayor en este último. Estas diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($z = -5.464$ y $p = 0.0000$) (Figura 13).

Figura 13. Conteo de CD4 en periodo CH y PAM



Características sociodemográficas asociadas a retención

Entre las variables sociodemográficas analizadas, ninguna fue significativa para predecir una retención oportuna (ver tabla 9).

Tabla 9. Regresión Logística

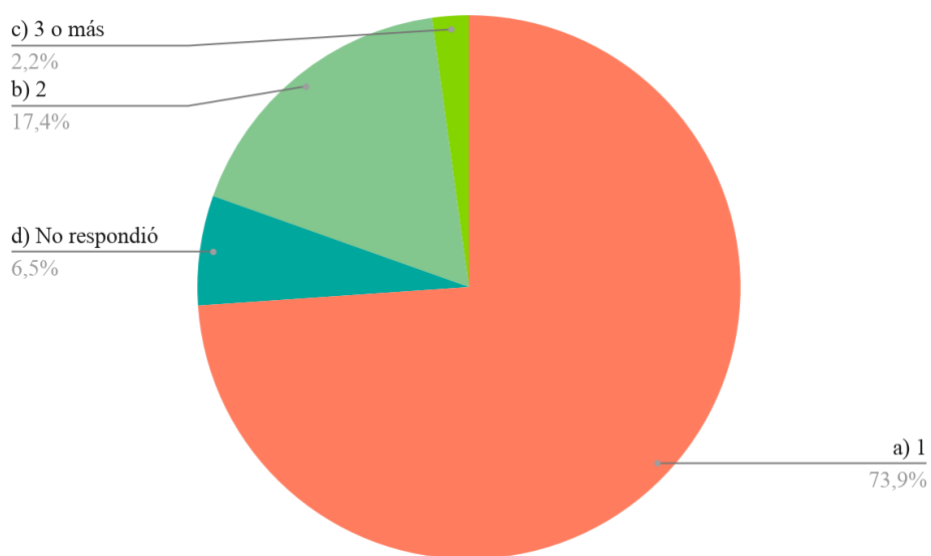
Retención	Odds ratio	z	P > z	IC 95%
Nivel socioeconómico	1.96	1.17	0.244	.63 - 6.12
Nivel de estudios	.87	-0.22	0.822	.26 - 2.88
Empleo	1.27	0.38	0.704	.36 - 4.37

Casada		.37	-1.89	0.059	.13 - 1.03
--------	--	-----	-------	-------	------------

Encuesta de opinión

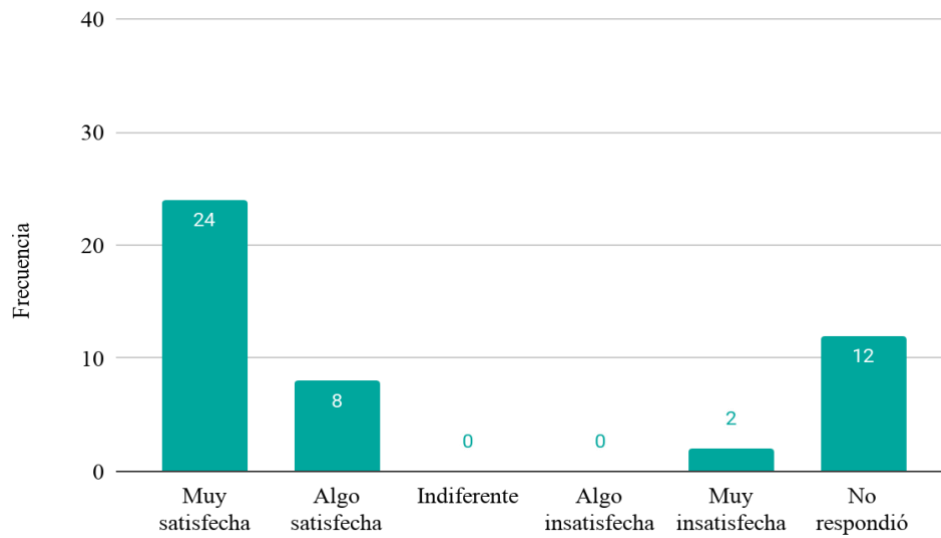
La encuesta de opinión (Ver Anexo A) fue respondida de manera anónima y voluntaria por un total de 47 usuarias que asistieron al PAM. De las cuales el 73.9% sólo habían asistido a un día de atención exclusiva, el 17.4% a 2 días y el 2.2% a 3 días o más (Figura 14).

Figura 14. *Días de atención exclusiva a los que las usuarias han asistido*



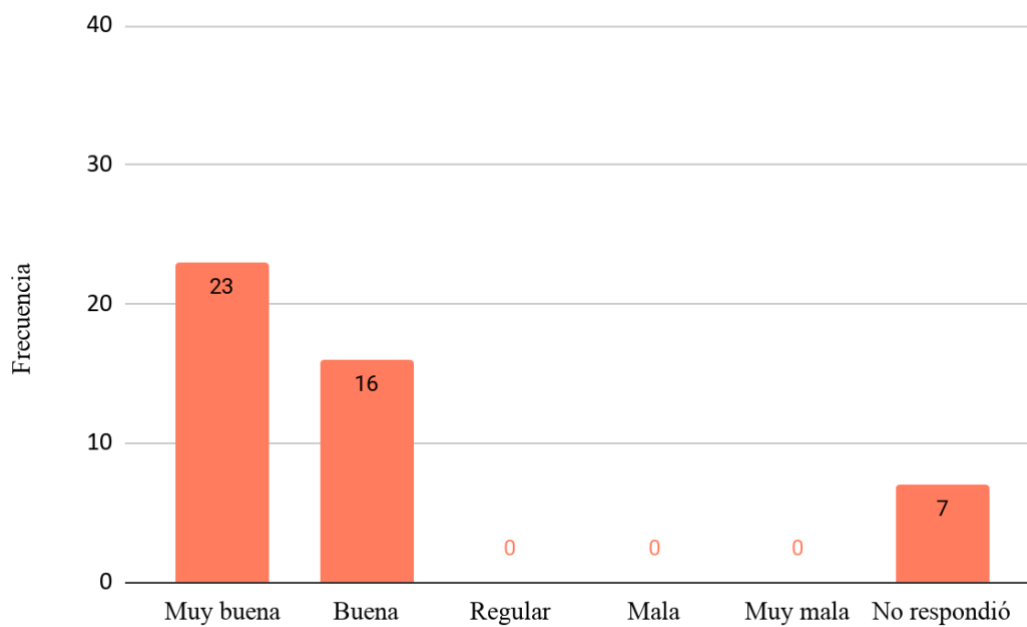
Más de la mitad de las asistentes reportaron sentirse muy satisfechas con la atención que les fue brindada en los días del PAM (Figura 15).

Figura 15. Satisfacción con la atención recibida en los días de PAM



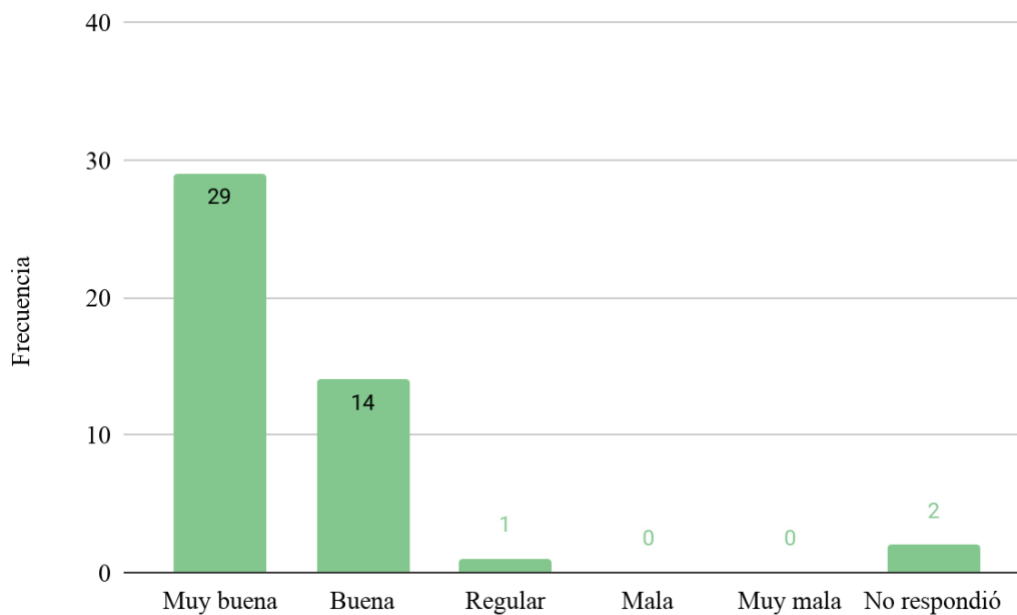
En cuanto a la satisfacción con la información presentada en las pláticas en la sala de espera las mujeres la consideraron entre buena y muy buena. (Figura 16).

