



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**SEGUIMIENTO MÉDICO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DURANTE
LA PANDEMIA POR COVID-19**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD

CAMPO: SALUD MENTAL PÚBLICA

PRESENTA:

ESTER GUTIÉRREZ VELILLA

TUTOR(A) O TUTORES PRINCIPALES:

DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

COMITÉ TUTOR:

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ASESOR(A) EXTERNO(A):

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MÉXICO, CD. MX., Septiembre, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Antecedentes	10
VIH.....	10
<i>Epidemiología a nivel mundial y en Latinoamérica.....</i>	10
<i>Situación y normativa en México</i>	11
Seguimiento médico.....	14
<i>Definición y medición de la pérdida de seguimiento</i>	14
<i>Consecuencias de no tener adecuado seguimiento médico.....</i>	17
<i>Variables relacionadas con las fallas en el seguimiento</i>	18
Pandemia por COVID-19.....	33
<i>Impacto de las emergencias sanitarias</i>	33
<i>Seguimiento médico en pacientes con VIH durante pandemia por COVID-19</i>	35
Marco conceptual: biopsicosocial	38
Modelo teórico propuesto.....	40
Modelo transteórico: entrevista motivacional	41
Contexto: escenario durante pandemia por COVID-19	43
Planteamiento del problema	47
Justificación.....	48
Objetivos	50
Hipótesis.....	51
Método	53
Diseño de investigación	53
Participantes	54
Tamaño muestra	55
Identificación y operacionalización de variables	56
Procedimiento	66
<i>Búsqueda de la literatura.....</i>	66
<i>Validación de instrumentos</i>	68
<i>Identificación y reclutamiento de participantes</i>	72
<i>Recolección de datos</i>	73
<i>Intervención para reincorporarse al seguimiento.....</i>	74
<i>Análisis de datos.....</i>	76

<i>Consideraciones éticas</i>	78
Resultados	81
Validación de instrumentos.....	81
<i>Confianza en el médico</i>	82
<i>Estigma asociado al VIH</i>	84
<i>Creencias sobre el TAR</i>	89
<i>Cuestionario de conocimiento sobre VIH y TAR (CC-VIH)</i>	91
Localización de pacientes.....	96
<i>Pacientes con seguimiento adecuado</i>	96
<i>Pacientes con fallas en el seguimiento</i>	97
Razones reportadas.....	99
<i>Para mantener adecuado seguimiento médico</i>	99
<i>Para presentar fallas en el seguimiento</i>	100
Variables relacionadas con las fallas en el seguimiento: comparación entre grupos	102
<i>Sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención y conductuales</i>	102
<i>Psicológicas</i>	105
Modelos multivariados regresión logística: factores de riesgo para fallas en el seguimiento	106
Impacto de la pandemia.....	114
Etapa de cambio e intervención basada en entrevista motivacional.....	116
Discusión.....	120
Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios	135
Implicaciones clínicas y para la institución.....	142
Conclusiones	144
Referencias.....	147
Anexos.....	182
Anexo 1: Entrevista protocolo C02-20 Pérdida de seguimiento	182
Anexo 2: Escala de confianza en el médico	184
Anexo 3: Inventario de ansiedad de Beck	185
Anexo 4: Inventario de depresión de Beck – II.....	186
Anexo 5: Cuestionario de uso de sustancias OMS - ASSIST	188
Anexo 6: Escala de estigma asociado al VIH.....	190
Anexo 7: Cuestionario de conocimiento CC-VIH	191
Anexo 8: Escala de apoyo social.....	199
Anexo 9. Cuestionario de creencias sobre el tratamiento	200
Anexo 10: Escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA	201
Anexo 11. Consentimiento informado	202

Resumen

El seguimiento médico en VIH es indispensable por sus consecuencias individuales y de salud pública. Los objetivos fueron identificar qué variables se relacionaban con tener fallas en el seguimiento en pacientes de una clínica de VIH de la Ciudad de México durante la pandemia por COVID-19, traducir y adaptar cuatro instrumentos psicométricos, explorar razones para mantener un adecuado/inadecuado seguimiento médico, indagar acerca del impacto de la pandemia en el seguimiento médico e implementar la entrevista motivacional para invitar a los pacientes con fallas en el seguimiento a retomar su atención. Se entrevistaron 87 personas con adecuado seguimiento y 39 con fallas en el seguimiento. En el análisis multivariado: mayor logaritmo de carga viral, los abandonos previos, inadecuada adherencia al TAR y sintomatología ansiosa fueron factores de riesgo para presentar fallas en el seguimiento. Las razones para llevar un adecuado seguimiento se relacionaban principalmente con mantener la salud y las razones para tener fallas en el seguimiento con: trabajo, problemas de salud y de comunicación con la clínica y falta de información sobre procedimientos de la clínica. Aquellos con fallas en el seguimiento reportaron que la pandemia dificultó su seguimiento, mientras que los de adecuado seguimiento reportaron que el sistema de citas implementado lo había facilitado. Prácticamente todos los pacientes en etapas de precontemplación/contemplación, avanzaron de etapa tras la intervención. Es importante monitorear a los pacientes con alto de riesgo de fallas en el seguimiento y diseñar intervenciones efectivas para abordar las variables relacionadas con el seguimiento médico de las personas que viven con VIH.

Abstract

Medical follow-up in HIV is essential because of its individual and public health consequences. The objectives were to identify which variables were related with follow-up failures in patients at an HIV clinic in Mexico City during the COVID-19 pandemic, to translate and adapt four psychometric instruments, to explore reasons for maintaining adequate/inadequate medical follow-up, to inquire about the impact of the pandemic on medical follow-up, and to implement motivational interviewing to invite patients with follow-up failures to return to their care. Eighty-seven persons with adequate follow-up and 39 with follow-up failures were interviewed. In multivariate analysis: higher logarithm of viral load, previous dropouts, inadequate adherence to ART and anxious symptomatology were risk factors for follow-up failures. Reasons for adequate follow-up were mainly related to maintaining health and reasons for follow-up failures were related to: work, health problems, institution-communication problems and lack of information on institution procedures. Those with follow-up failures reported that the pandemic made it difficult to follow-up their care, while those with adequate follow-up reported that the appointment system in place had made it easier. Almost all patients in the precontemplation/contemplation stage advanced to the next stage after the intervention. It is important to monitor patients at high risk of follow-up failures and to design effective interventions to address variables related to medical follow-up of people living with HIV.

Introducción

El siguiente documento es resultado de una investigación llevada a cabo para abordar el estudio del seguimiento médico en personas que viven con VIH durante la pandemia por COVID-19. En los primeros apartados, se exponen brevemente las generalidades del VIH y su epidemiología a nivel mundial y en México, así como la normativa que regula la atención a personas que viven con VIH en México. A continuación, se explica a qué se refiere la pérdida de seguimiento o, como se le llamó también en este estudio, las “fallas en el seguimiento”, que hacen referencia a la pérdida de contacto del paciente con los servicios de salud. Este concepto puede incluir: faltar a las consultas médicas, a recoger el medicamento o a hacerse estudios de laboratorio. Por lo tanto, esta variable se diferencia de la “adherencia al tratamiento farmacológico”, en que esta última se refiere exclusivamente al cumplimiento con la toma del medicamento antirretroviral.

Seguidamente, en el texto se describe cómo se ha medido en la literatura la pérdida de seguimiento y cuáles son las consecuencias de que las personas que viven con VIH abandonen su seguimiento médico. A continuación, se resumen los hallazgos encontrados en la búsqueda de la literatura acerca de las variables relacionadas con los problemas de seguimiento en personas que viven con VIH. Estas variables, con fines de usarse en este estudio, se clasificaron en variables sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas. Además, se agregaron algunas otras variables psicológicas que, aunque no aparecieron en la búsqueda realizada acerca del seguimiento médico, sí se han visto relacionadas con otras conductas de autocuidado en personas que viven con VIH (como la adherencia al tratamiento antirretroviral), y las cuales, se consideró que podrían tener un papel importante en la relación entre las fallas en el seguimiento y otras variables sociodemográficas sobre las que no podemos incidir. Tras esto, se incluyen dos apartados que describen brevemente el impacto que tienen las emergencias sanitarias en la población, y se pone en contexto la pandemia por COVID-19 en México y cómo puede afectar al seguimiento médico de las personas que viven con VIH.

En los siguientes apartados se exponen los fundamentos del modelo biopsicosocial, que enmarca este estudio, y se muestra el modelo teórico que se quiso probar en esta investigación, ilustrando todas las variables que se pretendían medir en el estudio. Además, se incluye un apartado sobre el modelo transteórico y la entrevista motivacional, una intervención que se consideró que podría ser adecuada para lograr que las y los pacientes con fallas en el seguimiento retomaran su atención médica. Este modelo evalúa las etapas en las que las personas encuentran ante la necesidad de llevar a cabo un cambio de conducta. Ha sido utilizado en muchas investigaciones acerca de conductas relacionadas con la salud, también en personas que viven con VIH, y ha mostrado ser eficaz en intervenciones breves, de una sola sesión e incluso vía telefónica. Seguidamente, se incluye una descripción del contexto donde se llevó a cabo el estudio, una clínica especializada en VIH, ubicada en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México donde se atienden enfermedades respiratorias. Además, se enmarca la situación en la que se realizó el estudio, y el impacto que la pandemia por COVID-19 tuvo en el funcionamiento habitual del hospital y la clínica.

Una vez expuesta esta información, se desarrolla el planteamiento del problema y se justifica la realización del estudio. Después, se describen el objetivo general, el cual fue identificar las variables relacionadas con las fallas en el seguimiento en la población de la clínica durante la pandemia por COVID-19; y también los objetivos específicos que se requerían para cumplir con el objetivo general. Además, se exponen tres objetivos secundarios que se realizaron a lo largo del proyecto: uno incluye la adaptación y validación de algunos instrumentos psicométricos acerca de confianza en el médico, estigma, creencias acerca del tratamiento y conocimiento sobre VIH y TAR, que no se encontraban validados en población mexicana con VIH; y otros dos objetivos dirigidos a evaluar la utilidad, de forma exploratoria, de una intervención breve basada en entrevista motivacional para lograr que las y los pacientes con fallas en el seguimiento estuvieran dispuestos a reincorporarse a la atención médica. Después, se describen las hipótesis de investigación y el diseño del estudio, para el que se propuso un estudio de casos y controles, en el que los casos fueron las personas con fallas en el

seguimiento (durante la pandemia habían faltado a alguna cita ya fuera para recoger medicamento o para realizarse estudios de laboratorio, sin acudir en el mes posterior) y los controles fueron aquellos que presentaron un adecuado seguimiento médico (no faltaron a ninguna cita durante la pandemia). También se explica en el texto la estimación del tamaño de muestra que se realizó y la definición y operacionalización de todas las variables (sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas) que se midieron en el estudio.

Tras esto, se explica el procedimiento para la búsqueda de literatura que se llevó a cabo para identificar qué variables se habían encontrado relacionadas con el seguimiento médico en personas con VIH en México y en el resto del mundo, se describe también el procedimiento utilizado para la validación de los instrumentos, para la identificación en las bases de datos de las y los pacientes con fallas en el seguimiento y para la recolección de los datos, que se llevó a cabo en una entrevista telefónica y con cuestionarios respondidos en línea (en algunos casos estos se respondieron de forma presencial). También se expone cómo se realizó la invitación a regresar a la atención con una intervención breve basada en entrevista motivacional. Finalmente, se describe cómo se analizaron los datos, para lo que se llevaron a cabo análisis bivariados de asociación y análisis multivariados de regresión logística; se exponen los recursos humanos y materiales necesarios para la investigación; y se enumeran las consideraciones éticas del estudio, que fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

En la sección de resultados se describen en primer lugar, los análisis que se llevaron a cabo como parte de las adaptaciones de los instrumentos psicométricos, los cuales dieron lugar a cuatro breves cuestionarios en español que resultaron válidos, confiables y fáciles de aplicar en población mexicana que vive con VIH. Después, se detalla cómo resultó la localización de pacientes con adecuado seguimiento médico y con fallas en el seguimiento, mostrando los diagramas de flujo correspondientes. Se enumeran y explican las razones que reportaron las y los pacientes para mantener un adecuado seguimiento, así como para haber presentado fallas en

el seguimiento médico. Después se muestran las diferencias encontradas en cada una de las variables entre el grupo de adecuado seguimiento y el grupo con fallas en el seguimiento, y se describen los modelos multivariados realizados para la identificación de factores de riesgo y protectores para presentar fallas en el seguimiento médico. Se presenta además el análisis de la etapa de motivación al cambio de las y los participantes en el grupo con fallas en el seguimiento y los resultados exploratorios de la implementación de una intervención breve basada en entrevista motivacional. Finalmente, se describe la opinión reportada por las y los participantes acerca del impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 en su seguimiento médico.

En la parte final del documento, se puede encontrar la discusión de todos los resultados hallados en el estudio. Se discute acerca de los problemas encontrados para localizar a pacientes con fallas en el seguimiento y la importancia de mejorar los sistemas de comunicación y localización de pacientes. Se mencionan las diferencias encontradas en las variables del estudio entre el grupo con adecuado seguimiento y el grupo con fallas en el seguimiento, tratando de dar explicaciones plausibles a esas diferencias. A continuación, se resumen los factores de riesgo y protectores para presentar fallas en el seguimiento que se encontraron en los modelos multivariados y la importancia de tenerlos en cuenta a la hora de diseñar programas e intervenciones para abordar el seguimiento médico en las y los pacientes con VIH. Después de esto, se discute acerca de la parte más cualitativa del estudio, es decir, las razones reportadas por los y las participantes para mantener un adecuado seguimiento o para faltar a sus citas de seguimiento, así como sus opiniones acerca del impacto que consideran que la pandemia tuvo en su seguimiento médico. Por último, se evalúa la etapa de motivación al cambio de los participantes antes y después de aplicar la intervención basada en entrevista motivacional y su posible efectividad para el abordaje de las y los pacientes con fallas en el seguimiento. También se mencionan las limitaciones del estudio, así como las recomendaciones que podrían abordarse en futuros estudios. Con todo esto, se resumen las conclusiones más importantes y las implicaciones clínicas que estos hallazgos podrían tener.

Antecedentes

VIH

Epidemiología a nivel mundial y en Latinoamérica

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus caracterizado por atacar al sistema inmune. El virus utiliza las células del sistema de defensas para replicarse, y estas dejan de ser funcionales para proteger al organismo contra infecciones, cánceres u otras enfermedades. Para medir la inmunosupresión se utilizan estudios de conteo de células T-CD4, que son las más afectadas por el VIH. Cuando una persona cuenta con menos de 200 células T-CD4 y ha adquirido infecciones oportunistas, se considera que está en fase de sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Esto puede tardar entre 2 y 15 años en suceder, y depende de que la persona tome o no tratamiento antirretroviral (TAR) (World Health Organization, 2018).

Se estima que en 2019 vivían en el mundo 38 millones de personas con VIH, de las cuales, 36.2 millones eran adultos mayores de 15 años. Ese mismo año, hubo 1.7 millones de nuevas infecciones, casi 5000 al día. Las muertes relacionadas a sida han disminuido desde que se introdujo el TAR, aun así, en 2019 hubo alrededor de 690.000 muertes. En cuanto al diagnóstico y tratamiento, se estima que más del 80% de las personas que tenían VIH en el mundo, conocían su diagnóstico y más de 25 millones de personas tenían acceso a tratamiento antirretroviral (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2020).

En la región de Latinoamérica, se estima que viven 2.1 millones de personas con VIH. El número de nuevas infecciones se ha mantenido estable en el tiempo y en 2019 adquirieron la infección cerca de 120.000 personas. En cuanto al número de muertes relacionadas con sida, estas se han reducido un 12% desde el año 2000, habiendo alrededor de 37.000 muertes en el año 2019 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2020). Los hombres que tienen sexo con hombres representaron el 41% de las nuevas infecciones, y junto con los otros grupos clave (mujeres trans, usuarios de drogas, personas que se dedican al sexo comercial) y sus parejas, representan tres cuartas partes de estas infecciones. En cuanto a la cascada de atención, en promedio, en 2017, el 77% de las personas con VIH conocían su diagnóstico, 61% estaban bajo

tratamiento antirretroviral y alrededor de la mitad, habían conseguido tener carga viral indetectable (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018).

Hoy en día el VIH es una infección crónica que puede controlarse y cuyo pronóstico ha mejorado, permitiendo mayor cantidad y calidad de vida desde que se introdujo el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), o comúnmente denominado TAR, (Janssen et al., 2015). Sin embargo, para que el TARAA sea efectivo y, en consecuencia, se pueda lograr el control de la infección (es decir, la supresión viral), es necesario un seguimiento médico continuo y una adecuada adherencia (>95%) al tratamiento farmacológico (Brinkhof et al., 2009). Los objetivos fijados desde 2013 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA/UNAIDS en inglés) tienen el fin de acabar con la epidemia de VIH/sida para el 2030. Para ello, se propusieron tres objetivos específicos conocidos como 90-90-90, que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban TAR y que el 90% de las personas que reciben TAR tengan supresión viral (UNAIDS, 2015). Aunque se ha avanzado mucho, y en todo el mundo, alrededor del 67% de las personas con VIH ya están bajo TAR (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2020), no se han alcanzado las metas propuestas y todavía quedan muchos esfuerzos por hacer.

Situación y normativa en México

En México, se estima que viven alrededor de 270,000 personas con VIH, siendo un 85% hombres adultos; al igual que ocurre en la región de Latinoamérica, se trata de una epidemia concentrada en poblaciones clave, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras/es sexuales, personas privadas de la libertad y personas transgénero (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018). En población general, la prevalencia es de 0.3%, mientras que existe una prevalencia del 12% en hombres que tienen sexo con hombres y casi del 10% en personas transgénero. Durante 2019, unas 17.000 personas adquirieron la infección, la gran mayoría fueron hombres adultos, alrededor de 2500 fueron mujeres y menos de 500 niños menores de 14 años, representando alrededor del 14% de las nuevas infecciones

que se dieron en Latinoamérica. El mismo año, se registraron alrededor de 4000 muertes relacionadas a sida, representando el 11% de las muertes relacionadas a sida que se dieron en toda Latinoamérica y siendo un 33% menos que las muertes ocurridas en 2010 (CENSIDA, 2020a; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018; Secretaría de Salud, 2020).

En México, las acciones gubernamentales para el control del VIH están a cargo del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA), encargado de aplicar las medidas de prevención, atención y control del VIH, proponer lineamientos y procedimientos técnicos, y fomentar la participación civil; entre otras atribuciones estipuladas en el Art. 46 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (CENSIDA, 2015; Secretaría de Salud, 2010); y también del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida (Conasida), instancia permanente encargada de la coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención y control del VIH, del sida, y de otras infecciones de transmisión sexual, este organismo está compuesto por los comités de Monitoreo y Evaluación: de Atención; de Prevención; y de Normatividad y Derechos Humanos (CENSIDA, 2020b).

Desde el 21 de junio del año 2000, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Modificación a la “*Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*”, norma que atiende a los lineamientos y directrices internacionales emitidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) y la Declaración de Compromiso de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en sesión especial sobre sida (UNGASS). Su objetivo fue establecer y actualizar los métodos de operación del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por VIH. Estas actividades abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y el tratamiento médico del VIH, ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México.

Las metas propuestas fueron la prestación de servicios de atención integral de calidad, el desarrollo de capacidades y competencia en salud; la promoción de la participación social para la acción comunitaria y el desarrollo de acciones que combatan el estigma y la discriminación relacionadas al VIH/sida. Contiene apartados acerca de la detección en mujeres embarazadas, la profilaxis post-exposición en casos de violación, las acciones a seguir ante accidentes laborales o la necesidad de hacer consejería pre y post-test a todas las personas que se realicen una prueba diagnóstica, entre otros apartados (CENSIDA, 2010).

Gracias a estas normativas, desde el 2003, el TAR ha sido de acceso gratuito universal en México a través de lo que se denominaba Seguro Popular (Molina-Vélez et al., 2018), ahora Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Aun así, algunas preocupaciones han surgido entre pacientes y proveedores de salud debido a las medidas de austeridad y a los cambios legislativos en materia de salud que se han llevado a cabo en el país. Sin embargo, el CENSIDA realizó un comunicado asegurando que “los recursos que se destinan a la compra y distribución de medicamentos antirretrovirales están garantizados para la continuidad de la atención de las personas que viven con VIH, para el año 2021 y siguientes ciclos” (CENSIDA, 2020c), por lo cual, por el momento, el acceso a TAR de forma gratuita parece estar asegurado para las personas que viven con VIH en México. Además, con el fin de mejorar la atención a las personas con VIH/sida y, sobre todo, de administrar efectivamente el inventario de TAR en todo el país, las pruebas de laboratorio y la entrega de TAR y otros medicamentos prescritos a las personas con VIH, en 2008 se diseñó el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), que es un sistema informático cuyo objetivo principal es automatizar y hacer más eficientes los procesos de seguimiento y administración de los tratamientos de las personas que viven con VIH/sida y que son atendidos de manera gratuita por la Secretaría de Salud en todo el país (CONASIDA, 2008). Estos sistemas de información y control son importantes, ya que, para alcanzar los beneficios que permite el TAR, es necesario que este sea administrado efectivamente y exista un adecuado seguimiento de las y los pacientes por parte del sistema de salud. Sin embargo, en 2016 se estimó que sólo el 63% de las personas

que vivían con VIH en México, seguían bajo seguimiento médico 60 meses después de iniciar tratamiento (CENSIDA, 2016) y se estima que sólo el 43% había logrado el control de la infección y se encontraba con carga viral indetectable (<50 copias/mL) en 2017 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018).

Seguimiento médico

Definición y medición de la pérdida de seguimiento

Como se mencionaba, un adecuado seguimiento médico es indispensable para que las personas con VIH puedan beneficiarse de los avances que el TAR ha permitido. Sin embargo, en los inicios de la pandemia por VIH, se prestó relativamente poca atención al seguimiento médico en sí, ya que el énfasis se hacía en el alto grado de mortalidad de las y los pacientes (Grimsrud et al., 2013). A pesar de la importancia que tiene este concepto, y del reciente énfasis que se propone de no sólo enfocarse en la adherencia al tratamiento farmacológico sino también en la adherencia al seguimiento médico (Mugavero et al., 2010), la definición y medición de “pérdida de seguimiento” no han sido estandarizadas, y tampoco las razones de las y los pacientes para no asistir a su clínica han sido evaluadas adecuadamente en muchos contextos (Brinkhof et al., 2009).

En general, la pérdida de seguimiento hace referencia al abandono o mal cumplimiento del seguimiento médico (citas con el médico, recogido de medicamento, etc), pudiéndose medir con diferentes criterios y definiciones (Mugavero et al., 2010). La razón por la que no existe un criterio establecido para medir el término “pérdida de seguimiento”, es debido al reto que presenta, y que se expone a continuación. Si para medir la pérdida de seguimiento se establece un intervalo de tiempo, puede que el límite sea muy estricto (por ejemplo, faltar a una cita considerarlo como abandono) y que se clasifiquen como “perdidos” a pacientes que quizá sí pensaban regresar a su seguimiento médico. Por otro lado, si se permite un intervalo muy grande se perdería sensibilidad (Chi et al., 2011). Además, se trata de una medición compleja, que implica medir muchas visitas que el paciente debe hacer a su clínica y que deben medirse de forma longitudinal. También surgen algunos debates, por ejemplo, ¿cómo considerar las citas

que se reprograman y de las que el paciente avisa previamente?, ¿o las citas que el paciente acude sin estar programadas? ¿o las que acude de urgencia? La complejidad y variabilidad de definiciones hace difícil establecer la forma más adecuada de medir la pérdida de seguimiento o las “fallas en el seguimiento”, siendo varias las alternativas utilizadas, dependiendo del contexto y del objetivo del estudio (Mugavero, Davila, Nevin, & Giordano, 2010).

En algunos casos, se opta por contabilizar las visitas no asistidas, o las visitas no asistidas en las que el paciente no acude de forma posterior dentro de un periodo de tiempo establecido; en otros casos se calcula la adherencia a las citas dividiendo las visitas asistidas entre las visitas programadas; otra opción de medición es la constancia de las visitas, por ejemplo, tener al menos una visita cada 3 meses; también se miden las brechas en la atención, por ejemplo, se considera brecha haber pasado 6 meses entre visitas asistidas; o incluso existen medidas más complejas, como la medida de desempeño de la Oficina de VIH/sida de la Administración de Recursos Humanos y Servicios (HRSA HAB) que mide que se hayan completado al menos 2 visitas asistidas durante un periodo de 12 meses, separadas por al menos 3 meses (Maskew et al., 2007; Mugavero et al., 2010). Además, en algunos estudios solo tienen en cuenta las visitas con el personal de infectología mientras que otros también toman en cuenta la recolección de los medicamentos (Rachlis et al., 2016). Como ocurre con la adherencia a la medicación antirretroviral, no existe un estándar de oro para medir la retención o la pérdida de seguimiento. Se deben considerar las ventajas y limitaciones de cada medida, particularmente en el contexto donde se quiere utilizar, antes de elegir una (Mugavero et al., 2010).

Por ejemplo, las clínicas en diferentes países o incluso dentro de los mismos países, dependiendo de sus contextos, tienen diferentes procedimientos e intervalos de tiempo para agendar citas a las y los pacientes. En algunos contextos se cita a las y los pacientes cada mes, mientras que en otros se hace más espaciado, hasta dos veces al año. Esto influirá en la idoneidad del criterio que debe seleccionarse para medir pérdida de seguimiento. Sin dejar de lado esto, actualmente el periodo de 180 días ha sido el más utilizado y el que se ha mostrado más útil, con una sensibilidad del 90.6% y una especificidad del 92.3% (Chi et al., 2011). Esto

es importante de tener en cuenta, ya que los porcentajes de pacientes con un mal seguimiento, así como las causas que llevan a él, difieren según el contexto, la definición y la forma de medición utilizada. En países desarrollados de Europa se ha llegado a encontrar entre un 2%-5% de pacientes que se pierden del seguimiento (Helleberg et al., 2012), en otros países del este de Europa se ha encontrado un 17% (Amirkhanian et al., 2016), mientras que en países en vías de desarrollo de África subsahariana hay estudios que muestran hasta un 35% de pacientes que abandonan su seguimiento (Carrquiry et al., 2015; Chi et al., 2011; Janssen et al., 2015). En el caso de Latinoamérica, en una cohorte que incluye a Argentina, Brasil, Chile, Honduras, México y Perú, y en el que se clasificaba como abandono del seguimiento el no tener contacto con el paciente en un periodo de un año, se encontraron porcentajes de pérdida de entre el 8% y el 31% (Carrquiry et al., 2015). En México, en dos trabajos realizados en la Ciudad de México se encontró un 12% de pérdida de seguimiento, uno de ellos estableció el criterio de pérdida en 180 días sin acudir a la clínica y el otro no define claramente como la midieron (Alaniz Cuevas, 2014; Soler Claudín, 2009). De todo esto se deriva la importancia de realizar estudios sobre pérdida de seguimiento específicos en el contexto de cada país y lugar de estudio.

Dadas estas razones, en este trabajo, los términos pérdida de seguimiento o “fallas en el seguimiento” harán referencia a tener omisiones en la asistencia a los servicios de salud. Dado que el estudio se realizó durante la pandemia por COVID-19, durante la cual, en el escenario donde se realizó el estudio, no había citas presenciales con infectología, y que solamente se requería que las y los pacientes acudieran a la clínica a recoger medicamento y a hacerse estudios de laboratorio, éstas fueron las dos únicas conductas que se utilizaron para definir las fallas en el seguimiento: faltar a realizarse estudios de laboratorio (carga viral y conteo de células T-CD4) y/o faltar a recolectar el medicamento antirretroviral. Además, para considerar que un paciente tiene fallas en el seguimiento, se verificó que no hubiera acudido en el mes posterior a su cita, para no contar como fallas en el seguimiento a las personas que hubieran tenido algún problema puntual pero que sí pretendían acudir a sus correspondientes citas. Por lo tanto, dejamos claro que las fallas en el seguimiento médico van más allá de la mera falta de

adherencia al tratamiento farmacológico, que indica no tomar o tomar inadecuadamente los medicamentos prescritos (Maskew et al., 2007), aunque ambos conceptos se encuentran muy relacionados (Lee et al., 2016), ya que no llevar un adecuado seguimiento médico probablemente derive en una mala adherencia al TAR.

Consecuencias de no tener adecuado seguimiento médico

El seguimiento médico se ha convertido en un elemento clave e indispensable en la medición de la efectividad de los programas de TAR (Grimsrud et al., 2013); ya que, es un determinante importante de los resultados en la carga viral (CV), que es la cantidad de virus en una muestra de sangre, y en las células T-CD4 (Berg et al., 2005), y por lo tanto, del control de la infección (Gebrezgabher et al., 2017; Mehta et al., 2016). No lograr la supresión viral, aumenta la probabilidad de que la enfermedad progrese y de llegar a etapa de sida y, por tanto, de manifestar síntomas (Brinkhof et al., 2009; Carriquiry et al., 2015). Otra consecuencia que sucede cuando aumenta la carga viral, es que aumenta también la probabilidad de transmisión del virus (Janssen et al., 2015), habiéndose encontrado relación entre la no retención y la transmisión del VIH (Mugavero et al., 2010; Skarbinski et al., 2015).