Figura 16. Satisfacción con la información presentada en las pláticas de sala de espera



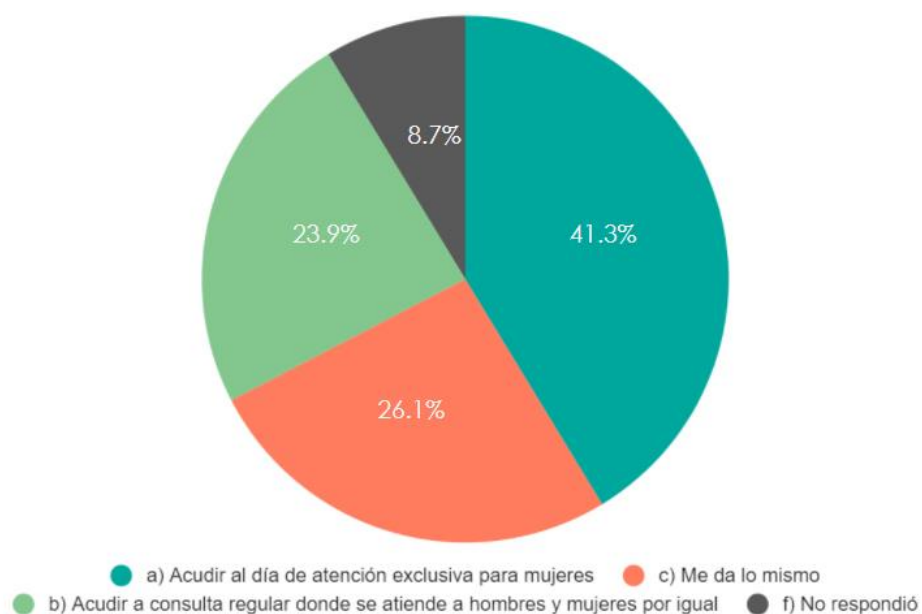
De acuerdo a la pregunta sobre su satisfacción con la información proyectada en las pantallas de la sala de espera, la mayoría de las mujeres consideraron que la información proyectada era buena y muy buena. (Figura 17).

Figura 17. Satisfacción con la información proyectada en las pantallas



El 41.3% de las encuestadas respondieron que prefieren acudir a los días donde se les brindaba atención exclusiva para mujeres, al 26.1% le daba lo mismo y el 23.9% prefirieron asistir a consulta regular donde se atienden a hombres y mujeres por igual (Figura 18).

Figura 18. Preferencia de atención



En la pregunta abierta número seis, las mujeres reportaron que lo que más les gustaba de los

días de atención exclusiva fue el acceso a la información de calidad, la convivencia con pares y el enfoque de la atención dirigida a las mujeres. Dentro de lo cual mencionaron que les agrada; “la atención focalizada en temas que nos atañen desde nuestra calidad de mujeres” o “que se informa de más cosas que desconocemos y explican muy bien”. Además resaltaron la importancia de que se lleve a cabo en un ambiente cómodo y seguro (Tabla 10).

Tabla 10. *Lo que a las mujeres les agrada del PAM.*

Categoría	Frecuencia
Acceso a información de calidad	19
No respondieron	10
Ambiente cómodo y seguro	6
Otros	5
Enfoque en la atención a las mujeres	4
Convivencia con pares	3

En la pregunta siete, las participantes mencionaron que asistir a los días de atención exclusiva les ayudó a obtener información que les permite preservar su salud más allá del VIH y adquirir conocimiento de acuerdo a sus problemáticas específicas y mejorar su bienestar emocional, adicionalmente mencionaron sentirse más cómodas al estar entre puras mujeres, agregando que “es muy difícil hablar de esto con otras personas” y que les ayuda a “conocer otros casos y saber que nos podemos apoyar” (Tabla 11).

Tabla 11. *En qué le puede ayudar acudir a los días de atención exclusiva (PAM).*

Categoría	Frecuencia
Preservar la salud más allá del VIH	16
Mejora en el bienestar emocional	7

Adquisición de conocimiento de las problemáticas específicas de las mujeres que viven con VIH	7
Sensación de comodidad al estar entre puras mujeres (acompañamiento entre pares)	6

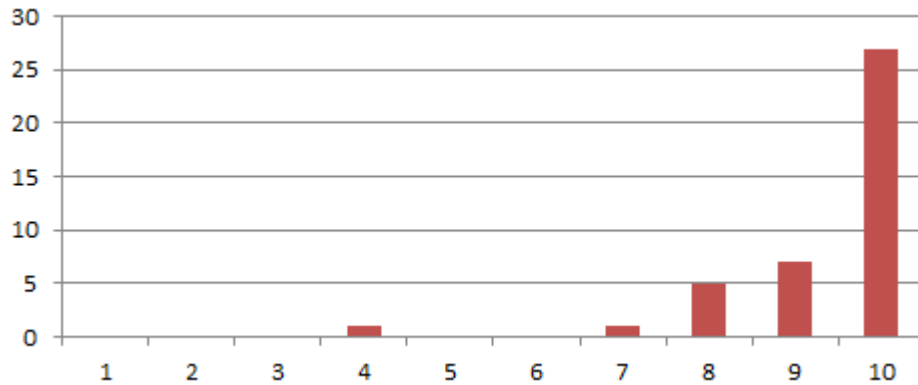
La mitad de las participantes mencionaron que no les desagradaba nada del programa, sin embargo algunas reportaron elementos que les desagradaba como que no asistieron hombres, la programación o la impuntualidad (Tabla 12).

Tabla 12. *Lo que les desagrada del PAM.*

Categoría	Frecuencia
No le desagrada nada del programa	20
No respondieron	18
Le desagrada que no vayan hombres	2
Respuesta no concuerda con la pregunta	2
Exhibición de condones	1
La impuntualidad	1
No le agrada la programación	1

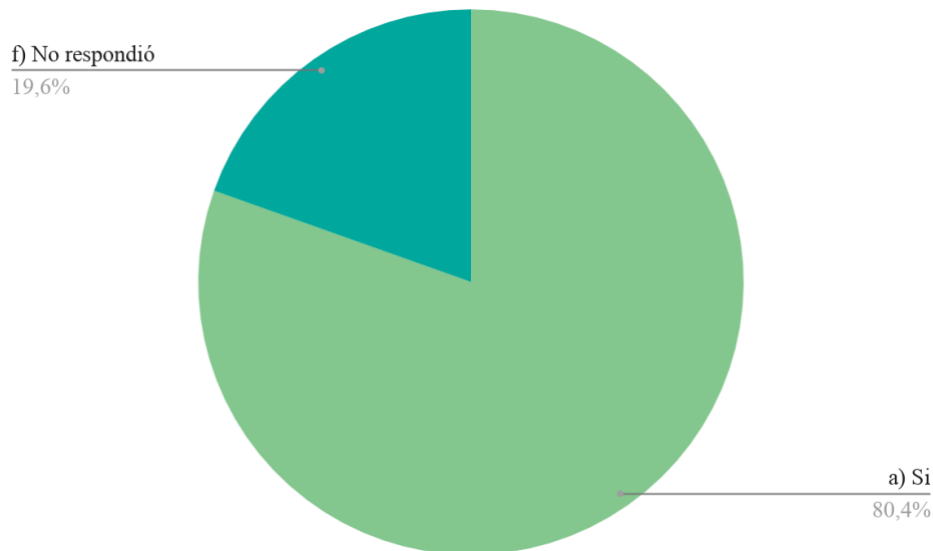
En la pregunta nueve, la mayoría de las usuarias proporcionaron una calificación alta para el Programa, dentro de una escala likert proporcionada donde 0 fue “Deficiente” y 10 “Excelente”, arrojando puntuaciones de 8, 9 y 10 (Figura 19).

Figura 19. *Calificación al Programa de Atención Exclusiva para mujeres*



Más de la mitad de las encuestadas (80.4%) indicaron que les gustaría que el Programa de Atención Exclusiva continúe realizándose en la Clínica (Figura 20).

Figura 20. *Opinión sobre si el proyecto de atención exclusiva debería continuar*



Entre los motivos descritos que apoyaron que se continúe con el PAM se mencionaron la adquisición de información relevante y poder resolver dudas, además de sentirse más cómodas al estar con otras mujeres. Al respecto una participante agregó que les permite “entender la condición de vivir con VIH de manera individual y colectiva a partir de una diferencia de cómo vivimos y asistimos esta realidad desde unas perspectivas de género” (Tabla 13).