Además, en numerosos estudios se ha observado que la no retención aumenta la probabilidad de mortalidad (Giordano et al., 2007; Mugavero et al., 2010). En una revisión sistemática sobre el seguimiento y la mortalidad en países con bajos ingresos se encontró que tanto la pérdida de seguimiento como la mortalidad se dan lo más comúnmente en los primeros seis meses (Blutinger et al., 2014; Brinkhof et al., 2009; Hassan et al., 2015), y que el riesgo de mortalidad es sustancialmente mayor en pacientes que han abandonado su seguimiento (Brinkhof et al., 2009).

Finalmente, no tener una adecuada adherencia y seguimiento médico se relacionan con mayor probabilidad de desarrollar resistencia a los medicamentos (de Almeida et al., 2014; Maskew et al., 2007), lo que significa que el virus muta, adquiere una mayor capacidad de replicarse y de agotar las células T-CD4 (Deeks et al., 2001) dejando de ser sensible al

tratamiento, lo que obliga a cambiar de esquema de medicación, siendo limitadas las opciones. Además, existe la posibilidad de transmitir este virus mutado, siendo las personas que lo adquieren, también resistentes a los fármacos a los que el virus adquirió resistencia (Little et al., 2002).

Variables relacionadas con las fallas en el seguimiento

En México se encontraron pocos estudios acerca de las variables psicológicas relacionadas con la pérdida de seguimiento, y los estudios en Latinoamérica son también escasos (Alaniz Cuevas, 2014; Carriquiry et al., 2015; World Health Organization, 2011). Se han realizado estudios en otras regiones, que analizan variables, sobre todo sociodemográficas y clínicas, relacionadas con el abandono del seguimiento médico. En estos estudios, los resultados difieren a menudo dependiendo del contexto y la forma de medición. Las variables, con fines de investigación y claridad para este estudio, se clasificaron en variables sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas. Además, se añadieron variables que podrían también relacionarse con la pérdida de seguimiento, ya que, aunque no aparecieran en la primera búsqueda de la literatura que se realizó, si existe evidencia de su relación con otras conductas de autocuidado en personas con VIH, como la adherencia al tratamiento farmacológico.

Variables sociodemográficas

En cuanto al sexo, generalmente los hombres tienen mayor riesgo de perderse del seguimiento. En un estudio longitudinal realizado con una cohorte de seis países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Honduras, México y Perú), donde la pérdida de seguimiento se estableció en un año sin tener contacto con el paciente, el sexo masculino se encontró con mayor probabilidad de haber abandonado el seguimiento (De Boni et al., 2018), también en un estudio de casos y controles realizado en la Ciudad de México, ser hombre aumentaba el riesgo de perderse, incluso en análisis multivariados (Alaniz Cuevas, 2014). En otros estudios de cohorte en África Subsahariana también los hombres se han encontrado con un mayor riesgo de perderse (Asiimwe et al., 2016; Dalhatu et al., 2016) y las diferencias son más

significativas durante el primer año de la toma de TAR (Hassan et al., 2015). Aunque, cabe mencionar, que en otros estudios no se ha encontrado relación entre la pérdida de seguimiento y el sexo de las y los participantes (Akilimali et al., 2017). La mayoría de los estudios mencionados no discuten por qué los hombres tienen mayor riesgo de perderse, pero algunos proponen que estos resultados podrían explicarse por las diferencias de género en los comportamientos de búsqueda de atención (Braitstein et al., 2008), o la diferencia de oportunidades para ser diagnosticados, por ejemplo, a las mujeres embarazadas se les hace la prueba de forma rutinaria (Hassan et al., 2015). Otra posible explicación puede ser que los hombres suelen tener mayor consumo de alcohol y otras drogas (Erol & Karpyak, 2015), lo que se ha visto que aumenta el riesgo de perderse del seguimiento. También es posible que hombres y mujeres de esas muestras difieran en otras variables, como el estado civil, que también pueden influir en el abandono del seguimiento. Por ejemplo, en uno de estos estudios, los hombres, en el momento que iniciaron TAR, tenían una menor cantidad de células T-CD4, es decir, estaban en etapas más avanzadas de la enfermedad (Dalhatu et al., 2016). Para saber esto, se necesitan más estudios que hagan comparaciones de estas variables entre hombres y mujeres cuando evalúen el seguimiento médico.

En cuanto a la edad, en general, los estudios resaltan que las y los más jóvenes tienen mayor riesgo de perderse. En la cohorte latinoamericana mencionada previamente, ser más joven se relacionó con mayor probabilidad de abandonar el seguimiento (Carriquiry et al., 2015). En un estudio realizado en una clínica de la Ciudad de México, el grupo con mayor pérdida de seguimiento fueron los que tenían entre 25 y 29 años, y ser más joven aumentaba el riesgo de perderse del seguimiento médico incluso en los análisis multivariados (Alaniz Cuevas, 2014). También en estudios realizados en Brasil, Estados Unidos, Canadá, África Subsahariana o India, las y los pacientes más jóvenes tenían mayores porcentajes de abandono del seguimiento (Alvarez-Uria et al., 2013; Asiimwe et al., 2016; Connors et al., 2017; de Almeida et al., 2014; Ghidei et al., 2013; Gill & Krentz, 2015; Hassan et al., 2015, 2015; Westergaard et al., 2013). Algunos autores discuten que esto puede deberse a los desafíos psicosociales como

el estigma, la discriminación y la no revelación del diagnóstico, que sufren en mayor medida las y los participantes más jóvenes (Rao et al., 2007); estas variables se ha visto que pueden interferir en el seguimiento médico, ya sea facilitándolo, como en el caso de compartir el diagnóstico (Arrivé et al., 2012), o aumentando la probabilidad de abandonarlo, como ocurre cuando sufren estigma (Reisner et al., 2009).

Sobre el nivel educativo, se han encontrado resultados que parecen contradictorios, un menor nivel educativo se relacionó con mayores tasas de abandono del seguimiento en algunos estudios longitudinales realizados en Canadá (Gill & Krentz, 2015), en la Ciudad de México (Alaniz Cuevas, 2014) o en África, mientras que en un estudio de cohorte realizado en África Subsahariana, mayor nivel educativo se relacionaba con mayor probabilidad de perderse del seguimiento (Akilimali et al., 2017). Esto podría deberse a que distintos mecanismos pueden estar actuando en conjunto con el nivel educativo. En el caso de tener un menor nivel educativo, podría ser realmente la falta de información sobre el VIH y el TAR, lo que está produciendo fallas en el seguimiento. Cuando la pérdida se da en los casos de un alto nivel educativo, el estigma podría estar jugando un papel importante.

En cuanto al estado civil, ser soltero se relacionó con mayor probabilidad de perderse del seguimiento en varios estudios realizados en países de recursos limitados (Akilimali et al., 2017; Alvarez-Uria et al., 2013; Bekolo et al., 2013); en otros, ser viudo (Allam et al., 2014), separado o divorciado aumentaba el riesgo de perderse del seguimiento (Asiimwe et al., 2016). Esto podría relacionarse con el apoyo social, en este caso que la pareja puede brindar tanto a nivel instrumental como emocional y que puede ser un facilitador para llevar un adecuado seguimiento médico y tener una adecuada adherencia al tratamiento.

Variables clínicas

En cuanto a variables clínicas, lo más estudiado han sido la carga viral y el conteo de células T-CD4. En general, una mayor cantidad de carga viral se relacionó con mayor probabilidad de perderse del seguimiento. Este resultado se tuvo en muestras de pacientes de

México (Alaniz Cuevas, 2014; López-Jaramillo et al., 2015), también en un estudio de cohorte realizado en Estados Unidos (Agwu et al., 2015) y en estudios longitudinales realizados en Canadá y África (Aliyu et al., 2019; Gill & Krentz, 2015). Sin embargo, en Brasil, no se encontró relación entre la carga viral y el cumplimiento con el seguimiento médico, cuando se consideraba como abandono a los 90 días de no tener contacto con el paciente tras no asistir a una cita programada (de Almeida et al., 2014), tampoco en otro estudio realizado en Canadá (Connors et al., 2017). Algunos de estos estudios fueron transversales (Alaniz Cuevas, 2014; López-Jaramillo et al., 2015), debido, en gran medida, a la dificultad de evaluar longitudinalmente a pacientes que se han perdido del seguimiento, y no dejan claro en qué momento se midió la carga viral. En esos casos, no podemos saber si la carga viral era alta antes de que se perdieran del seguimiento o fue la pérdida de seguimiento lo que provocó que aumentara la carga viral, ya que, probablemente se dejó de tomar el tratamiento. Otros estudios indican que fueron retrospectivos o incluso prospectivos y tomaron en cuenta la carga viral medida antes de que las y los pacientes se perdieran (Agwu et al., 2015; Aliyu et al., 2019; Gill & Krentz, 2015). En ambos casos, los resultados sugieren que es importante tener en cuenta la carga viral, y que es una variable que se recomienda monitorear con regularidad para identificar tempranamente a aquellas/os que están en más riesgo de perderse y darles un seguimiento más estrecho.

En cuanto a las células T-CD4, en un estudio de casos y controles realizado en la Ciudad de México, estar inmunosuprimido, se relacionó con la pérdida de seguimiento (Alaniz Cuevas, 2014). También en otros estudios de casos y controles y de cohorte, realizados en África subsahariana, un bajo conteo de las células T-CD4 se relacionó con mayor probabilidad de haber abandonado el seguimiento (Akilimali et al., 2017; Hassan et al., 2015; Nakiwogga-Muwanga et al., 2014), también en uno longitudinal y en una revisión realizados en Canadá se obtuvo el mismo resultado (Connors et al., 2017; Gill & Krentz, 2015). Aunque, por otro lado, en un estudio de cohorte realizado con jóvenes de Estados Unidos, en el análisis multivariado no se encontró relación entre la pérdida de seguimiento y la cantidad de células T-CD4 (Agwu

et al., 2015). Al igual que ocurre con la carga viral, algunos de estos estudios no indican cuándo fue medida la cantidad de células T-CD4 (Alaniz Cuevas, 2014), y no permiten saber si se trata de un predictor de la pérdida de seguimiento o una consecuencia de esta; en otros estudios (Akilimali et al., 2017; Gill & Krentz, 2015) sí sabemos que la cantidad de células T-CD4 fue medida antes de que las y los participantes se perdieran del seguimiento. Como se mencionaba acerca de la carga viral, también se debe prestar atención y monitorear la cantidad de células T-CD4, además de por su importancia clínica, porque puede ser un indicador de problemas en el seguimiento.

La co-infección por tuberculosis se ha encontrado relacionada con la pérdida de seguimiento (Alaniz Cuevas, 2014; Janssen et al., 2015; Nakiwogga-Muwanga et al., 2014). También otras infecciones como el sarcoma de Kaposi (Alaniz Cuevas, 2014), la criptococosis o tener hemoglobina reducida se han relacionado con fallas en el seguimiento (Asimwe et al., 2016). En el estudio realizado con pacientes de la Ciudad de México, padecer sobrepeso, desnutrición, hepatitis B o tener infecciones oportunistas como toxoplasmosis o linfoma, se relacionaron con el abandono del seguimiento (Alaniz Cuevas, 2014). Los efectos adversos del medicamento también se han reportado como motivos para abandonar el seguimiento en varios estudios cualitativos realizados en África subsahariana (Bezabhe et al., 2014; Brinkhof et al., 2009). Esto puede estar explicado por una falta de información acerca del VIH y del tratamiento, así como por creencias erróneas (toxicidad) acerca del TAR.

Con respecto al tiempo de tratamiento, se han encontrado resultados que podrían parecer contradictorios también. En distintos países de Latinoamérica, se encontró que llevar más tiempo bajo TAR se relacionaba con una mayor probabilidad de perderse del seguimiento médico (de Almeida et al., 2014; De Boni et al., 2018). También, en un estudio de casos y controles realizado en África subsahariana, donde se consideraban perdidos tras 90 días, iniciar el tratamiento tardíamente se encontró relacionado con abandonos del seguimiento (Nakiwogga-Muwanga et al., 2014). Sin embargo, en un estudio realizado en Canadá, se encontró lo contrario, menor tiempo atendiéndose se relacionó con más fallas en el seguimiento (Connors

et al., 2017). Finalmente, en otro estudio realizado con jóvenes de Estados Unidos, no se encontró relación entre el tiempo de diagnóstico y el abandono del seguimiento (Agwu et al., 2015). Esto podría deberse por un lado a las distintas definiciones de pérdida de seguimiento utilizadas, por otro lado, se sugiere que el mecanismo que explica que aquellas/os con mayor tiempo en tratamiento se pierdan del seguimiento sea una falta de motivación por parte de las y los pacientes después de llevar mucho tiempo con el tratamiento o la forma en que evalúan la enfermedad, si la ven como algo controlable o no, como un desafío o como una amenaza. Sin embargo, en el caso de aquellas personas con poco tiempo bajo tratamiento, lo que explica que se pierdan podría estar más relacionado con la falta de conciencia de enfermedad y una desinformación acerca del VIH y sus consecuencias, que es más probable que se dé cuando se lleva poco tiempo con el diagnóstico.

Relacionado a lo anterior, se ha encontrado que la etapa de la enfermedad también se relaciona con la probabilidad de perderse del seguimiento. En el estudio realizado con pacientes de la Ciudad de México, así como en la cohorte latinoamericana, estar en una etapa más avanzada de la infección se relacionó con fallas en el seguimiento (Alaniz Cuevas, 2014; Carriquiry et al., 2015). En otro estudio de cohorte realizado en África subsahariana también se encontró relación en el análisis univariado entre quienes se diagnosticaron en una etapa más avanzada de la enfermedad y el abandono del seguimiento (Hassan et al., 2015). Esto se relaciona en gran medida con la carga viral y las células T-CD4 que se mencionaban anteriormente, ya que éstas definen la etapa de la enfermedad en que se encuentra la persona.

El estado de salud también se ha reportado como motivo para perderse del seguimiento médico. Por un lado, la pérdida de peso o estar demasiado enfermo para desplazarse a la clínica pueden hacer que las y los pacientes abandonen su seguimiento (Asiimwe et al., 2016; Brinkhof et al., 2009; Yehia et al., 2015); pero también, sentirse bien físicamente se ha reportado como motivación para dejar de asistir a las consultas médicas en varios estudios (Brinkhof et al., 2009; Gill & Krentz, 2015; Kuznetsova et al., 2016). Aunque parezca un hallazgo contradictorio, de nuevo diferentes mecanismos podrían ser responsables de esta situación. En el

primer caso, un mal estado de salud puede relacionarse con barreras estructurales y dificultad para desplazarse a la clínica, lo que podría provocar una mayor probabilidad de abandonar el seguimiento. En el segundo caso, un buen estado de salud, en personas con poca conciencia de enfermedad, con desinformación acerca del VIH o con creencias erróneas acerca de este y del TAR, podría dar el mismo resultado de favorecer el abandono del seguimiento.