Tabla 13. Razones por las cuales les gustaría que continúe el PAM.

Categoría	Frecuencia
Porque pueden resolver dudas y recibir información que consideran importante	30
No respondieron	12
Porque las hace sentir más cómodas el estar otras mujeres	4

Finalmente las usuarias consideraron que es un buen programa, sugirieron incorporar testimonios de personas que viven con VIH, agregar dinámicas o más temas a las pláticas de la sala de espera y refirieron haberse sentido satisfechas con la atención recibida (Tabla 14).

Tabla 14. Sugerencias.

Categoría	Frecuencia
No respondieron	22
Consideran que es un buen programa o que la atención es buena	8
Proponen temas para las pláticas de sala de espera	5
Desean dinámicas y testimonios de mvvih	3
No tienen sugerencia	3
Respuesta no concuerda con la pregunta	3
Agradecen por el servicio	2

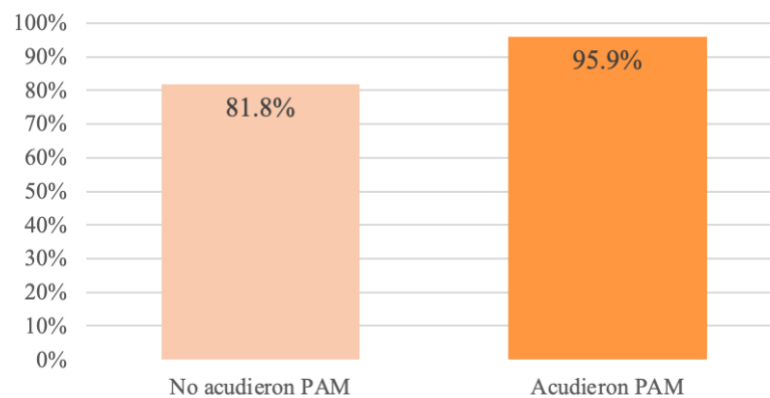
Análisis Post Hoc

Tras el análisis de resultados se observó que del total de participantes evaluadas (n=189), 98 mujeres acudieron al menos una vez en las siguientes fechas: 4 de Septiembre 2018, 4 de Diciembre 2018, 12 de Marzo 2019, 4 de Junio 2019, 3 de Septiembre 2019, o 3 de Diciembre 2019 que fue cuando se llevó a cabo el programa de atención especial a la mujer, el

resto, 91 mujeres es decir el 48.1% acudió a consulta regular, por lo que se decidió hacer un análisis para conocer la diferencia retención con la medida HSRSA HAB entre estos grupos.

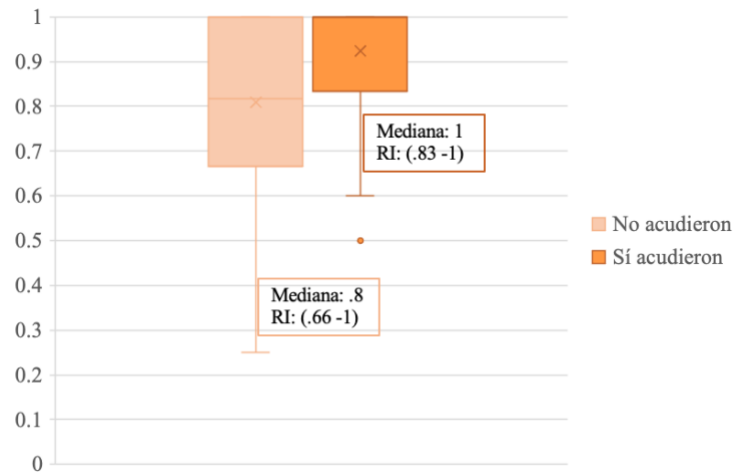
Para la retención analizada con la medida HSRSA HAB, se utilizó una Chi cuadrada y se observó que la proporción de retención fue menor (81.8%) entre las mujeres que acudieron a consulta regular durante el periodo PAM que entre las mujeres que en el mismo periodo acudieron a los días de atención exclusiva, entre estas últimas el 95.9% estaban retenidas (Figura 21) y estas diferencias fueron significativas ($\chi^2= 9.6058$, $p=0.002$)

Figura 21. Retención HSRSA HAB en mujeres que acudieron y que no acudieron a un día de atención exclusiva para mujeres.



En el caso de la medida de índice de retención, se corrió la prueba no paramétrica de Wilcoxon, 91 mujeres acudieron a consulta regular, obteniendo una mediana de índice de retención de .8 (RI: .6666667-1) y 98 mujeres que acudieron al menos a un día de atención exclusiva para mujeres, obteniendo una mediana de 1 (RI: .8333333-1). Se encontraron diferencias significativas ($z=-4.051$; $p= 0.0001$) en el promedio del índice de retención (Figura 22).

Figura 22. Índice de Retención en mujeres que acudieron y que no acudieron a un día de atención exclusiva para mujeres



Discusión y conclusiones

El objetivo principal del presente estudio fue conocer la diferencia de retención en mujeres que viven con VIH antes y después de la implementación de un Programa de Atención Exclusiva para Mujeres.

Tomando en cuenta el Modelo Continuo de atención, que las pacientes estén retenidas, impacta en los últimos pasos del mismo y precede al logro de la supresión viral (Roscoe y Hachey, 2020), por lo que es de relevancia que los pacientes participen de forma continua en su tratamiento, así como implementar estrategias enfocadas a promover la retención.

En el desenlace de retención con la medida HRSA HAB, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes estudiadas en ambos periodos (PAM y CH), por otro lado, no se obtuvo significancia estadística con la medida de índice de retención. Esto pudo estar relacionado con la naturaleza de cada medición; el índice de retención no tiene un límite temporal, por ejemplo, una paciente puede tener alta retención si en un periodo de 16 meses acude a sus tres consultas programadas independientemente de si estas fueron solo en el primer mes y ya no volvió. Por otro lado, la medida HRSA HAB está creada considerando la

regularidad temporal en que las personas que viven con VIH idóneamente deben asistir a consulta para dar seguimiento a la atención en un periodo de 12 meses, de forma que esta medida nos habla de la constancia de participación de las personas y considerando al menos 90 días entre consultas; bajo este criterio la paciente del ejemplo anterior no estaría retenida.

Los resultados del presente estudio sugirieron que la implementación de un programa de atención exclusiva para mujeres podría tener un efecto favorable en la retención facilitando que las mujeres acudan con la frecuencia sugerida a su vez, una adecuada retención puede impactar en el control viral y en otros desenlaces clínicos (Mugavero, 2012). En nuestro estudio, a pesar de que el porcentaje de mujeres con supresión viral fue mayor en el periodo PAM (91.9%) que el periodo de controles históricos (88.2%), la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Respecto al aumento en conteo de CD4, en el presente estudio se observó una diferencia significativa en favor de las participantes evaluadas en el PAM, este resultado debe tomarse con cautela ya que pudo deberse a que la mayoría de las participantes se encontraban en supresión viral (91.1%) y eran pacientes vírgenes al TARV (73.3%) en el periodo CH, y es común que dentro de los dos a tres primeros años en TARV y con supresión viral, se registre un aumento de CD4 y posteriormente se llegue a una meseta donde sólo aumenta 2-5 células por año (Le Moing, et al., 2007) ya que el tratamiento logra retrasar el daño inmunológico (CENSIDA/Secretaría de Salud, 2014).

Respecto a los análisis post hoc cabe destacar que ambas medidas de retención, tanto la medida HRSA HAB como el Índice de retención mostraron resultados favorables y estadísticamente significativos, esto puede deberse a que al analizar únicamente a las mujeres en periodo PAM diferenciando entre las que asistieron al menos una vez y las que asistieron a consulta regular, podría indicar que en una muestra más balanceada la intervención puede producir una mejora en ambas medidas de retención.

Por otra parte, la respuesta de las usuarias al PAM fue favorable como se observó en los resultados de la encuesta de opinión, más del 80% de participantes que respondieron les gustaría que el PAM continuara en la clínica. A su vez, dicha encuesta brindaba la oportunidad de que las mujeres pudieran opinar sobre los distintos componentes del programa y de esta forma poder hacerlas partícipes en la implementación al tomar en cuenta sus observaciones. Entre otros elementos que las usuarias reportaron con frecuencia en la encuesta incluyeron el sentirse en un ambiente cómodo y seguro, el que contaban con acceso a información relevante para ellas, y que podían preservar su salud más allá del tema del VIH. Mismos factores que se encuentran contemplados en las dimensiones del Modelo de Atención Integral de Carter (2013) y se puede ver reflejado en los desenlaces obtenidos.