Finalmente, otra variable que se ha encontrado relacionada con el seguimiento médico es el tipo de tratamiento. Ciertos medicamentos antirretrovirales (Truvada® + Kaletra® o Kivexa® + Efavirenz® comparados con Atripla®) se relacionaron con mayor pérdida de seguimiento en un estudio en la Ciudad de México (Alaniz Cuevas, 2014). También en un estudio realizado en Uganda se encontró que aquellas/os pacientes con regímenes basados en tenofovir tenían mayor riesgo de perderse del seguimiento (Asiimwe et al., 2016). En este sentido, harían falta más estudios que dieran claridad sobre si estas relaciones se deben a los efectos secundarios de los tratamientos o a la complejidad de los regímenes, ya que, en los estudios mencionados, esto no se discute.

Variables contextuales

Varios determinantes sociales se han encontrado frecuentemente relacionados con el seguimiento médico. Barreras económicas, un menor ingreso, no tener vivienda propia o vivir más cantidad de personas en el mismo hogar, se encontraron relacionadas con mayor probabilidad de abandonar el seguimiento en un estudio con pacientes de la Ciudad de México (Alaniz Cuevas, 2014). Otras barreras, como problemas económicos o falta de dinero para transportarse, son razones ampliamente reportadas por las y los pacientes para perderse del seguimiento médico tanto en países de escasos recursos (Bezabhe et al., 2014; Brinkhof et al., 2009; Lankowski et al., 2014; Layer et al., 2014) como en países desarrollados (Gill & Krentz, 2015; Yehia et al., 2015). Haber sido recientemente privado de la libertad y no tener seguro médico se encontraron relacionados con la fallas en el seguimiento en Estados Unidos (Westergaard et al., 2013). Estar desempleado (Allam et al., 2014; Támara-Ramírez et al., 2016) o no poder faltar al trabajo también es una razón para omitir citas y para finalmente perderse del

seguimiento (Layer et al., 2014). Dificultades estresantes de la vida, como tener un familiar enfermo, pueden influir en que las y los pacientes se pierdan (Kuznetsova et al., 2016; Layer et al., 2014). Vivir más lejos de la clínica o no vivir en la ciudad, se han reportado como motivos que favorecen la pérdida de seguimiento en estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y África (Akilimali et al., 2017; Bekolo et al., 2013; Bilinski et al., 2017; Connors et al., 2017).

Variables relacionadas con la atención

En cuanto a la relación con las y los profesionales de la salud, una mala actitud del personal médico en general se reportó como motivo para abandonar el seguimiento (Kuznetsova et al., 2016). En Brasil, se encontró relación entre ser atendido por un médico en concreto, y la probabilidad de perderse del seguimiento (de Almeida et al., 2014). En Estados Unidos, la falta de constancia del médico tratante influyó en la pérdida de seguimiento (Westergaard et al., 2013). Y en México, se encontró que la falta de comunicación por parte del médico se relacionaba con una mala adherencia terapéutica (Herrera et al., 2008). Por otro lado, experiencias positivas con el personal de salud, y un personal de salud que responde a las necesidades emocionales de las y los pacientes, se han reportado como facilitadores para llevar un adecuado seguimiento médico (Hurley et al., 2018; Kuznetsova et al., 2016; Yehia et al., 2015). Esto sugiere la importancia de la relación médico-paciente en el continuo del tratamiento para pacientes con VIH.

Dentro de la relación médico-paciente, un elemento determinante es la confianza en el sistema de salud y en el médico. Esta variable se ha encontrado relacionada con la adherencia a los medicamentos, con la satisfacción con la atención (Anderson & Dedrick, 1990), y además, tiene un peso más fuerte cuando se trata de grupos históricamente estigmatizados (Pellowski et al., 2017), como es el caso de las personas que viven con VIH (Brincks et al., 2010; Piette et al., 2005; Thom et al., 1999).

Variables conductuales

Otra variable importante es la revelación del diagnóstico. En varios estudios se ha encontrado relación entre no haber compartido el diagnóstico y una incrementada probabilidad de perderse del seguimiento médico (Akilimali et al., 2017; Nakiwogga-Muwanga et al., 2014; Yu et al., 2018). También, en un estudio cualitativo realizado en Rusia, el miedo a compartir el diagnóstico fue reportado como barrera para continuar el seguimiento médico (Kuznetsova et al., 2016). Relacionado con esto, no estar preparado para aceptar el diagnóstico, también se ha encontrado asociado con el abandono del seguimiento en un estudio longitudinal realizado en Canadá (Gill & Krentz, 2015). Esto podría relacionarse con el estigma percibido y con el hecho de que asistir a las citas médicas puede hacer público el diagnóstico con personas con quienes no se había compartido (Catz et al., 2000). Además, no haber compartido el diagnóstico, se puede relacionar con una limitación en la red de apoyo con la que se cuenta, lo que podría ser un obstáculo añadido para llevar un adecuado seguimiento médico.

Otra variable que es importante contemplar es haber tenido abandonos previos del tratamiento. Esta variable se ha encontrado fuertemente asociada con perderse de nuevo del seguimiento. En un estudio realizado en Estados Unidos, del 8% al 30% de los que habían tenidos abandonos del tratamiento, volvían a perderse del seguimiento médico (Byrd et al., 2015). También llevar un seguimiento irregular se ha encontrado relacionado con una mayor probabilidad de perderse del seguimiento en un estudio de casos y controles realizado en la Ciudad de México (Alaniz Cuevas, 2014), estas variables pueden considerarse un foco de atención, ya que pacientes que empiecen a presentar estas conductas podrían estar en mayor peligro de perderse del seguimiento médico.

Variables psicológicas

Ansiedad y depresión. Los trastornos mentales son más prevalentes entre las personas que viven con VIH que en población general (Ciesla & Roberts, 2001; Kagee et al., 2017; Sullivan et al., 2011). En numerosos estudios, padecer depresión se ha asociado con peor adherencia al tratamiento antirretroviral (Amberbir et al., 2008; Gonzalez et al., 2011; Mayston

et al., 2012a; Nakimuli-Mpungu et al., 2012; Yu et al., 2018), y esta relación ha sido consistente a través de las muestras y el tiempo, no limitándose a la depresión como trastorno clínico. Como sería de esperar, la depresión se convierte entonces en un predictor de peores resultados del tratamiento, y se asocia con mayor probabilidad de fallo del tratamiento y de creación de resistencia a los medicamentos (Antelman et al., 2007; Hartzell et al., 2008).

En cuanto al seguimiento médico, en general, se ha encontrado una mayor probabilidad de abandonar el seguimiento en aquellas personas que presentaban problemas de salud mental como depresión, incluso en los análisis multivariados (Cichowitz et al., 2017; Yehia et al., 2015). Aunque en una revisión sistemática se llegó a la conclusión de que la variación de las medidas que se utilizan para medir el seguimiento médico hace difícil llegar a conclusiones certeras (Mayston et al., 2012b). Como en otras variables, existen resultados contradictorios en torno a la relación entre problemas de salud mental y cumplimiento del seguimiento médico. En Brasil, no se encontró relación entre la ansiedad y depresión con el abandono del seguimiento, cuando ésta se midió como 90 días sin tener contacto con el paciente tras no asistir a una cita programada (de Almeida et al., 2014), aunque quizá esto se deba a la forma de medición más estricta, ya que en la mayoría de los estudios se considera pérdida de seguimiento cuando han pasado entre 6 y 12 meses desde la última consulta asistida.

Por otro lado, en un estudio de cohorte realizado en Estados Unidos, donde se consideraba abandono del seguimiento el no haber asistido a la clínica en 6 meses, se encontró una relación inversa entre tener algún padecimiento de salud mental, y la pérdida de seguimiento. Es decir, quienes presentaban sintomatología ansiosa o depresiva era menos probable que se perdieran del seguimiento. Esto, probablemente se pueda explicar debido al seguimiento más cercano que pueden tener las y los pacientes con problemas de salud mental en países desarrollados, lo que evitaría que se perdieran del seguimiento (Byrd et al., 2015); por lo que debe tomarse con cautela a la hora de ser extrapolado a otros contextos de países con menos recursos como en el caso de este trabajo.

Uso de sustancias. El uso de alcohol y otras sustancias ha sido una de las variables más estudiadas y que más relacionada se ha encontrado con una mala adherencia al tratamiento (Mayston et al., 2012a; Vagenas et al., 2016) y también con la probabilidad de perderse del seguimiento médico (Williams et al., 2017). En una revisión sistemática aparecía como unas de las variables con mayor relación, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Bulsara et al., 2018).

También, en el estudio longitudinal realizado con la cohorte latinoamericana acerca del uso de alcohol y otras sustancias no inyectables, donde la pérdida de seguimiento se estableció como un año sin tener contacto con el paciente, se encontró que estas variables se relacionaban con un mayor riesgo de abandonar el seguimiento. El porcentaje de pérdida de seguimiento llegaba a ser de hasta el 30% en personas que consumían tanto alcohol como otras sustancias no inyectables (De Boni et al., 2018). También en pacientes de la Ciudad de México (Alaniz Cuevas, 2014) y en un estudio realizado en Colombia (Támara-Ramírez et al., 2016), se ha encontrado esta relación entre abandono del seguimiento y uso de alcohol y tabaco. En estudios realizados en África, se ha encontrado una relación que se mantiene significativa incluso en análisis multivariados entre el uso de alcohol y el abandono del seguimiento (Akilimali et al., 2017; Cichowitz et al., 2017; Lifson et al., 2012; Marcellin et al., 2008). De igual forma, el uso de drogas inyectables se ha encontrado relacionado con una mayor pérdida de seguimiento en estudios de casos y controles en pacientes de la Ciudad de México (Alaniz Cuevas, 2014), así como en estudios de cohorte y longitudinales realizados en Estados Unidos (Westergaard et al., 2013) y Canadá (Gill & Krentz, 2015).

Aunque, como ocurre con otras variables, también se han encontrado estudios donde el resultado mostraba que no había relación entre el uso de sustancias y el abandono del seguimiento médico, como un estudio observacional realizado en Brasil (de Almeida et al., 2014). Sin embargo, en varias revisiones sistemáticas se llegó a la conclusión de que la variación de medidas utilizadas no permitía llegar a conclusiones certeras acerca de la relación

entre el uso de sustancias y la pérdida de seguimiento (Azar et al., 2011; Mayston et al., 2012b; Vagenas et al., 2016).

Estigma. Podemos definir el estigma como un atributo profundamente descalificativo que reduce a la persona (Goffman, 1963). Las sociedades han creado una concepción particular de lo que significa vivir con VIH; esta concepción tiene connotaciones negativas que pueden llevar a la devaluación, el rechazo y la discriminación de quienes viven con el virus (Valverde et al., 2019), y esto puede darse en todos los ámbitos: familia, amistades o incluso entre el propio personal de salud que atiende a quienes viven con VIH. Por otro lado, el estigma internalizado se refiere a la aceptación que hacen las personas con VIH acerca de esos atributos negativos compartidos por la sociedad y la aplicación de estos a sí mismos (Rice et al., 2017).

A día de hoy, el estigma es una de las consecuencias más comunes que viven las personas con VIH, existiendo estudios que reportan que hasta un 80% sufre algún nivel de estigma (Baugher et al., 2018; Valverde et al., 2019). Este, se ha relacionado con resultados negativos que afectan al cuidado de quienes viven con VIH y que tienen implicaciones negativas a nivel afectivo, cognitivo y de salud mental, relacionándose con mayor probabilidad de depresión (Earnshaw et al., 2014; Palar, 2018; Rao et al., 2012; Sweeney & Vanable, 2016), de no compartir el diagnóstico (Overstreet et al., 2013; Wolitski et al., 2009) o de tener una mala adherencia a la toma del medicamento (Blake Helms et al., 2017; Turan et al., 2016, 2017).

El estigma también se ha encontrado relacionado con mayor probabilidad de perderse del seguimiento médico. En un estudio de cohorte realizado en Sudáfrica, en el que el criterio para considerar a las y los pacientes en pérdida de seguimiento era a los tres meses de no acudir a la clínica, se encontró una pérdida de seguimiento del 32% y una relación positiva entre el estigma asociado al VIH y el abandono del seguimiento médico (Cichowitz et al., 2017). También en estudios cualitativos en África Subsahariana, donde se ha encontrado más del 30% de pérdida de seguimiento, entre las razones más reportadas para perderse fueron el estigma, la

discriminación y los problemas sociales derivados de estos (Bezabhe et al., 2014; Brinkhof et al., 2009). En Europa oriental y en Canadá, también se ha encontrado relación entre el estigma y el abandono del seguimiento (Gill & Krentz, 2015; Kuznetsova et al., 2016). En otros estudios realizados en Estados Unidos, se encontró que existe relación entre estigma y retención en el seguimiento médico (Rice et al., 2017; Yehia et al., 2015), y que esta puede verse influida por el nivel de compromiso o la relación entre médico paciente (Valverde et al., 2019). De nuevo, existen algunos estudios que parecen encontrar que no hay relación entre el estigma y el seguimiento médico (Traeger et al., 2012; Wohl et al., 2011), por lo que más esfuerzos deben hacerse en la investigación de esta variable y su relación con la pérdida de seguimiento.

Conocimiento acerca del VIH y TAR. La falta de información acerca del VIH y el TAR (Hornschuh et al., 2017) puede ser un determinante clave de una mala adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH (Dyrehave et al., 2016; Molla et al., 2018; Weiss et al., 2003). A pesar de su importancia, no siempre se logran los niveles adecuados de información en aquellas/os que viven con VIH. En un estudio realizado en África subsahariana, solo el 3% de participantes conocía el nombre del antirretroviral que tomaban (Raberahona et al., 2019), y en otro, hasta el 8% de las y los participantes respondieron mal todas las preguntas que se les hicieron acerca del TAR (Yu et al., 2018). Además, el conocimiento relacionado con el VIH se asocia con otras variables que influyen en el cuidado de quienes viven con VIH, como el nivel educativo o la revelación del diagnóstico (Raberahona et al., 2019).