Con base en la literatura de investigación se ha documentado que algunos elementos de los programas de atención en salud para mujeres que viven con VIH, podrían ayudar a presentar efectos positivos en la retención de las mujeres a su tratamiento, entre los cuales se encuentran; el entendimiento de la infección por VIH (Messer et al., 2013), contar con servicios integrados, participar en grupos de apoyo y acompañamiento entre pares (Geter et al., 2018). Además se ha destacado la importancia de las relaciones positivas con los proveedores de salud (Quinlivan et al., 2013), la constante interacción de los pacientes con el sistema de salud (Dawit et al., 2020), la satisfacción con la atención brindada en los servicios de salud e incluir asociaciones civiles en los programas (Cuadra, et. al., 2012) como factores que pueden promover la retención.

El Programa de Atención Exclusiva para Mujeres implementado logra integrar los elementos previamente mencionados, lo que se observa en las respuestas de las pacientes en la encuesta de opinión, por ejemplo: “.. lo que me gusta de los días de atención exclusiva es la atención focalizada en temas que nos atañen desde nuestra calidad de mujeres, además de darse cuenta que el personal médico tiene una sensibilidad especial sobre género y VIH”, “... adquirimos

más conocimiento sobre la enfermedad y cómo cuidarse”, “...nos ayuda mucho a las mujeres a seguir con nuestra vida normal y nos hace ver las cosas más positivas y que no somos las únicas”.

Además, las mujeres siguen representando una población vulnerable debido a dificultades como menor acceso a educación, ingresos bajos, desempleo (más de la mitad de las participantes conformaban estos números). A pesar de esto, a partir de este estudio se puede sugerir que cuando se presentan los programas adaptados a las características de la población, se puede promover una mejora en desenlaces clínicos y mayor satisfacción con los servicios.

Limitaciones y sugerencias

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra que el porcentaje de mujeres que durante el período PAM asistió a las consultas programadas del día del día de la mujer fue bajo, sólo el 51.8%, en comparación con las que acudieron a consulta regular por lo que los resultados deben ser tomados con cautela.

Para futuros estudios se sugiere llevar a cabo mediciones que evalúen por separado los distintos componentes que conformen los programas de atención exclusiva para identificar cuáles tienen mayor impacto en los desenlaces, ya sea de retención y/o de otros datos clínicos relevantes para esta población.

Como se menciona en la discusión y conclusiones, no queda claro si la intervención realmente impacta en el aumento de CD4 o se debe al progreso normal que menciona Le Moing, et al., (2007) el cual tiene que ver con que los pacientes naïve al tratamiento registran un aumento importante de células CD4 durante los primeros tres años, por lo cual, se recomienda que en futuros estudios se trabaje con muestras paralelas o diseños factoriales que incrementen la validez interna; adicionalmente se recomienda que el periodo de estudio sea

más amplio para observar si el aumento de CD4 tiene que ver con el paso del tiempo o con la intervención.

También se sugiere incluir medidas de adherencia a antirretroviral, por ejemplo adherencia terapéutica por farmacia y por autorreporte, para poder determinar si una intervención de este tipo tiene impacto en estas medidas de adherencia

Se propone que los programas incorporen evaluaciones psicosociales referentes a la violencia, estigma y calidad de vida para identificar si estas variables relacionadas con la salud mental podrían impactar en la retención en el cuidado de las mujeres que viven con VIH, tal como mencionan Johnson et al., (2015); Messer et al., (2013) y Kronfli, et al., (2017).

La implementación de esta intervención parece ser prometedora en términos de costo-eficacia, ya que no requirió una inversión de recursos mayores a la atención habitual, únicamente requirió una organización distinta de los recursos con los que ya se cuenta y de esta forma pudo impactar favorablemente en los indicadores clínicos y en la percepción de los servicios de salud brindados a las pacientes, sin embargo son necesarios estudios al respecto.

Por último, se sugiere buscar alternativas para que se pueda llevar a cabo este tipo de programas en modalidad a distancia considerando situaciones como la actual pandemia por COVID-19.

REFERENCIAS

- Abrego, L., E. de Caso, L., García, P., Hernández, S., López, A., & Malagón, N. et al. (1998).
Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA (2nd ed.).
México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
- Almanza Avendaño, A., & Gómez San Luis, A. (2017). Barreras para la adherencia al
tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH. *Psicología Y
Salud*, 27(1), 29-39
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/243>
- Arévalo-Baquero, Á. and Rubiano-Mesa, Y. (2018). Significados del trabajo en personas que
viven con VIH. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(3), pp.90-100.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058470011>
- Arévalo Mora, L. and Ávila Mira, S. (2012). Religión y Espiritualidad, una mirada del
estigma frente al VIH/SIDA: Revisión literaria. *Revista Med*, 20(1), pp.52 a 61.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91025872006>
- Aldarete-Aguilar, C., Cruz-Maycott, R., Iglesias, M., Rodríguez-Estrada, E., & Reyes-Terán,
G. (2017). Assessment of depression, anxiety, hopelessness and suicidal risk in HIV+
inpatients. *Salud Mental*, 40(1), 23-27.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58249958004>
- Arrivillaga, M., Alzate, M., & Useche, B. (2009). Políticas públicas, sistema de salud y
mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*,
Bogotá, 8(16), 56-71. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a04.pdf>
- Arrivillaga, M., Ross, M., Useche, B., Alzate, M., & Correa, D. (2009). Social position,
gender role, and treatment adherence among Colombian women living with
HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Revista Panamericana De Salud
Pública*, 26(6), 502-510. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009001200005>

- Basavaraj, K.H., Navya, M.H. y Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 31(2): 75–80.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122586/>
- Bautista-Arredondo, S., Servan-Mori, E., Beynon, F., González, A., & Volkow, P. (2015). A tale of two epidemics: gender differences in socio-demographic characteristics and sexual behaviors among HIV positive individuals in Mexico City. *International Journal For Equity In Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0286-4>
- Berbesi, D., Agudelo, A., Segura, A., & Montoya, L. (2012). VIH en habitantes de calle de Medellín. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 30(3), 310 - 315
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025369008>
- Berbesi Fernández, D., & Segura Cardona, Á. (2014). Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. *Investigaciones Andina*, 16(28), 964 - 977.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239030490009>
- Bing, E., Burnam, M., Longshore, D., Fleishman, J., Sherbourne, C., & London, A. et al. (2001). Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adults in the United States. PubMed
- Blais, P., Sirivar, S., & Seto, J. (2017). Supporting Implementation Research to Improve Coverage and Uptake of HIV Related Interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 75(2), 109-110. https://www.who.int/hiv/pub/journal_articles/jaids-2017-01.pdf?ua=1
- Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., Bermúdez-Román, V., & Posada-Zapata, I. (2017). Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. *Convergencia Revista De Ciencias Sociales*, (76), 57.
doi:10.29101/crcs.v25i76.4336
- Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2016). Análisis de la mortalidad por VIH/SIDA en México en el periodo 1990-2013: ¿se cumplirá la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015?. *Gaceta Médica De México*, 152(6),

819-830 [Archivo PDF].

https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_819-830.pdf

- Boivin, R. (2014). "Se podrían evitar muchas muertas". Discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 16, 86 - 120. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293330166006>
- Bottaro, E., Faraone, L., Soncini, A., Pasarón, M., Roussilian, N., & Cascasi, M. et al. (2021). Programa de acompañamiento por pares para personas con diagnóstico reciente de infección por VIH: Experiencia PPP. *Actualizaciones En Sida E Infectología*. <https://doi.org/10.52226/revista.v28i103.64>
- Cahuana-Hurtado, L., Chilian-Herrera, O., Bautista-Arredondo, S., Contreras-Loya, D., Franco-Marina, F., González-Vilchis, J., & Lozano, R. (2015). Corrección de la mala clasificación de las muertes por sida en México. Análisis retrospectivo de 1983 a 2012. *Salud Pública De México*, 57, 142-152. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7602>
- Cardona Garzón, J., Correa Torres, D., López Mendoza, E., & Berbesi Fernandez, D. (2018). Demographic factors, sexual practices and HIV characteristics associated with stigma perception. *Enfermería Globla*, 51, 79-89. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/en_1695-6141-eg-17-51-68.pdf
- Cargill, V. (2013). Linkage, engagement, and retention in HIV care among vulnerable populations: "I'm sick and tired of being sick and tired". *Top Antivir Med*, 21(4), 133-138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24225079/>
- Carrasco-Aldunate, P., Araya-Gutiérrez, A., Loayza-Godoy, C., Ferrer-Lagunas, L., Trujillo-Guarda, C., & Fernández-Sarmiento, A. et al. (2013). Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichan*, 13(3), 387-395. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042007>
- Carter, A. J., Bourgeois, S., O'Brien, N., Abelsohn, K., Tharao, W., Greene, S. (2013). Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of

- holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 17433. doi:10.7448/ias.16.1.17433
- Carter, A., Eun, J., Chau, W., Lima, V., Kestler, M., & Pick, N. et al. (2014). Gender Inequities in Quality of Care among HIV-Positive Individuals Initiating Antiretroviral Treatment in British Columbia, Canada (2000–2010). *PLOS ONE*, 9(3), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092334>
- Carter, A., Greene, S., Nicholson, V., O'Brien, N., Sanchez, M., & de Pokomandy, A. et al. (2014). Breaking the Glass Ceiling: Increasing the Meaningful Involvement of Women Living With HIV/AIDS (MIWA) in the Design and Delivery of HIV/AIDS Services. *Health Care For Women International*, 36(8), 936-964. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.95470>
- Carter, A., Greene, S., Nicholson, V., O'Brien, N., Dahlby, J., & de Pokomandy, A. et al. (2015). 'It's a very isolating world': the journey to HIV care for women living with HIV in British Columbia, Canada. *Gender, Place & Culture*, 23(7), 941-954. <https://doi.org/10.1080/0966369x.2015.1073701>
- CDC Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). Acerca del VIH/SIDA. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
- CENSIDA. (2014) (pp. 1-6). Ciudad de México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y Control de Sida (CENSIDA). El VIH/SIDA en México. (2009) [Archivo PDF]. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>
- Censida/ Secretaría de Salud. (2016). Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH. [Versión electrónica de: 1 o de marzo de 2016] Primera edición. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_PVV_20160624.pdf

- Censida/Secretaría de Salud. (2014). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH* (pp. 10-82). Cd. de México: Rosario Taracena y Marisol Valenzuela [Archivo PDF].
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf
- Chapman, C., Westfall, A., Modi, R., Amico, R., Golin, C., & Keruly, J. et al. (2019). HIV-related stigma, depression, and social support are associated with health-related quality of life among patients newly entering HIV care. Taylor & Francis.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2019.1622635>
- Chandy, S., Heylen, E., & Ekstrand, R. (2019). Examining engagement in care of women living with HIV in South India. *Health Care For Women International*, 1-15.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1623799>
- Chida, Y., & Vedhara, K. (2009). Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: A meta-analytic review of prospective investigations. *Brain, Behavior, And Immunity*, 23(4), 434-445. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.01.013>
- Chong Villareal, F., & Torres López, T. (2017). La agencia de personas con VIH (PV) que viven en zonas empobrecidas de Chiapas, México. *Actualidades En Psicología*, 31(123), 62-73. doi: 10.15517/ap.v31i123.28013
- Chong Villarreal, F., & Torres López, T. (2019). Embarazo en personas con VIH: elementos de la agencia y la construcción de género. *Revista De Ciencias Sociales*, 60(2019), 150-167. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6951561>.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725–730. doi:10.1176/appi.ajp.158.5.725
- Cristina G, María Dolores G, Rafael B, Estefanía R, Beatriz G, Sandra G. ¿Son los jóvenes más solidarios con las personas con VIH-Sida? Estudio comparativo entre 2004-2010. *Revista Multidisciplinar Del SIDA*, 1(4), 31-39.

<http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/04/Son-los-jovenes-mas-solidarios-con-las-personas-con-vih-sida.pdf>

Cree M, Bell NR, Johnson D, Carriere KC. (2006). Increased continuity of care associated with decreased hospital care and emergency department visits for patients with asthma. *Dis Manag*; 9(1):63–71.

Grella, C. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs*; Suppl 5:32743.

Colombini, M., James, C., Ndwiga, C., & Mayhew, S. (2016). The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal Of The International AIDS Society*, 19(1), 20766. <https://doi.org/10.7448/ias.19.1.20766>

Cuadra Hernández, S., Zarco Mera, Á., Infante Xibillé, C. y Caballero García, M. (2012). La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: una intervención para abatir el estigma; México, 2005-2009. *Salud Colectiva*, [online] 8(2), pp.191-204.

https://scielosp.org//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652012000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Dawit, R., Sheehan, D., Gbadamosi, S., Fennie, K., Li, T., & Curatolo, D. et al. (2020). Identifying patterns of retention in care and viral suppression using latent class analysis among women living with HIV in Florida 2015–2017. *AIDS Care*, 1-5. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1771264>

Del Rio, A., Liguori, A., Magis-Rodriguez, C., Valdespino, J., García, M., & Sepulveda, J. (1995). La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública De México*, 37(6), 581-589. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5886/6631>

- De la Torre Lima, J., & Arazo Garcés, P. (2015). *Documento informativo sobre infección por VIH para profesionales* [Ebook]. España: Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).
<http://file:///C:/Users/usuario%C3%A7/Downloads/2016.%20Gesida.%20Documento%20informativo%>
- Departamento de salud del estado de Nueva York. (2017). *Preguntas y respuestas acerca del VIH/SIDA*.
- Eng, T., & Butler, W. (1997). The Hidden Epidemic. <https://doi.org/10.17226/5702>
- Epidemiología / Registro Nacional de Casos de VIH y sida. (2020).
<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Faler, C., & Abreu, L. (2016). Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona en las relaciones y estructura familiar. *SALUD JALISCO*, 3(1), 1-8 [Archivo PDF].
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj161d.pdf>
- Friedman, L., Furberg, C., & DeMets, D. (2010). *Fundamentals of clinical trials* (4th ed.). Springer
- Fumaz, C., Larrañaga-Eguilegor, M., Mayordomo-López, S., Gómez-Martínez, S., González-García, M., & Ornellas, A., (2019). Health-related quality of life of people living with HIV infection in Spain: a gender perspective. *AIDS Care*, 31(12), 1509-1517. doi: 10.1080/09540121.2019.1597959
- García Cedillo, Ismael, & Rodríguez Delgado, Mónica (2014). Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA. *Acta Universitaria*, 24(4),3-14. ISSN: 0188-6266.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=416/41631683001>
- Garfin, D., Shin, S., Ekstrand, M., Yadav, K., Carpenter, C., Sinha, S., & Nyamathi, A. (2019). Depression, social support, and stigma as predictors of quality of life over

time: results from an Asha-based HIV/AIDS intervention in India. *AIDS Care*, 31(5), 563-571. doi: 10.1080/09540121.2018.1563281

Gatell Artigas, J., Clotet Sala, B., Podzamczner Palter, D., Miro Meda, J., & Mallolas

Masferrer, J. (2013). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*

[Ebook] (12th ed., pp. 1 - 106). Barcelona: Editor Antares.

<https://www.berri.es/pdf/GUIA%20PRACTICA%20DEL%20SIDA.%20CLINICA%20E2%80%9A%20DIAGNOSTICO%20Y%20TRATAMIENTO%202017/9788488825223>

Gebremichael, D., Hadush, K., Kebede, E., & Zegeye, R. (2018). Gender difference in health related quality of life and associated factors among people living with HIV/AIDS attending anti-retroviral therapy at public health facilities, western Ethiopia: comparative cross sectional study. *BMC Public Health*, 18(1). doi: 10.1186/s12889-018-5474-x

Geter, A., Sutton, M., & McCree, D. (2018). Social and structural determinants of HIV treatment and care among black women living with HIV infection: a systematic review: 2005–2016. *AIDS Care*, 30(4), 409-416.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1426827>

Giles, M., MacPhail, A., Bell, C., Bradshaw, C., Furner, V., & Gunathilake, M. et al. (2019). The barriers to linkage and retention in care for women living with HIV in an high income setting where they comprise a minority group. *AIDS Care*, 31(6), 730-736.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1576843>

Gill JM, Mainous AG III, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000; 9(4):333–338

Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet. Unaids.org. (2020).
<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.

- Gómez-Suárez, M., Mello, M., Gonzalez, M., Ghidinelli, M., & Pérez, F. (2019). Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. *Journal Of The International AIDS Society*, 22(4), e25273. <https://doi.org/10.1002/jia2.25273>
- Govindasamy, D., Nathan, F., & Kranzer, K. (2012). Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review | HCV Guidance. AIDS. <https://www.hcvguidelines.org/references/govindasamy-2012>.
- Govindasamy, D., Meghij, J., Negussi, E., Baggaley, R., Ford, N., & Kranzer, K. (2014). Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings – a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.7448/IAS.17.1.19032>.
- Guevara-Sotelo, Y., & Hoyos-Hernández, P. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente*, 21(39), 127-139. doi: 10.17081/psico.21.39.2827
- Hall, B., Sou, K., Beanland, R., Lacky, M., Tso, L., & Ma, Q. et al. (2016). Barriers and Facilitators to Interventions Improving Retention in HIV Care: A Qualitative Evidence Meta-Synthesis. *AIDS And Behavior*, 21(6), 1755-1767. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1537-0>
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública De México*, 44(6), 554-564. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000600008>
- Horstmann, E., Brown, J., Islam, F., Buck, J., & Agins, B. D. (2010). Retaining HIV-Infected Patients in Care: Where Are We? Where Do We Go from Here? *Clinical Infectious Diseases*, 100201102709029–000. doi:10.1086/649933

InfoSIDA. (2020). VIH/SIDA: Conceptos básicos del VIH/SIDA.