El conocimiento acerca del VIH y el TAR también se ha encontrado relacionado con el seguimiento médico, y ha sido reportado en algunos estudios cualitativos. En uno realizado en África subsahariana, la información errónea que se tenía acerca de la cura del VIH se reportó como una razón importante para perderse del seguimiento médico (Bezabhe et al., 2014). En otro estudio, no haber recibido una adecuada información y consejería aumentaba la probabilidad de que las y los pacientes se perdieran del seguimiento (Nakiwogga-Muwanga et al., 2014). Aunque la evidencia apunta a que esta variable podría influir en el abandono del seguimiento médico, la relación necesita ser estudiada más extensamente en nuestro contexto.

Otras variables que podrían estar relacionadas

Al hacer la búsqueda e investigación de qué variables se relacionaban con fallas en el seguimiento, y al hacer un análisis crítico sobre éstas, parecía que subyacentemente había una serie de variables que repetidamente aparecían como potenciales explicaciones de la relación entre las anteriores y la pérdida de seguimiento. Estas variables fueron el estigma, la cantidad de información que se tiene acerca del VIH, el TAR y cómo evoluciona la enfermedad, el apoyo social con que se cuenta, las creencias acerca del tratamiento y la evaluación cognitiva que se hace de la enfermedad. Por ejemplo, el hecho de que las personas solteras o divorciadas tengan un peor seguimiento médico puede explicarse porque tienen un menor apoyo social que aquellas personas casadas o con pareja estable. En el caso de las personas que tienen menos tiempo con el diagnóstico y es más probable que se pierdan del seguimiento, puede deberse a que en ese momento cuentan con menos información que aquellas personas que tienen más tiempo viviendo con VIH.

Algunas de estas variables, ya habían sido tomadas en cuenta, como es el caso del estigma y del conocimiento sobre VIH y TAR; el resto, se decidió añadirlas al estudio, aunque no hubieran aparecido en la primera búsqueda realizada. Estas variables, se han encontrado relacionadas con la adherencia al tratamiento antirretroviral, que ha sido más extensamente estudiada y, por tanto, se creyó que podían tener también una relación con la adherencia al seguimiento médico.

Apoyo social. El apoyo social se refiere a recibir, o al menos percibir como disponible, asistencia emocional, informativa o práctica/instrumental de parte de otras personas importantes, como familiares, amigos u otros relevantes. El apoyo social se ha mostrado como una variable fundamental que facilita el proceso de afrontar la enfermedad en general y también concretamente el VIH, y los estresores que éste implica, como la estigmatización o los efectos adversos del medicamento (Mao et al., 2018; Martínez Basurto et al., 2014; Remor, 2002).

Mientras, del modo contrario, la falta de apoyo social o puntuaciones más bajas en apoyo social se relacionan con más síntomas de depresión y ansiedad, peor salud percibida, más dolor, mayor estrés emocional y menor calidad de vida (Brenner et al., 2019; Cederbaum et al., 2017; Remor, 2002), y todavía se acentúa más en ciertas condiciones, como la que nos ocupa, ya que el aislamiento social es una de las consecuencias que se han visto relacionadas con el hecho de vivir con VIH (Cardona-Arias & Higuera-Gutiérrez, 2014; Martínez Basurto et al., 2014).

Además, un mayor apoyo social tiene consecuencias positivas sobre la promoción de la salud, las emociones y el afrontamiento a la enfermedad, además de fomentar conductas de autocuidado como la toma adecuada del medicamento (Rouhani et al., 2017; Simoni et al., 2006; Vervoort et al., 2009; Yehia et al., 2015). Por ello, se considera que el apoyo social podría también tener una influencia en la conducta del seguimiento médico, y que una falta de apoyo social podría desembocar en mayor probabilidad de abandonar el seguimiento.

Creencias acerca del TAR. Las creencias acerca del virus, y, sobre todo, acerca del tratamiento y su efectividad, son una variable muy importante para explicar la adherencia al TAR y que podría relacionarse también con las fallas en el seguimiento. Algunas razones reportadas por pacientes para rechazar el TAR incluyen percepciones negativas sobre el tratamiento, temores a los efectos secundarios, preocupaciones sobre la necesidad de una estricta adherencia, inconvenientes y problemas prácticos, el temor a daños a largo plazo y percepción de que no hay razón para comenzar a tomarlo si todavía no se presentan síntomas (Horne et al., 2007; Pellowski et al., 2017).

La investigación sugiere que las creencias más importantes que se relacionan con la decisión de tomar adecuadamente una medicación se pueden agrupar en 2 categorías: percepciones de necesidad o necesidad personal de tratamiento e inquietudes sobre los posibles efectos adversos. Estas dos categorías parecen predecir la adherencia a la medicación en una variedad de enfermedades crónicas, incluyendo el VIH (Horne et al., 2004, 2007). En un estudio

realizado con minorías en Estados Unidos, la necesidad percibida del tratamiento antirretroviral y las preocupaciones acerca de sus efectos adversos predecían la adherencia posterior al TAR, incluso cuando se controlaban otras variables clínicas y sintomatología de depresión (Horne et al., 2007). Por tanto, esta variable también podría relacionarse con el abandono del seguimiento en las personas que viven con VIH.

Evaluación cognitiva. La evaluación cognitiva es el proceso por el que un individuo evalúa o juzga un evento potencialmente estresante, en términos de amenaza, reto o desafío y control. En este caso, podemos considerar el diagnóstico de la infección por VIH como evento potencialmente estresante. La forma en que se evalúe tendrá un impacto en el estado emocional y las conductas que se lleven a cabo en torno a él (Nogueda-Orozco et al., 2016).

Si se evalúa la situación como poco amenazante y controlable, es posible ajustarse de forma adaptativa a la enfermedad (Anderson, 2000) y llevar a cabo conductas adecuadas de cuidado de la salud, como la toma del medicamento o la asistencia a consultas. Por otro lado, si la situación se evalúa como amenazante o incontrolable, y que supera las habilidades de afrontamiento de la persona, esto puede causar afectaciones emocionales, una mala adherencia al TAR y las consecuencias derivadas de esto, como el avance de la enfermedad (Nogueda-Orozco et al., 2016). Se podría esperar que, de igual forma, una evaluación cognitiva de amenaza y de poco control del evento, se relacionaran con el abandono del seguimiento.

Pandemia por COVID-19

Impacto de las emergencias sanitarias

Sin dejar de lado esto, es importante tomar en cuenta que el estudio se llevó a cabo en el momento en que se desarrollaba una pandemia mundial que afectó a prácticamente todas las poblaciones del mundo. A lo largo de la historia reciente, han surgido varias epidemias de enfermedades infecciosas (MERS, SARS, influenza, etc.) que han afectado no solo la salud física sino también la salud emocional de las poblaciones. Síntomas de ansiedad, depresión, estrés o problemas del sueño han sido ampliamente reportados en situaciones de pandemia (Lee

et al., 2007, 2018; Mak et al., 2009; McAlonan et al., 2007). La pandemia actual de COVID-19 proviene del virus del SARS-COV-2, el cual fue identificado por primera vez en la ciudad de Wuhan a finales del 2019, y la enfermedad causada por este, la COVID-19, fue declarada pandemia en marzo de 2020. Se sospecha que el virus tiene origen zoonótico, es decir, proviene de un hospedero animal, a lo que le siguió la transmisión de humano a humano. Comparado con otros coronavirus conocidos, no es tan patógeno, pero sí es más transmisible, lo que explica el elevado número de casos que se han estado reportando diariamente en todo el mundo (Dhama et al., 2020; WHO, 2021b).

Para abril de 2021 se habían contabilizado más de 142 millones de casos de COVID-19 en el mundo, y más de 3 millones de muertes. La región de las Américas es la que en ese momento acumulaba más casos (más de 60 millones). En México, se habían confirmado más de 2 millones de casos y más de 200.000 muertes debido al COVID-19 (WHO, 2021b). Los síntomas más comunes de COVID-19 son fiebre, tos, disnea, expectoración, dolor de cabeza, mialgia y fatiga. También se ha reportado diarrea, urticaria y dificultad para respirar. En muchas ocasiones, el virus puede cursar asintomático, aunque casi siempre se asocia con algún tipo de daño en los pulmones y aún en estos casos, sigue siendo transmisible (Lavezzo et al., 2020). Los adultos mayores y aquellos con enfermedades crónicas o tabaquismo (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Kalichman et al., 2020; Zhao et al., 2020), parecen ser más propensos a enfermar de gravedad, y en casos graves, el virus puede conducir a la muerte (Dhama et al., 2020).

En el momento del estudio, no existía un tratamiento específico para la enfermedad de COVID-19, pero sí se habían logrado desarrollar, en tiempo récord, varias vacunas que se suministraron por todo el mundo y que prometieron ser efectivas en la protección contra la enfermedad grave (WHO, 2021a). Aun así, desde el inicio de la pandemia, para contener el virus y evitar su propagación, además de la higiene de manos y el uso de equipo de protección personal como la mascarilla, se tomaron otras medidas de salud pública en todo el mundo, como el confinamiento, la cuarentena y/o la distancia social (Haider et al., 2020; Liu & Zhang, 2020;

Vibha et al., 2020). Estas medidas causaron pérdidas monetarias, de empleos, de escolaridad en niños y jóvenes, un aumento de la pobreza e insuficiencia de suministros (Ayithey et al., 2020; Ballivian et al., 2020; Brooks et al., 2020; Fernandes, 2020; Gruber et al., 2020; Verma & Chhonkar, 2020). Además, se ha comprobado que el confinamiento y el distanciamiento social, debido a que implican separarse de los seres queridos, incertidumbre, sensación de pérdida de libertad, de roles sociales y actividades cotidianas, soledad, aburrimiento y frustración (Algarin et al., 2020; Ballivian et al., 2020; Brooks et al., 2020), pueden ocasionar problemas de salud mental como un aumento del estrés, ansiedad y depresión, desarrollo de estrés postraumático, enojo, irritabilidad, estigma, abuso de sustancias e incluso un aumento de suicidios (Bao et al., 2020; Barbisch et al., 2015; Brooks et al., 2020; Rubin & Wessely, 2020; Tull et al., 2020), factores que a su vez pueden afectar la salud física (Gruber et al., 2020).

Se estima que las afectaciones de esta pandemia han sido tan severas por tres motivos, esta consistió en una amenaza a largo plazo, de la cual no se sabía la fecha en que terminaría; resultó ser un estresor multidimensional que afectó a nivel individual, familiar, educativo, político, etc.; y las medidas que se tomaron por seguridad a su vez bloquearon las actividades que normalmente servirían para reducir los efectos del estrés (factores protectores) (Gruber et al., 2020). Por otro lado, estas medidas tomadas para mitigar el impacto de la pandemia pudieron afectar al funcionamiento de los sistemas de salud, hospitales y centros de salud, pudiendo tener un impacto en el seguimiento médico de las y los pacientes con otras enfermedades crónicas, como es el caso de las personas que viven con VIH (Kalichman et al., 2020).

Seguimiento médico en pacientes con VIH durante pandemia por COVID-19

Como se mencionaba, la pandemia por COVID-19 representó una amenaza para la salud pública en la que los adultos mayores y las personas con enfermedades subyacentes importantes podían tener un mayor riesgo de enfermar de gravedad (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Aquellos con un sistema inmune comprometido, como ocurre con el VIH no controlado, y que tenían otras comorbilidades, demostraron tener mayor riesgo de complicaciones derivadas

de la enfermedad por COVID-19 (Shiau et al., 2020; Wang et al., 2020), aunque no existía evidencia definitiva para asegurar que el VIH en sí pusiera en mayor riesgo de contraer la enfermedad. En cuanto al riesgo de enfermar de gravedad, la evidencia resultó discordante, algunos estudios no encontraron mayor riesgo en personas con VIH que en personas sin VIH, mientras que en otros estudios, parecía que las personas con VIH tenían peores resultados al enfermar por COVID-19, no solo debido a la inmunosupresión y otras comorbilidades que comúnmente se encuentran en las personas que viven con VIH, como indicadores de enfermedad renal, sino también por peores condiciones de pobreza y nutrición, así como altos índices de uso de tabaco, alcohol y otras sustancias que pueden reducir la respuesta inmune (Dandachi et al., 2020; Kalichman et al., 2020; Park et al., 2020; Tesoriero et al., 2021). A pesar de que la evidencia acerca del riesgo de enfermedad grave no era concluyente, en las guías del CDC, el VIH se incluyó como condición médica de alto riesgo que debía tener prioridad a la hora, por ejemplo, de aplicar las vacunas para la COVID-19 (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Por todo esto, las medidas de distancia social y confinamiento fueron muy importantes en esta población, que podía tener más complicaciones si enfermaran por COVID-19. Como se mencionó, estas medidas se relacionaban con un aumento en los trastornos de salud mental, que de por sí, afectan en mayor proporción a las personas que viven con VIH (Brooks et al., 2020). Las consecuencias derivadas de estas medidas en personas que viven con VIH incluían la pérdida de empleo, el alejamiento de seres queridos y ansiedad generalizada, factores que podían influir a su vez en el empeoramiento de la salud (Ridgway et al., 2020).

Desde el principio de la pandemia, varios estudios preveían que las personas que viven con VIH serían vulnerables a interrupciones del tratamiento y de la atención debido a la pandemia por COVID-19 (Jiang et al., 2020; Kalichman et al., 2020; Shiau et al., 2020) y, efectivamente, la pandemia afectó a la atención de esta población de múltiples formas. Por un lado, interfirió con el seguimiento médico y las consultas con el equipo médico, que normalmente solo dependían de la habilidad de las personas para acudir a sus citas. En este

contexto, las restricciones derivadas de la pandemia, como el confinamiento, hicieron que en muchos lugares las citas presenciales no se pudieran llevar a cabo (Ridgway et al., 2020), por lo que se recomendaron las teleconsultas (Rockwell & Gilroy, 2020) para que las y los pacientes pudieran quedarse en casa y evitar traslados a la clínica. Este tipo de atención por llamadas o videollamadas, a pesar de que podía ser muy útil, dependía de un acceso adecuado a teléfono y/o internet para poder llevarse a cabo y representaba limitaciones en cuanto al alcance que podían tener estas consultas, ya que no había posibilidad de revisiones físicas (Shiau et al., 2020; Wootton et al., 2020). Por otro lado, el personal de salud y los hospitales, especialmente aquellos dedicados a enfermedades infecciosas, se vieron sobrepasados de trabajo por la atención a personas con COVID-19, lo que disminuyó el tiempo y la calidad de la atención otorgada a las personas con VIH, llegando incluso a paralizar ciertos servicios (Jiang et al., 2020; Ridgway et al., 2020).

Otro elemento afectado por la pandemia fue la obtención del TAR (Jiang et al., 2020; Nyoni & Okumu, 2020). Aunque el TAR es gratuito en México y debe estar garantizado para todas las personas que viven con VIH, la realidad es que estas debían desplazarse a sus clínicas para recogerlo y, durante la pandemia, el estrés financiero, la inseguridad de tener alimento y/o la pérdida de empleo, dificultaron la posibilidad de desplazarse a la clínica, y por tanto, la obtención del medicamento (Ayittey et al., 2020; Kalichman et al., 2020; McLinden et al., 2020). También el miedo a contagiarse, pudo hacer que algunas personas no quisieran salir de casa para ir a la clínica, sobre todo, si en su hospital se atendían pacientes con COVID-19 o si vivían lejos y necesitan utilizar transporte público (Kalichman et al., 2020).

Finalmente, se reportó que el acceso a pruebas rutinarias de detección de VIH también se redujo debido a la pandemia, lo que dificultó el acceso oportuno a los servicios de salud, retrasando con esto, el cumplimiento de los objetivos de la OMS para acabar con la epidemia de VIH (Jiang et al., 2020). Confirmando estos datos, en un estudio realizado en Estados Unidos a principios de la pandemia, cerca del 20% refirió haberse perdido al menos una cita en el mes anterior, y la mitad de ellos, lo relacionaban a la pandemia por COVID-19. Por otro lado, casi la

mitad reportó que su médico había cancelado alguna consulta. Además, aquellos que mostraban más cuidados para protegerse de la pandemia, referían más dificultad para poder acudir a su cita con farmacia y obtener su TAR. A pesar de esto, y aunque la atención médica sí se vio afectada, la adherencia al medicamento no parecía ser menor (Kalichman et al., 2020). En conclusión, la pandemia no solo afectó la economía y la salud física y mental de la población, sino también la calidad y el acceso a la atención médica de las personas que viven con VIH, por lo que resultó importante abordar esta problemática cuanto antes para asegurar el acceso al tratamiento antirretroviral y el adecuado seguimiento médico de esta población.

Marco conceptual: biopsicosocial

Este trabajo se enmarca dentro del modelo biopsicosocial, un modelo coherente de salud y enfermedad, que tiene en cuenta los factores sociales, ambientales, psicológicos y físicos (Rojas & Tobón, 2006) que influyen en este continuo. Este modelo (Engel, 1977) formulado por Engel, surgió como alternativa al modelo biomédico, que en ese momento se había convertido en un dogma (Roca et al., 1999). El modelo biomédico concebía la enfermedad en términos de desviaciones de la norma en cuanto a parámetros biológicos o somáticos, y los médicos no debían preocuparse de los aspectos sociales, psicológicos o conductuales, que quedaban fuera de su responsabilidad, en parte por su dificultad de medición (Engel, 1977).

Para Engel (1977), era necesario un modelo que enmarcara la realidad de las enfermedades dentro, tanto de experiencias de vida, como de desviaciones somáticas, ya que, centrarse en lo biomédico y excluir las alteraciones psicosociales, interferiría con el adecuado cuidado del paciente. Además, remarcaba que la alteración somática, por sí sola, no define a la enfermedad. La alteración somática puede presentarse antes de que se dé la enfermedad, en una etapa preclínica, por lo que es condición necesaria pero no suficiente, se necesita también la experiencia personal de enfermedad. Es importante establecer relaciones entre las alteraciones somáticas y las expresiones psicológicas y comportamentales de la enfermedad, que finalmente son las que interesa poder modificar.

Los factores psicosociales y comportamentales pueden influir en el desencadenamiento de una enfermedad, la severidad y el curso de esta, incluso más allá de la simple disposición genética. Del mismo modo, estos factores pueden tener un papel importante en el mantenimiento o recuperación de la salud, por lo que no pueden deslindarse de la parte meramente biológica (Engel, 1977). Por otro lado, el papel del médico en este sentido es esencial, ya que debe tener la habilidad de influir y modificar el comportamiento de las y los pacientes en la dirección que concuerde con sus necesidades en salud, además de conseguir que se reconozcan como pacientes, por lo que también necesita de conocimientos y habilidades psicológicas y educativas, algo que no se contemplaba en el anterior modelo biomédico (Engel, 1977).

Lo que Engel (1977) propone es que, a pesar de las ventajas que supuso el modelo biomédico, este modelo no es suficiente. Si se quiere comprender los determinantes de la salud y enfermedad y utilizar los mejores tratamientos de atención en salud, un adecuado modelo también debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema que se utiliza para tratar los efectos disruptivos de la enfermedad, es decir, el papel del médico y el sistema de atención médica. Esto puede ser cubierto por el modelo biopsicosocial. En ese momento, ya se había acumulado una importante cantidad de conocimiento sobre las variables psicosociales que afectan a la salud y la enfermedad con estudios clínicos y experimentales (Engel, 1977). Por lo que estos ya podían incluirse en el estudio del continuo salud-enfermedad sin dejar de lado el método científico.

Dentro de este modelo biopsicosocial, la intervención psicológica debe ser un proceso que implique la bidireccionalidad entre las dimensiones individuales y las características ambientales, y cuyo resultado debe ser un estado de equilibrio y bienestar biopsicosocial, mismo que se ha perdido de forma momentánea o duradera a causa de la enfermedad (Tobón, 2003). En este sentido, el modelo contempla que las variables psicológicas pueden estar teniendo un papel importante en el desarrollo de enfermedades, antes contempladas como meramente médicas. Por ejemplo, el estrés, el afrontamiento, los estados emocionales, etc., influyen en el curso de

enfermedad del VIH/sida. También, la depresión o el estrés afectan el sistema inmunológico y el endocrino, lo que influye en el desencadenamiento y evolución de esta enfermedad (Bayés, 1990; Bayés & Arranz, 1988). Es decir, características psicológicas e incluso del ambiente tienen un importante papel en el curso de enfermedades médicas como el VIH. Por todo esto, considerando que el modelo biopsicosocial tiene una visión más completa de lo que causa y mantiene una enfermedad, es este modelo el que enmarca el presente trabajo, y por ello, se decidió estudiar qué variables en el ámbito biológico, social, psicológico e incluso del sistema de salud, pueden estar influyendo en el seguimiento médico que tienen las personas que viven con VIH.

Modelo teórico propuesto

A continuación, en la Figura 1, se muestra el modelo teórico que se probó en el estudio, ilustrando todas las variables incluidas en él.

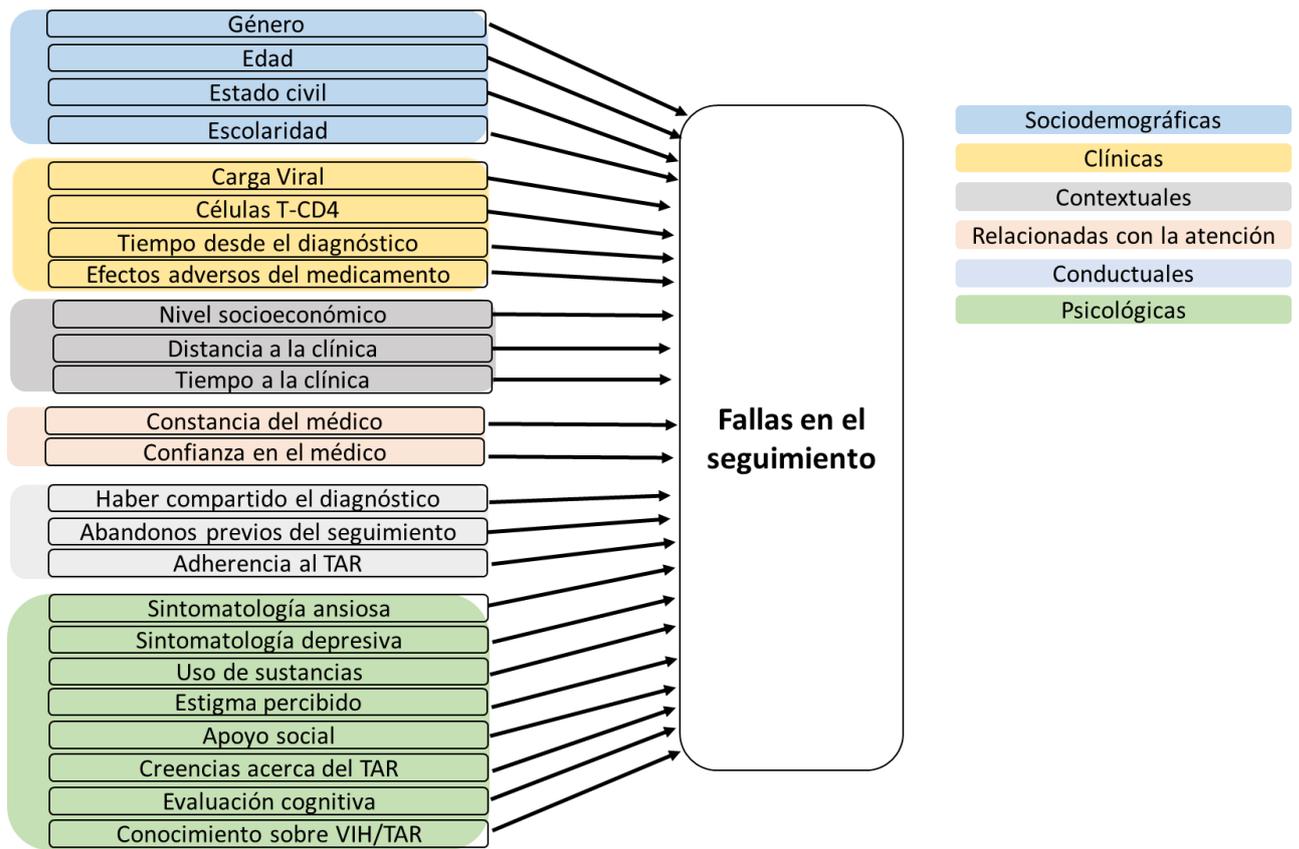


Figura 1. Modelo a probar en el estudio

Modelo transteórico: entrevista motivacional

La población con fallas en el seguimiento es de difícil acceso y representa un reto abordarla. Respecto a intervenciones que podrían utilizarse para invitar a las y los pacientes a reincorporarse al seguimiento médico, la entrevista motivacional resulta muy prometedora. Esta es una intervención basada en el Modelo Transteórico (MT), un modelo que explica el cambio conductual a través de una serie de etapas en las que se encuentra la persona con respecto al cambio de conducta (Prochaska et al., 1994).

El Modelo Transteórico contempla cinco etapas de cambio. En la etapa de precontemplación, la persona se muestra resistente al cambio y no identifica un problema, esto puede deberse a que está desinformada sobre las consecuencias de su conducta o que se siente incapaz de llevar a cabo los cambios necesarios. En la etapa de contemplación, se está más abierto a la información relacionada con conductas que pueden representar un problema, aunque

hay ambivalencia ante los pros y contras de cambiar la conducta. En la etapa de preparación ya se está pensando en el cambio de conducta próximamente y se empiezan a realizar pequeños pasos que acercan a él. En la etapa de acción las personas modifican abiertamente su comportamiento, y la etapa de mantenimiento comienza tras seis meses de cambios exitosos, aunque hay que tener en cuenta que en cualquiera de estas etapas puede haber recaídas (Prochaska et al., 1994).

Es importante identificar la etapa de cambio y las actitudes hacia el cambio de una persona hacia la realización de un comportamiento, ya que de esto va a depender la intervención que se elija. Por ejemplo, para pasar de la etapa de precontemplación a la de contemplación, son necesarias estrategias cognitivas y emocionales; mientras que para avanzar en las etapas posteriores, funcionan mejor las estrategias conductuales (Cabral et al., 2004).

El Modelo Transteórico ha sido utilizado en múltiples estudios con conductas relacionadas con VIH y ha mostrado su utilidad (Cabral et al., 2004; Gazabon et al., 2007; Naar-King et al., 2012). Dentro del Modelo Transteórico, la entrevista motivacional es una intervención breve que se ha mostrado efectiva para promover el cambio conductual y resolver la ambivalencia al cambio (Naar-King et al., 2012). La entrevista motivacional promueve la autonomía del paciente, fomenta la motivación y el compromiso con el cambio y está orientado a objetivos específicos, sobre todo de cambios en conductas relacionadas con la salud (Dillard et al., 2017; Kiene et al., 2016; Rollnick et al., 2008).

Una de las ventajas de la entrevista motivacional, es que, al basarse en las etapas de cambio en que se encuentran las personas, es más efectiva que las intervenciones que se diseñan de manera estándar, ya que tiene en cuenta las especificidades de cada etapa y la estrategia más conveniente en cada momento, sin dar por hecho que todas y todos los pacientes se encuentran listos para el cambio de conducta (Prochaska et al., 1994). Esta intervención se basa en la empatía y la colaboración con el paciente (Kiene et al., 2016) y utiliza algunas estrategias y

técnicas como las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, la validación, el reflejo o el resumen para favorecer la expresión de argumentos para el cambio (Naar-King et al., 2012).

La entrevista motivacional se ha mostrado efectiva en intervenciones de una sola sesión, y puede ser útil tanto en combinación con otras técnicas como por sí sola (Dillard et al., 2017), y por vía telefónica o combinada (Lovejoy, 2012; Teeter & Kavookjian, 2014). En varios estudios la entrevista motivacional se ha mostrado efectiva sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral (Genberg et al., 2013) y la reducción de comportamientos sexuales de riesgo (Kiene et al., 2016). Incluso en revisiones sistemáticas se ha encontrado efectiva sobre la adherencia al tratamiento, los comportamientos sexuales de riesgo, el uso de sustancias y otras variables relacionadas con la salud mental (Dillard et al., 2017; Naar-King et al., 2012).

Contexto: escenario durante pandemia por COVID-19

El estudio se llevó a cabo en una clínica especializada en VIH, el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), ubicado dentro de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). El CIENI es un centro de atención integral que realiza actividades clínicas, de investigación y educativas. Proporciona atención médica por parte de infectología, neumología, neurología, nefrología, dermatología, otorrinolaringología, gastroenterología, oftalmología, psiquiatría, psicología, nutrición, trabajo social, etc., tanto en consulta externa como en hospitalización, a alrededor de 1500 personas que viven con VIH en la Ciudad de México. También se realizan pruebas diagnósticas de VIH gratuitas con consejería, talleres educativos para pacientes y familiares y diversos protocolos de investigación clínica, básica y aplicada.