<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>

Johnson, M., Samarina, A., Xi, H., Valdez Ramalho Madruga, J., Hocqueloux, L., & Loutfy, M. et al. (2015). Barriers to access to care reported by women living with HIV across 27 countries. *AIDS Care*, 27(10), 1220-1230.

<https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1046416>

Juan-Martínez, B. y Castillo-Arcos, L., 2016. Determinantes sociales de salud asociados al virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca, México. *Enfermería Clínica*, 26(1), pp.81-84.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862115001801>

Kalichman, S., Shkempi, B., Hernandez, D., Katner, H., & Thorson, K. (2019). Income Inequality, HIV Stigma, and Preventing HIV Disease Progression in Rural Communities. *Prevention Science*, 20(7), 1066-1073. doi: 10.1007/s11121-019-01013-5

Klein, P., Psihopaidas, D., Xavier, J., & Cohen, S. (2020). HIV-related outcome disparities between transgender women living with HIV and cisgender people living with HIV served by the Health Resources and Services Administration's Ryan White HIV/AIDS Program: A retrospective study. *PLOS Medicine*, 17(5), e1003125.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003125>

Knettel, B., Mulawa, M., Knippler, E., Ciya, N., Robertson, C., Joska, J., & Sikkema, K. (2019). Women's perspectives on ImpACT: a coping intervention to address sexual trauma and improve HIV care engagement in Cape Town, South Africa. *AIDS Care*, 31(11), 1389-1396. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1587368>

Kronfli, N., Lacombe-Duncan, A., Wang, Y., de Pokomandy, A., Kaida, A., & Logie, C. et al. (2017). Access and engagement in HIV care among a national cohort of women

- living with HIV in Canada. *AIDS Care*, 29(10), 1235-1242.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1338658>
- Kruk, M., Riley, P., Palma, A., Adhikari, S., Ahoua, L., & Arnaldo, C. et al. (2016). How Can the Health System Retain Women in HIV Treatment for a Lifetime? A Discrete Choice Experiment in Ethiopia and Mozambique. *PLOS ONE*, 11(8), e0160764.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160764>
- Lafaurie, M., & Zúñiga, M. (2011). Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, 24, 315-330. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400024.
- Lambert, C., Mugavero, M., Najjar, Y., Enah, C., & Guthrie, B. (2018). The state of adherence to HIV care in Black women. *HHS Public Access*, 29(4), 487.503.
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2018.02.008>.
- Le Moing, V., Thiébaud, R., Chêne, G., Sobel, A., Massip, P., Collin, F., Meyohas, M., Al Kaïed, F., Leport, C. and Raffi, F., 2007. Long-term evolution of CD4 count in patients with a plasma HIV RNA persistently <500 copies/mL during treatment with antiretroviral drugs. *HIV Medicina*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-1293.2007.00446.x>
- Levy, J. A. (2008). *El VIH y la patogénis del SIDA*. México Fondo de Cultura Económica.
- Loutfy M, de Pokomandy A, Kennedy VL, Carter A, O'Brien N, Proulx-Boucher K, et al. (2017) Cohort profile: The Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study (CHIWOS). *PLoS ONE* 12(9): e0184708.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184708>.
- Lozano, F. y Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 29 (6), 455-465.

- Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Álvarez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Herreira, ML., López, L., Ramírez, B., Soto, EM. (2020). Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina. ICW Latina, Hivos, Development Connections y Salamander Trust. Managua, Nicaragua.
- Martín-Pérez Rodríguez, A. (2011). «¿Dónde vas a ir tú con SIDA?»: intersecciones entre la infección por VIH y la violencia del compañero íntimo. *Feminismo/S*, (18), 113-134. doi: 10.14198/fem.2011.18.06.
- Mata-Marin, J., Chaparro-Sánchez, A., Hernández-López, J., Huerta-García, G., Domínguez-Hermosillo, J., & Cruz-Domínguez, P. (2016). Clinical and Epidemiological Differences between Women and Men with HIV Infection in Mexico. *Journal Of AIDS & Clinical Research*, 07(3). <https://doi.org/10.4172/2155-6113.1000551>.
- McDonnell, K., Carlson, A., & O'Campo, P. (2003). Does HIV Status Make a Difference in the Experience of Lifetime Abuse? Descriptions of Lifetime Abuse and Its Context Among Low-Income Urban Women. *Journal Of Urban Health: Bulletin Of The New York Academy Of Medicine*, 80(3), 494-509. doi: 10.1093/jurban/jtg047.
- McNairy, M., Lamb, M., Gachuhi, A., Nuwagaba- Biribonwoha, H., Burke, S., & Mazibuko, S. et al. (2017). Effectiveness of a combination strategy for linkage and retention in adult HIV care in Swaziland: The Link4Health cluster randomized trial. *Plos Med*, 14(11), 1-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002420>
- Messer, L., Quinlivan, E., Parnell, H., Roytburd, K., Adimora, A., Bowditch, N., & DeSousa, N. (2013). Barriers and Facilitators to Testing, Treatment Entry, and Engagement in Care by HIV-Positive Women of Color. *AIDS Patient Care And Stds*, 27(7), 398-407. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0435>.

- Milca, C. (2012). Trabajo en dispositivos asistenciales y preventivos: la construcción social del sida. *Trabajo Y Sociedad, 19*, 497 - 501.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387334691032>.
- Monteiro, S., & Brigeiro, M. (2019). Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *Cadernos De Saúde Pública, 35*(4). doi: 10.1590/0102-311x00111318.
- Montoya, H. H. (2008). *Microbiología básica para el área de la salud y afines*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Moral de la Rubia, J. y Segovia Chávez, M. (2015). Discriminación en el trabajo y vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la depresión e la ira. *Ciencia Ergo Sum*, pp.204-214. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10441539004>
- Mugavero, M., Westfall, A., Zinski, A., Davila, J., Drainoni, M., & Gardner, L. et al. (2012). Measuring Retention in HIV Care. *JAIDS Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 61*(5), 574-580. doi: 10.1097/qai.0b013e318273762f
- Muñoz Martínez, R. (2018). El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional médico en Guayaquil (Ecuador). *Aposta. Revista De Ciencias Sociales, 78*, 33-67.
<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/rubmuma.pdf>
- Norma Oficial Mexicana 253-SSA1-2012 “Para la Disposición de Sangre y sus Componentes con Fines Terapéuticos” publicado en el Diario Oficial de la Federación en Octubre de 2012.
- Obiols, M., & Stolkiner, A. (2018). Mujeres viviendo la maternidad con VIH/SIDA: la salud mental y el sostén compartido de los cuidados. *Perspectivas En Psicología: Revista De Psicología Y Ciencias Afines, 15*(2), 56-68.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483558849005>.

- O'Brien, N., Greene, S., Carter, A., Lewis, J., Nicholson, V., & Kwaramba, G. et al. (2017). Envisioning Women-Centered HIV Care: Perspectives from Women Living with HIV in Canada. *Women's Health Issues*, 27(6), 721-730. doi: 10.1016/j.whi.2017.08.001
- O'Brien, N., Godard-Sebillotte, C., Skerritt, L., Dayle, J., Carter, A., & Law, S. et al. (2020). Assessing Gaps in Comprehensive HIV Care Across Settings of Care for Women Living with HIV in Canada. *Journal Of Women's Health*.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8121>
- ONUSIDA, 2019. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Pantalone, D., Hessler, D., & Simoni, J. (2010). Mental health pathways from interpersonal violence to health-related outcomes in HIV-positive sexual minority men. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78(3), 387-397. doi: 10.1037/a0019307
- Pantelic, M., Steinert, J., Park, J., Mellors, S., y Murau, F. (2019). 'Management of a spoiled identity': systematic review of interventions to address self-stigma among people living with and affected by HIV. *BMJ Global Health*, 4(2). doi:10.1136/bmjgh-2018-001285
- Parcesepe, A., Nash, D., Tymejczyk, O., Reidy, W., Kulkarni, S., & Elul, B. (2019). Gender, HIV-Related Stigma, and Health-Related Quality of Life Among Adults Enrolling in HIV Care in Tanzania. *AIDS And Behavior*, 24, 142-150. doi:10.1007/s10461-019-02480-1.
- Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk. *AIDS*, 28(10), 1509–1519.
doi:10.1097/qad.0000000000000298
- Pérez-Salgado, D., Compean-Dardón, M., & Ortiz-Hernández, L. (2017). Inseguridad alimentaria y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH de

México. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 543-551. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.10792016>

Plimpton, E. (2020). A Quality Improvement Project to Increase Patient Portal Enrollment and Utilization in Women Living With HIV at Risk for Disengagement in Care.

Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care, 31(1), 60-65.

<https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000153>

Quinlivan, E., Messer, L., Adimora, A., Roytburd, K., Bowditch, N., & Parnell, H. et al.

(2013). Experiences with HIV Testing, Entry, and Engagement in Care by HIV-

Infected Women of Color, and the Need for Autonomy, Competency, and

Relatedness. *AIDS Patient Care And Stds*, 27(7), 408-415.

<https://doi.org/10.1089/apc.2012.0434>

Relf, M., Pan, W., Edmonds, A., Ramirez, C., Amarasekara, S., & Adimora, A. (2019).

Discrimination, Medical Distrust, Stigma, Depressive Symptoms, Antiretroviral

Medication Adherence, Engagment in Care, and Quality of Life Among Women

Living with HIV in North Carolina: A Mediated Structural Equation Model. *Clinical*

Science, 83(3). doi: 10.1097/QAI.0000000000002033

Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Coriano-Ortiz, D., Padilla, M., Reyes-Estrada, M., &

Serrano, N. (2015). Ellos de la calle, nosotras de la casa: el discurso patriarcal y las

experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico. *Cuadernos De*

Trabajo Social, 28(1), 83-92.

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/44852/46004>

Romero-Guzmán, I., Amador-Ahumada, C., & Soto Lesmes, V. (2016). Experiencias

emocionales que acompañan el afrontamiento del acto de cuidado al recién nacido en

mujeres con VIH en Montería, Colombia. *Investigaciones Andina*, 18(32), 1565-1580.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239047318010>

- Roscoe, C., & Hachey, D. (2020). Core Concepts - Retention in HIV Care - Basic HIV Primary Care. *National HIV Curriculum*. <https://www.hiv.uw.edu/go/basic-primary-care/retention-care/core-concept/all>.
- Ruiz Fernández, M., Díaz García, M., & Villalobos Crespo, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Samji, H., Cescon, A., Hogg, R., Modur, S., Althoff, K., & Buchacz, K. et al. (2013). Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *Plos ONE*, 8(12), e81355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081355>
- Sangaramoorthy, T., Jamison, A., & Dyer, T. (2017). HIV Stigma, Retention in Care, and Adherence Among Older Black Women Living With HIV. *Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 28(4), 518-531. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.03.003>
- Saxena, A., Deschamps, M., Dorvil, N., Christophe, I., Rosenberg, R., & Jean-Gilles, M. et al. (2019). Association between intimate partner violence and HIV status among Haitian Women. *Global Public Health*, 14(11), 1557-1568. doi: 10.1080/17441692.2019.1602156
- Scott, A., Ellen, J., Clum, G., & Leonard, L. (2007). HIV and Housing Assistance in Four U.S. Cities: Variations in Local Experience. *AIDS And Behavior*, 11(S2), 140-148. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9247-2>
- Secretaría de Salud. (2012). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA* (pp. 16- 28). Cd. de México: Francisco de P. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSID A_vFinal_1nov12.pdf

- Seeman, M. (2015). The Role of Mental Health Services in Addressing HIV Infection Among Women With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 66(9), 966-974.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400411>
- Seo, G., Joseph, J., Confident, N., Jean, E., Louis, B., & Bell, T. et al. (2019). The FANMI (“my FAMILY” in Creole) study to evaluate community-based cohort care for adolescent and young women living with HIV in Haiti: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 19(1). doi: 10.1186/s12889-019-8065-6
- Sikkema, Kathleen J., Choi, Karmel W., Robertson, Corne., Knettel, Brandon A., Ciya, Nonceba., Knippler, Elizabeth T., Watt, Melissa H., & Joska, John A. (2018). Development of a coping intervention to improve traumatic stress and HIV care engagement among South African women with sexual trauma histories. *Evaluation and Program Planning* <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.02.007>
- Trepka, M., Sheehan, D., Dawit, R., Li, T., Fennie, K., & Gebrezgi, M. et al. (2020). Differential Role of Psychosocial, Health Care System and Neighborhood Factors on the Retention in HIV Care of Women and Men in the Ryan White Program. *Journal Of The International Association Of Providers Of AIDS Care (JIAPAC)*, 19, 232595822095008. doi: 10.1177/2325958220950087
- Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al Cierre de 2019. (2020) [Archivo PDF].
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN_4o_Trim_2019.pdf
 VIH/sida. (2020). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Viñas Pérez, M., Álvarez Gordillo, G., Erosa Solana, E., Evangelista García, A., & Sánchez Ramírez, G. (2017). La maternidad desde la experiencia de mujeres que viven con VIH atendidas en el Hospital de Las Culturas, en Chiapas, México. *Revista De El Colegio De San Luis*, 14(julio a diciembre de 2017), 207 - 231
<https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeelColegiodeSanLuis/2017/vol17/no14/7.pdf>

- Volkow Fernández, P., Rodríguez De Viana, A., & Balandrán Duarte, D. (2012). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. *Actualizaciones En SIDA*, 20(78), 111-119
- Walcott, M., Kempf, M., Merlin, J., & Turan, J. (2016). Structural community factors and sub-optimal engagement in HIV care among low-income women in the Deep South of the USA. *Cult Health Sex*.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2015.1110255>.
- Walcott, M., Kempf, M., Merlin, J., Nunn, A., & Turan, J. (2019). Perceived Value of Microenterprise for Low-Income Women Living with HIV in Alabama. *AIDS And Behavior*, 23(S3), 276-286. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02656-9>
- World Health Organization. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>

Anexos

Anexo A. Encuesta de opinión.

Estimada usuaria:

En la clínica de Inmunoinfectología estamos interesados en conocer su opinión sobre la "atención exclusiva para mujeres que viven con VIH", por lo que le agradeceríamos que de forma voluntaria y anónima llene este formulario por ambos lados y lo deposite en el buzón de sugerencias.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y posteriormente subraye la opción que más refleje su opinión o responda con sus propias palabras según sea el caso.

1) ¿A cuántos días de atención exclusiva para mujeres ha acudido?

a) 1	b) 2	c) 3 o más
------	------	------------

2) ¿Cómo se ha sentido con la atención que ha recibido en los días de atención exclusiva para mujeres?

a) Muy insatisfecha	b) Algo insatisfecha	c) Indiferente	d) Algo satisfecha	e) Muy satisfecha
---------------------	----------------------	----------------	--------------------	-------------------

3) ¿Cómo evalúa la información que se ha presentado en las pláticas en sala de espera?

a) Muy mala	b) Mala	c) Regular	d) Buena	e) Muy buena
-------------	---------	------------	----------	--------------

4) ¿Cómo considera que ha sido la información que se ha proyectado en las pantallas de la sala de espera?

a) Muy mala	b) Mala	c) Regular	d) Buena	e) Muy buena
-------------	---------	------------	----------	--------------

5) En comparación con la consulta en los días regulares de atención usted prefiere:

a) Acudir al día de atención exclusivo para mujeres	b) Acudir a consulta regular donde se atiende a hombres y mujeres por igual	c) Me da lo mismo
---	---	-------------------

6) ¿Qué es lo que le gusta de los días de atención exclusiva para mujeres? _____

7) ¿En qué considera que le puede ayudar acudir a los días de atención exclusivos para las mujeres? _____

8) ¿Qué es lo que le desagrada de los días de atención exclusiva para mujeres? _____

9) ¿Cómo calificaría el proyecto de "atención exclusiva para mujeres que viven con VIH" del 0 al 10 donde "0" significa "deficiente" y "10" "excelente"?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Deficiente										Excelente

10) ¿Le gustaría que el proyecto de atención exclusiva para mujeres continúe en la clínica de inmunoinfectología?

a) Sí. ¿Por qué? _____

b) No. ¿Por qué? _____

11) Escriba alguna sugerencia para mejorar la atención a las mujeres de la clínica o sugiera algún tema que le interese escuchar en las pláticas:

****Muchas gracias****

Anexo B. Tablas de respuestas de reactivos abiertos de encuesta de opinión.

6) ¿Qué es lo que le gusta de los días de atención exclusiva para mujeres?

1. Es la primera vez que voy a tomar la atención y creo que se comparten testimonios de mucha ayuda
2. la información que nos brindan
3. la información detallada
4. poder tratar temas que solo nos aquejan a nosotras
5. no he ido a una exclusiva
6. nunca he estado en una
7. información amplia y concreta
8. nunca he asistido
9. la atención focalizada en temas que nos atañen desde nuestra calidad de mujeres, además de darse cuenta que el personal médico tiene una sensibilidad especial sobre género y vih
10. hay mayor información enfocada a temas de interés
11. que se convive con más personas con el mismo problema
12. el buen trato y puntualidad
13. son buenas las pláticas para toda la gente que no saben de este problema
14. la información
15. buen trato
16. se imparten pláticas que nos interesan y son preventivas
17. que todo va enfocado a las mujeres y los cuidados
18. las pláticas más enfocadas a nosotras
19. que se informa de más cosas que desconocemos y explican muy bien
20. que hoy me atendieron más rápido y recibí información de varios temas
21. que se abordan distintos tema de interés específico para nosotras que conocemos cosas con mayor detalle
22. me siento más cómoda
23. que hay pláticas que puedo escuchar
24. acceder a información adecuada
25. la información
26. que da muy buena información
27. toda la información que uno se informa más y da a conocer a las personas la importancia de cuidarse
29. Las pláticas, aunque es la primera en la que he pasado me gustó y que hay más mujeres que a las citas que he pasado antes
30. me gustaría ya venir estos días
31. que adquirimos más conocimiento sobre la enfermedad y cómo cuidarse
32. no hemos asistido a este programa
33. la información para nosotras
34. la información y automaquillaje
35. hay más confianza de platicar

7) ¿En qué considera que le puede ayudar acudir a los días de atención exclusivos para las mujeres?

1. en mantenerse muy activa y sobretodo el autoestima muy alto
 2. la comodidad de hacer preguntas e informarnos
 3. más confianza por ser estar entre mujeres
 4. mayor comunicación
 5. poder despejar dudas
 6. en recibir información mas explicita
 7. yo creo que mucho porque es muy difícil de hablar de esto con otras personas
 8. a la autoexploración y conocimiento
 9. a recibir información y apoyo dirigido a la condición de ser mujer viviendo con VIH
 10. a conocer más acerca de temas específicos de nuestro género
 11. aprender más sobre el tema
 12. ser más extrovertida y con confianza
 13. para prevenir y sabemos de infecciones
 14. en temas que casi no se hablan
 15. que se enfocan más en una
 16. tomar una mayor información sobre la enfermedad
 17. a aplicar lo visto en las pláticas
 18. para prevenir otras infecciones o enfermedades
 19. a informarnos sobre temas que aún no conocemos
 20. ayuda para estar mejor informada
 21. conocer más sobre los problemas que podemos tener las mujeres
 22. que hay material exclusivo para nosotras y quizás sea mejor
 23. conocer mi cuerpo
 24. para saber más
 25. a tener más información
 26. participar
 27. tener más información
 28. en lo que se pueda
 29. En que me siento mejor porque hay más mujeres y me siento más en confianza
 30. me voy con otra mentalidad
 31. aclarar dudas
 32. en sentirse más a gusto
 33. a conocer otros casos y saber que no soy la única y que no podemos apoyar
 34. más confianza
 35. me ayuda a conocer sobre el eso
 36. son de mucha ayuda y hay mujeres que no saben nada del tema
 37. elevar mi autoestima
-

8) ¿Qué es lo que le desagrada de los días de atención exclusiva para mujeres?

1. ---
2. ---
3. poder preguntar sin incomodarse
4. ---
5. que sólo son para mujeres
6. en nada
7. ---
8. ---
9. nada
10. ---
11. es la primera vez que asisto, todavía no encuentro algo que no sea positivo. La iniciativa de esta atención es sí misma es positiva
12. no hay nada desagradable
13. nada, solo estaría bien que haya hombres para saber cómo piensan sobre la enfermedad
14. la programación
15. que mucha gente no sabe nada de VIH
16. nada
17. ---
18. ---
19. nada
20. nada
21. nada
22. todo me agrada
23. ---
24. nada
25. ---
26. nada
27. ---
28. me gustan todas las pláticas
29. nada
30. la impuntualidad
31. ---
32. nada
33. ---
34. nada, todo esta bien
35. me gustó todo
36. nada solo que no siempre puedo asistir
37. nada
38. ---
39. ---
40. ---

41. el poner condones en exhibición como si fueran dulces
 42. nada
 43. ---
 44. nada todo esta muy bien
 45. nada
 46. ---
-

10 b) ¿Por qué le gustaría que el proyecto de atención exclusiva para mujeres continúe?

1. porque aprende una mucho como mujeres
2. ---
3. permite que te expreses con libertad
4. no había estado en ninguna. Pero se me hace muy interesante y donde podemos resolver dudas
5. es de gran apoyo para el público
6. porque es un día para despejar dudas y poder compartir problemas
7. me interesa conocer más opiniones de personas que viven con la enfermedad
8. ---
9. para tener más información
10. ---
11. aspirar a entender la condición de vivir con VIH de manera individual y colectiva debe partir de una diferencia de cómo vivimos y asistimos esta realidad desde unas perspectivas de género
12. a mantenernos informadas y nos ayuda a tener una mejor calidad de vida
13. porque ayuda a tener más conocimiento y salir de lo que se cree mal del tema
14. accesibilidad
15. para que sepamos más de esta enfermedad
16. para que más personas tengan más información
17. porque hay buena atención
18. ---
19. los temas que imparten son de interés y de mucha ayuda
20. porque es el área adecuada
21. para obtener más seguridad
22. por si tenemos alguna duda nos puedan asesorar
23. ---
24. no me crea ningún problema
25. ---
26. porque hay dudas que luego no conocemos cuando se nos atiende en forma general
27. conocer un poco o puntos que te da pena preguntar
28. para saber más
29. para obtener información
30. si porque son muy importantes para la salud
31. te dan buena información

32. así mismo uno sabría la importancia y se informaría uno más
 33. ---
 34. porque nos ayuda mucho a las mujeres a seguir con nuestra vida normal y nos hace ver las cosas positivas y que no somos las únicas viviendo con esto
 35. nos va a ayudar personalmente a abrir nuestra mente
 36. es bueno tener más conocimiento y afrontar y aclarar dudas
 37. sentirse más a gusto
 38. ---
 39. ---
 40. ---
 41. porque hay más información exclusiva para mujeres
 42. somos mujeres con diagnóstico y a veces da pena
 43. ---
 44. porque hay atención a nosotras
 45. porque solo así se entera de muchas cosas buenas para nosotras
 46. porque hay mujeres que lo necesitan
-

11) Si usted tiene alguna idea o sugerencia para mejorar la atención que le proporcionamos a las mujeres por favor háganos saber:

1. mantenerse feliz, activa, pero sobretodo el autoestima muy alto como mujeres
2. ---
3. gracias por la atención que nos prestan y que es difícil encontrar en otros lugares
4. interesante y en donde podemos resolver dudas
5. no, mil gracias por su apoyo
6. ninguna por ahora
7. hasta ahorita me ha gustado, por el momento me parece bien así
8. ---
9. esta muy bien y clara
10. ---
11. contar con breves pláticas de especialistas que de manera puntual aborden las maneras en convivimos con el VIH: alimentación, actividad física, recreación convivencia social, comunitarias, familiar; factores de derechos humanos y discriminación; sistema a acceso a programas de atención médica, psicológica; dar cuenta de otras experiencias médicas, personales en otras partes del mundo; avances médicos en el tratamiento tanto en México como en el mundo.
12. ---
13. ---
14. ---
15. que es buena porque aprendemos del tema o de otras y como poner condones femeninos y masculinos
16. ---
17. ---
18. ---

19. si, sería excelente que la hora de entregar el medicamento (Lucy) el trato fuera igual entre hombres y mujeres
 20. todo perfecto
 21. ---
 22. ---
 23. ---
 24. ---
 25. ---
 26. hablar sobre el ciclo menstrual porque luego no sabemos si no hay problema con ciertos aspectos o es general. Hablar del cambio en la alimentación para pacientes mujeres con VIH
 27. ---
 28. platicar cómo se siente una
 29. ---
 30. pues la sexualidad, la nutrición y el estado de ánimo
 31. ---
 32. hacer dinámicas y exponer casos de personas que son denigradas por la misma enfermedad
 33. ---
 34. ninguna
 35. ---
 36. ---
 37. no tengo sugerencia porque la atención es muy buena
 38. no he acudido a estas, o tengo punto de comparación. Programaré mi asistencia; me interesa
 39. ---
 40. Yo vengo desde Toluca y se me dificulta venir a las pláticas de atención a mujeres. Pero estoy segura que es un proyecto excelente para ayudarnos a tener una mejor calidad de vida, viviendo con VIH. Gracias!
 41. Temas de familia y embarazo. Temas de qué medicamentos no son benéficos para nosotras. La mujer con VIH y el trabajo.
 42. nada
 43. ---
 44. todo esta excelente
 45. creo que tal vez comentarios sobre la alimentación
 46. dar testimonio de que se puede vivir con el VIH
-