En cuanto al procedimiento que se seguía usualmente en el CIENI, antes de la pandemia, las y los pacientes que recibían el diagnóstico de VIH eran citados con infectología y con el servicio de psicología para una evaluación inicial. Los primeros meses se seguían citando con infectología cada 2 meses, y una vez que lograban el control virológico, se citaban cada 4-6 meses y se les pedían estudios de CV y de conteo de células T-CD4 para monitorear el

funcionamiento del TAR en cada una de estas citas. Existía también un servicio de consulta no programada, al que podían asistir las y los pacientes en caso de presentar alguna sintomatología inusual, y al que también solían acudir si faltaban a alguna de sus citas programadas. En ocasiones, si las y los pacientes faltaban a sus citas médicas, se les daba de baja de la institución y eran referidas/os a otra institución, aunque esto era decisión de su médico tratante, por lo que el periodo de tiempo sin acudir antes de darles de baja podía variar. En el CIENI, en revisiones de bases de datos, se han estimado niveles de abandono de más del 30%, y aunque no fueron estudios rigurosos, nos dan una idea de la importancia de tener un buen control de las y los pacientes que son atendidos aquí.

Durante la pandemia causada por COVID-19, el funcionamiento normal de la clínica se vio afectado, ya que el hospital donde se encuentra el CIENI, es un hospital de enfermedades respiratorias que se transformó en hospital COVID, y empezó a atender, en exclusiva, a pacientes con esta enfermedad. Esta situación obligó a cancelar las consultas médicas presenciales de las y los pacientes con VIH para preservar su seguridad. La toma de muestra para estudios de laboratorio y la entrega de medicamentos tuvieron que hacerse de forma mucho más organizada y controlada, con un sistema de citas, en el que las y los pacientes eran los responsables de comunicarse con la clínica para que se les agendara una cita cuando les quedara poco medicamento (suficiente para 15 días o menos). En caso de que las y los pacientes no llamaran, y se detectara que ya no tenían medicamento, se les llamaba por parte de la clínica (Trabajo Social). Este sistema se instauró para reducir la cantidad de pacientes en la clínica y evitar aglomeraciones. Además, se empezó a proveer tratamiento antirretroviral para una mayor cantidad de tiempo, para que las visitas de las y los pacientes fueran con menos frecuencia, pero sin dejar de asegurar que tuvieran medicamento disponible. Además, aquellas/os pacientes en los que se identificó que necesitaban un seguimiento más estrecho por parte de su infectólogo/a (recientes diagnósticos, personas con VIH no controlado, padecían otras enfermedades, etc.), se refirieron a otros centros de atención donde pudieran darles esa atención estrecha. Poco a poco

se empezaron a retomar las consultas con infectología y algunas otras especialidades, aunque de forma remota, por teléfono.

Aunque el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ya habían aprobado el protocolo de este estudio para llevarse a cabo de forma presencial, se realizaron algunas modificaciones al procedimiento del estudio para preservar la seguridad de las y los participantes y de las y los investigadores. Esta enmienda incluyó lo siguiente: en primer lugar, siguiendo las recomendaciones, y con el fin de adaptar la definición de “pérdida de seguimiento” o “fallas en el seguimiento” al contexto del estudio (Mugavero et al., 2010), se cambió la forma en que se mediría. Debido a la situación de pandemia, y a que ningún paciente estaba acudiendo a citas presenciales con su infectólogo, ya que no se programaban, en lugar de medir las omisiones a las citas médicas, se decidió medir las omisiones a las citas para estudios de laboratorio y de recolección del medicamento. Por otro lado, se decidió validar los instrumentos psicométricos de forma online, además de recabar los datos del resto de variables y realizar la intervención a través de una llamada telefónica y de responder los cuestionarios online (aunque en algunas situaciones específicas estos se respondieron de forma presencial). Todo esto con el objetivo de poder continuar con el estudio que se había planeado y sabiendo que existe evidencia acerca de que tanto la evaluación de variables psicológicas, incluso en personas con VIH en pérdida de seguimiento (Maskew et al., 2007), como la implementación de la intervención basada en entrevista motivacional, han demostrado ser eficaces llevándose a cabo de forma remota (Bee et al., 2008; Lovejoy, 2012; Teeter & Kavookjian, 2014).

Además, de forma justificada, se cambió la forma de obtener el consentimiento informado de las y los participantes. Debido a que se trataba de ver a las y los pacientes en persona lo menos posible, sería difícil que pudieran firmarlo, por tanto, se eligió informar vía telefónica acerca de los derechos que poseían, leerles la carta de consentimiento informado y enviársela por correo electrónico. Después de esto, se hacía la pregunta, “¿Está Ud. de acuerdo en participar en una investigación para identificar las variables relacionadas con la pérdida de

seguimiento en pacientes del CIENI?”. Si aceptaban y estaban de acuerdo en participar, dar su consentimiento de forma verbal era suficiente. Esto está justificado por el tipo de intervención que se realizó y por las medidas de prevención que se debían seguir debido a la pandemia por COVID-19. Las pautas estipulan algunas circunstancias en las cuales se dispensa el requisito de obtener consentimiento informado por escrito: a) si no es factible obtenerlo y los estudios b) tienen un importante valor social y c) sólo suponen riesgos mínimos para las y los participantes (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2016).

Además, se identificó que la situación de pandemia pudo influir en el seguimiento médico de las y los pacientes con VIH. El miedo a adquirir COVID-19, la inseguridad económica y el cambio en las rutinas familiares eran preocupaciones ampliamente compartidas por las y los pacientes atendidos en el CIENI, y podrían haber provocado que les resultara más difícil asistir a la clínica. Por ello, se decidió contextualizar el proyecto alrededor de la emergencia sanitaria, e incluir en la entrevista una pregunta abierta acerca de cómo la situación provocada por la pandemia había influido en su seguimiento médico (tanto a los que tenían fallas en el seguimiento como a los que tenían adecuado seguimiento).

Planteamiento del problema

Aunque el tratamiento antirretroviral ha permitido grandes avances en la lucha contra la epidemia del VIH, estos beneficios no se pueden alcanzar si las personas no llevan un adecuado seguimiento médico y toman su tratamiento antirretroviral como lo indica el médico. Las consecuencias individuales de no adherirse al tratamiento y no estar retenidos en la atención se traducen en peor estado de salud, complicaciones médicas, mayor gasto económico (Stricker et al., 2014), mayor probabilidad de crear resistencia a los medicamentos y de que estos tengan cada vez más efectos secundarios, y mayor probabilidad de transmitir el virus a otras personas. A nivel de Salud Pública, el tratamiento como prevención es una de las estrategias que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por las siglas en inglés) está impulsando, (Centers for Disease Control and Prevention, 2018), ya que, mantener a las personas bajo tratamiento es una estrategia costo-efectiva (Stricker et al., 2014) que permite evitar mayores gastos en salud; prevenir la transmisión del virus y evitar que se creen resistencias poblacionales a los medicamentos.

Durante la pandemia por COVID-19, no solo la economía y la salud física y mental de las y los pacientes se ha visto afectada, sino que también el acceso a los servicios de salud se ha visto alterado por varios factores. La atención presencial de las y los pacientes ha sido reducida/eliminada en muchos centros de atención, sustituyéndose, en el mejor de los casos, por teleconsultas a distancia. Se ha reportado también dificultad en la obtención del TAR y en el acceso a pruebas rutinarias de detección de VIH. La sobrecarga de trabajo en los hospitales, sobre todo en los dedicados a enfermedades infecciosas y/o respiratorias ha disminuido la calidad y el tiempo dedicado a la atención de pacientes con otras comorbilidades como el VIH. Además, la inseguridad económica y el miedo a contagiarse son barreras que dificultan el acceso adecuado a los servicios de salud en esta población, para la que es especialmente importante llevar un adecuado seguimiento médico (Brooks et al., 2020; Jiang et al., 2020; Kalichman et al., 2020).

A pesar de su importancia, los estudios acerca de la adherencia al seguimiento médico son escasos en comparación con aquellos realizados sobre adherencia específicamente al tratamiento farmacológico, además, los resultados no siempre son consistentes y dependen en gran medida del contexto. México no es una excepción, y en la revisión de la literatura realizada, se han encontrado pocos estudios sobre las variables que pueden estar influyendo en las fallas en el seguimiento que hayan sido realizados con población mexicana y, los que existen, casi no tienen en cuenta variables psicológicas y susceptibles de cambio con intervenciones psicosociales. Tampoco se han encontrado estudios sobre la eficacia de intervenciones para su reducción; ni en México, ni en la región de Latinoamérica (Alaniz Cuevas, 2014; Carriquiry et al., 2015).

Justificación

Varios estudios concuerdan en que la población con VIH podría ser un grupo especialmente vulnerable para presentar complicaciones graves por COVID-19. La inmunosupresión en las personas con VIH no controlado, las comorbilidades que con mayor frecuencia presenta esta población, así como el alto riesgo de uso de sustancias y de tabaquismo aumentan el potencial de enfermedad severa por COVID-19 en esta población. Además, las medidas de confinamiento y distancia social agravan los trastornos de salud mental que ya sufren en mayor proporción que la población general, y pueden afectar el acceso a los servicios de salud y al adecuado seguimiento médico en estas/os pacientes. En una situación de pandemia como la que se vive en la actualidad, no debe descuidarse el acceso a la atención que se ha logrado en estos años para las personas que viven con VIH.

Teniendo en cuenta la relevancia que se deriva de llevar un adecuado seguimiento médico de las y los pacientes que viven con VIH, a nivel individual (en cuanto a mantenimiento de la salud y calidad de vida) y a nivel de salud pública (en la disminución de gastos asociados al tratamiento de estas/os pacientes, en la reducción de la transmisión del virus y del desarrollo de resistencia a los medicamentos), se hace especialmente relevante la búsqueda de las razones y los factores de riesgo para el abandono del seguimiento médico, sobre todo aquellos

psicológicos y conductuales que se han reportado en la literatura, y que podrían agravarse durante la pandemia.

Por este motivo, se reconoce importante la realización de este trabajo, que incluyó el estudio (en conjunto) de variables que en la literatura se han mostrado relacionadas con el abandono del seguimiento, y, además, otras variables susceptibles de cambio con intervenciones psicosociales, que podrían estar explicando las relaciones entre las fallas en el seguimiento y las variables clínicas y sociodemográficas sobre las que no podemos incidir. Conocer los factores de riesgo para tener fallas en el seguimiento médico, y hacerlo en un contexto específico, es importante para, en primer lugar, poder construir modelos predictivos acerca de qué personas están en mayor riesgo de perderse del seguimiento y qué variables son las que están influyendo (y, por tanto, sobre las que se debe incidir); y, en segundo lugar, poder diseñar programas psicosociales efectivos en esta población para la prevención del abandono del seguimiento médico, así como intervenciones para rescatar a las y los pacientes que ya se están presentando fallas en su seguimiento médico.

En cuanto al escenario en el que se realizó el estudio, es relevante el trabajo, debido a que, hasta la fecha, no se conocía con certeza la proporción de pacientes en el CIENI que estaban presentando fallas en su seguimiento médico. Tampoco se conocían las razones más comunes por las que las y los pacientes dejaban de asistir a la clínica y perdían el contacto con los servicios de salud. Y, hasta el momento, no se ha establecido un procedimiento de búsqueda activa de estas/os pacientes que abandonan el seguimiento, ni tampoco existen intervenciones específicas para las y los pacientes que han abandonado el seguimiento o que tienen un alto riesgo de perderse. Además, realizar el estudio en una clínica ubicada en un hospital de tercer nivel convertido en hospital COVID, nos puede ayudar en la comprensión de la influencia que la pandemia por COVID-19 ha podido tener en el seguimiento médico de las y los pacientes con VIH en México. Este trabajo ayudó a esclarecer información faltante, y, contribuyó en la invitación a regresar al seguimiento médico, a través de la entrevista motivacional, a las y los pacientes que habían presentado fallas y que aceptaron participar en el estudio.

Objetivos

El objetivo general del estudio fue identificar qué variables se relacionan con las fallas en el seguimiento médico en personas que viven con VIH atendidas en una clínica especializada ubicada en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México durante la pandemia por COVID-19.

Objetivos específicos:

- Identificar la proporción de pacientes con fallas en el seguimiento.
- Conocer y describir las razones reportadas para mantener un adecuado seguimiento médico o tener fallas en el seguimiento.
- Evaluar si existen diferencias entre el grupo de adecuado seguimiento y el grupo con fallas en el seguimiento en las variables sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas.
- Evaluar la asociación entre fallas en el seguimiento y variables sociodemográficas (*género, edad, estado civil, escolaridad*).
- Evaluar la asociación entre fallas en el seguimiento y variables clínicas (*CV, células T-CD4, tiempo con el diagnóstico, efectos adversos del medicamento*).
- Evaluar la asociación entre fallas en el seguimiento y variables contextuales (*nivel socioeconómico, distancia a la clínica, tiempo que tardan en trasladarse a la clínica*).
- Evaluar la asociación entre fallas en el seguimiento y variables relacionadas con la atención (*constancia del médico, confianza en el médico*).
- Evaluar la asociación entre fallas en el seguimiento y variables conductuales (*haber compartido el diagnóstico, tener abandonos previos del seguimiento, adherencia al TAR*).

-Evaluar la asociación entre fallas en el seguimiento y variables psicológicas (*sintomatología ansiosa y depresiva, riesgo uso de sustancias, estigma asociado al VIH, apoyo social, creencias acerca del TAR, evaluación cognitiva, conocimiento sobre VIH y TAR*).

-Evaluar conjuntamente la asociación entre fallas en el seguimiento y las variables que, en los modelos previos, sean predictores de estas; identificando así factores de riesgo para abandonar el seguimiento.

-Conocer y describir el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 en el seguimiento médico de las y los pacientes de la clínica.

Objetivos secundarios:

-Adaptar y obtener la validación psicométrica de los instrumentos acerca de confianza en el médico, estigma asociado al VIH, creencias acerca del TAR y conocimiento sobre VIH y TAR.

-Describir la etapa de cambio motivacional de las y los pacientes con fallas en el seguimiento que participan en el estudio.

-Evaluar de forma exploratoria si una intervención breve basada en la entrevista motivacional es útil para conseguir que las y los pacientes con fallas en el seguimiento estén dispuestos a reincorporarse a la atención médica.

Hipótesis

H₁: Las variables sociodemográficas (*ser hombre, menor edad, sin pareja, menor escolaridad*) aumentarán la probabilidad de tener fallas en el seguimiento.

H₂: Las variables clínicas (*mayor carga viral, menor conteo de células T-CD4, más tiempo desde el diagnóstico, más efectos adversos derivados de la toma del TAR*) aumentarán la probabilidad de tener fallas en el seguimiento.

H₃: Las variables contextuales (*menor nivel socioeconómico, vivir más lejos de la clínica, tardar más tiempo en trasladarse a la clínica*) aumentarán la probabilidad de tener fallas en el seguimiento.

H₄: Las variables relacionadas con la atención (*médico no constante, menor confianza en el médico*) aumentarán la probabilidad de tener fallas en el seguimiento.

H₅: Las variables conductuales (*haber compartido el diagnóstico con menos personas, tener abandonos previos del seguimiento, menor adherencia al TAR*) aumentarán la probabilidad de tener fallas en el seguimiento.

H₆: Las variables psicológicas (*sufrir sintomatología ansiosa y depresiva, mayor riesgo para el consumo de alcohol y otras sustancias, más estigma asociado al VIH, menor apoyo social, menor necesidad percibida del TAR, percepción de alta amenaza y poco control sobre el VIH y menor conocimiento sobre VIH y TAR*) aumentarán la probabilidad de tener fallas en el seguimiento.

H₇: La intervención basada en entrevista motivacional será útil para que las y los pacientes con fallas en el seguimiento avancen en su etapa de cambio.

Método

Diseño de investigación

-Para alcanzar el objetivo general y los específicos, relacionados con la identificación de variables relacionadas con tener fallas en el seguimiento y conocer el impacto de la pandemia sobre el seguimiento médico, se utilizó un diseño de casos y controles. Por tanto, fue un estudio transversal, con alcance correlacional, que incluyó algunas preguntas retrospectivas.

En los diseños de casos y controles las personas con un desenlace de interés se emparejan con un grupo control que no tiene ese desenlace. De forma retrospectiva se investiga qué individuos estuvieron expuestos a ciertas variables o la prevalencia de las variables en cada grupo. Por lo tanto, estos estudios se basan en comparar los dos grupos, tratando de identificar posibles predictores del resultado, en este caso, las fallas en el seguimiento, es decir, determinan la importancia relativa de una variable predictiva en relación con la presencia o ausencia del resultado. Cuando el resultado en cuestión es raro de encontrar, los estudios de casos y controles son particularmente útiles, ya que se elige deliberadamente a los individuos con el desenlace que se quiere estudiar, en este caso, presentar fallas en el seguimiento médico, lo que permite que haya mayor proporción de casos en el estudio. Por esta razón son más rentables que los estudios transversales, en este caso se requieren comparativamente pocos sujetos, por lo que se tienen más recursos para estudiar a cada uno. Además, los sujetos no se exponen deliberadamente a las variables, por lo que los riesgos éticos son mínimos. Este tipo de estudios son relativamente rápidos y sencillos, ya que los datos se recaban una sola vez y se pueden estudiar múltiples resultados y/o exposiciones. La desventaja es que no permiten establecer relaciones causales, aunque sí permiten establecer hipótesis que pueden comprobarse con otro tipo de estudios (Mann, 2003).

-Para el primer y segundo objetivos secundarios, la validación de los instrumentos y la descripción de la etapa de cambio motivacional se utilizaron diseños transversales.

-Para el tercer objetivo secundario, evaluar si la intervención basada en entrevista motivacional fue útil para lograr cambios en las y los pacientes con fallas en el seguimiento, se utilizó un diseño pre-post, en el que se evaluó la etapa de cambio antes y después de la intervención.

Participantes

-Para la identificación de las variables relacionadas con tener fallas en el seguimiento y conocer el impacto de la pandemia por COVID-19 en el seguimiento médico, los participantes se eligieron entre las y los pacientes de la clínica, mayores de 18 años y con diagnóstico de VIH.

Casos: Fallas en el seguimiento. Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de VIH que se atendían en el CIENI
2. Mayores de 18 años
3. Con fallas en el seguimiento, si durante la pandemia de COVID-19 cumplieron al menos uno de estos criterios:
 - a. faltaron a alguna cita de toma de muestra para estudios de laboratorio sin acudir en el mes posterior (30 días siguientes)
 - b. faltaron a alguna cita para recoger medicamento sin acudir en el mes posterior (30 días siguientes)
4. Aceptaron participar y dieron consentimiento informado de forma verbal

Controles: Adecuado seguimiento. Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de VIH que se atendían en el CIENI
2. Mayores de 18 años
3. Con adecuado seguimiento médico, si durante la pandemia de COVID-19, cumplieron los siguientes criterios:
 - a. no faltaron a ninguna cita de toma de muestra para estudios de laboratorio
 - b. no faltaron a ninguna cita para recoger medicamento
4. Aceptaron participar y dieron consentimiento informado de forma verbal

Criterios de exclusión

-Que tuvieran alguna alteración neurológica que les impidiera participar en el estudio

-Que no desearan formar parte del estudio

-Para la validación de los instrumentos, las y los participantes fueron mexicanos, adultos (mayores de 18 años), con diagnóstico de VIH, que contestaron las escalas online.

-Para describir la etapa de cambio motivacional y evaluar si la entrevista motivacional fue útil para que las y los pacientes estuvieran dispuestos a reincorporarse a la atención médica, los participantes fueron todas/os aquellos identificados como “casos”, es decir, con fallas en el seguimiento.

Tamaño muestra

-Para la identificación de variables relacionadas con fallas en el seguimiento y conocer el impacto de la pandemia sobre el seguimiento médico, se invitó a todas/os los pacientes que durante el periodo de pandemia mientras el cual duró el estudio se identificaron con fallas en el seguimiento, y a una muestra de al menos el mismo tamaño de los que presentaron un adecuado seguimiento médico. Sin embargo, para asegurar el número mínimo de participantes necesarios para realizar los análisis estadísticos deseados, se utilizó el software estadístico G-Power (Erdfelder et al., 1996; Faul et al., 2007). Este programa calculó un tamaño de muestra necesario de 74 participantes para un análisis de regresión múltiple con 10 predictores (el modelo más grande, el de variables psicológicas), con un tamaño de error $\alpha=.05$, una potencia estadística $\beta=.95$ y un tamaño del efecto medio ($f^2=.15$). Por otro lado, la fórmula clásica para regresión logística multivariada de Freeman ($[n=10 * (k + 1)]$) (Freeman, 1987) implica que para 10 variables predictoras, es necesario un tamaño de muestra de 110 participantes.

-En el caso de la validación de instrumentos, se estableció una muestra de, al menos, 300 participantes para atenuar la varianza error (Nunnally, 1978) y obtener adecuados índices psicométricos.

-Por otro lado, para describir la etapa de cambio y evaluar exploratoriamente si la entrevista motivacional fue útil, se realizó solamente un análisis descriptivo, por lo que no fue necesario establecer un tamaño de muestra mínimo, sino que se utilizó a todas/os los pacientes que se habían detectado con fallas en el seguimiento.

Identificación y operacionalización de variables

A continuación, se incluye una tabla con la definición operacional y el nivel de medición de las variables que se evaluaron en el estudio. Aquí se incluye lo que se midió para clasificar a las y los pacientes con seguimiento médico adecuado o con fallas en el seguimiento, para establecer las razones más comunes para mantener un seguimiento adecuado o tener fallas en el seguimiento, para conocer el impacto de la pandemia sobre el seguimiento médico de las y los pacientes, para identificar variables relacionadas con las fallas en el seguimiento y para evaluar si la entrevista motivacional resultaba útil con estas/os pacientes con fallas en el seguimiento (*ver Tabla 1*). Se creó un formato de entrevista donde se capturó la información de todas las variables y los puntajes de los instrumentos (*ver Anexo 1*).

Tabla 1. Variables incluidas en el estudio y su definición operacional

Variable	Definición operacional	Nivel de medición / Opciones de respuesta	Cómo se obtendrá
Identificación casos y controles			
Seguimiento médico adecuado: Controles	Cumplía ambos criterios: -Durante la pandemia no había faltado a ninguna cita de toma de muestra -Durante la pandemia no había faltado a ninguna de recogida de medicamento	Nominal 0. No 1. Sí	Base de datos

Fallas en el seguimiento: Casos	Cumplía al menos uno de los criterios: -Durante la pandemia faltó a alguna cita de toma de muestra sin acudir en el mes posterior -Durante la pandemia faltó a alguna cita de recogida de medicamento sin acudir en el mes posterior	Nominal 0. No 1. Sí	Base de datos
---------------------------------	--	-----------------------------------	---------------

Preguntas abiertas/cualitativas

Razones reportadas para mantener adecuado seguimiento	¿Cuáles son los motivos por los que mantiene un adecuado seguimiento médico?	Nominal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociales: <ul style="list-style-type: none"> -Por cuidar hija/o/as/os -Por la pareja -Por la familia -Poder tener una vida normal ▪ Servicios de salud: <ul style="list-style-type: none"> -Evitar ser regañado por el médico -No dejar de recibir el TAR -Haber recibido un buen trato por parte del médico -Seguir atendiéndose en el CIENI ▪ Salud: <ul style="list-style-type: none"> -Tener buena salud -Evitar enfermedades -No desarrollar sida -No tener sida de nuevo -No querer morir -Ser capaz trabajar/estudiar ▪ Otros 	Entrevista
Razones reportadas para tener fallas en el seguimiento	¿Cuáles son los motivos por los que dejó de asistir a su cita/s?	Nominal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociales: <ul style="list-style-type: none"> -Económicos -Violencia -Estigma y discriminación -Revelación del diagnóstico -Falta apoyo social 	Entrevista

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barreras Estructurales: <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad de transporte -Distancia a la clínica -Trabajo/Estudios ▪ Servicio de salud: <ul style="list-style-type: none"> -Descontento con los servicios/tiempos de espera -Trámites -Relación con el médico ▪ Salud: <ul style="list-style-type: none"> -Mejora de la salud -Problemas de salud ▪ Psicológicos/Creencias: <ul style="list-style-type: none"> -Emocionales -Uso de sustancias -No creer que el VIH exista ▪ Falta de información: <ul style="list-style-type: none"> -Sobre el VIH -Sobre el TAR -Sobre procedimientos de atención ▪ Otros: <ul style="list-style-type: none"> -Olvido de cita -Otro 	
Impacto de la pandemia por COVID-19	¿Qué impacto ha tenido la pandemia en su seguimiento médico? ¿Este ha sido más fácil, más difícil o se ha mantenido sin cambios?	Nominal -NA	Entrevista
Variables sociodemográficas			
Género	¿Con qué género se identifica?	Nominal 0. Femenino 1. Masculino 2. Mujer trans 3. Hombre trans 4. Otro	Entrevista
Edad	Fecha actual menos fecha de nacimiento en años	Escalar -NA	Entrevista
Estado civil	¿Cuál es su estado civil?	Nominal 0. Soltero 1. Casado 2. Unión libre 3. Separado 4. Viudo	Entrevista

Escolaridad	¿Cuál fue su último grado de estudios completado?	Ordinal 0. No sabe leer ni escribir 1. No escolarizado, pero sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria / Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado	Entrevista
Variables clínicas			
Carga viral	Resultado estudio de carga viral (crudo y log) más cercano	Escalar -NA	Base de datos de Laboratorio Diagnóstico Viroológico
Células T-CD4	Resultado estudio de conteo de células T-CD4 (nº y %) más cercano	Escalar -NA	Base de datos de Laboratorio Diagnóstico Viroológico
Tiempo desde el diagnóstico	Fecha actual menos fecha de diagnóstico en meses	Escalar -NA	Entrevista
Efectos adversos del medicamento	¿Tuvo efectos adversos por tomar el tratamiento antirretroviral actual/que tomaba cuando se perdió del seguimiento?	Nominal 0. No 1. Sí	Entrevista
Nº efectos adversos	¿Cuántos efectos adversos del TAR tuvo?	Escalar -NA	Entrevista
*Duración falla en el seguimiento	Fecha entrevista menos fecha de abandono en meses	Escalar -NA	Entrevista
*Tiempo que tardó en perderse	Fecha abandono menos fecha de diagnóstico en meses	Escalar -NA	Entrevista

Variables contextuales

Nivel socioeconómico	Clasificación de su nivel socioeconómico en expediente: el personal de trabajo social asigna esta clasificación socioeconómica a cada paciente para determinar las tarifas de los servicios clínicos, se consideran varios indicadores: ocupación, ingresos mensuales, tipo de vivienda, número de personas con las que vive, número de proveedores y dependientes económicos, 1x es el nivel socioeconómico más bajo (exento de pago), mientras que 6 es el más alto	Ordinal 0. 1x 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	Expediente clínico
Distancia a la clínica	Distancia en km (en coche) desde dirección reportada hasta el CIENI	Escalar -NA	Entrevista / Google Maps
Tiempo a la clínica	Tiempo en min hasta el CIENI reportado	Escalar -NA	Entrevista

Variables relacionadas con la atención

Constancia del médico	¿Su médico es el mismo en cada consulta?	Nominal 0. Si 1. No	Entrevista
Confianza en el médico	Puntuación en Trust in Physician Scale (TPS) (<i>Ver Anexo 2</i>).	Escalar F1. Confianza en el médico (7-35)	Online

Variables conductuales

Revelación del diagnóstico	En este momento/cuando abandonó el seguimiento, ¿había revelado su diagnóstico a alguien?	Nominal 0. Sí 1. No	Entrevista
Nº personas con quién ha compartido el diagnóstico	¿A quién/es les ha/había compartido su diagnóstico? (Nº personas)	Escalar -NA	Entrevista

Abandonos previos	¿Ha abandonado el seguimiento médico en otras ocasiones? (dejado de asistir a citas médicas, toma de muestra y/o recolección de medicamento)	Nominal 0. No 1. Sí	Entrevista
Nº abandonos previos	¿Cuántas veces ha abandonado anteriormente el seguimiento médico?	Escalar -NA	Entrevista
Adherencia	-¿Cuántas dosis debe tomar al día? -¿Cuántas dosis ha dejado de tomar en los últimos 30 días? Fórmula para % (Organización Panamericana de la Salud, 2011): $\frac{\text{Dosis prescritas} - \text{Dosis olvidadas}}{\text{Dosis prescritas}} \times 100$	Escalar 0-100%	Entrevista

Variables psicológicas

Sintomatología ansiosa	Puntuación en Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (<i>Ver Anexo 3</i>).	Ordinal / Escalar 0. Mínimo (0-9) 1. Leve (10-16) 2. Moderado (17-29) 3. Severo (30-63)	Online
Sintomatología depresiva	Puntuación en Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (<i>Ver Anexo 4</i>).	Ordinal / Escalar 0. Mínimo (0-5) 1. Leve (6-15) 2. Moderado (16-30) 3. Severo (31-63)	Online
Riesgo de uso de sustancias	Puntuación en World Health Organization's Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (<i>Ver Anexo 5</i>).	Ordinal / Escalar Alcohol: 0. Riesgo bajo (0-10) 1. Riesgo moderado (11-26) 2. Riesgo alto (27 o más) Otras sustancias: 0. Riesgo bajo (0-3) 1. Riesgo moderado (4-26) 2. Riesgo alto (27 o más)	Online

Estigma asociado al VIH	Puntuación en HIV Stigma Scale (<i>Ver Anexo 6</i>).	Escalar F1. Estigma personalizado (4-16) F2. Preocupaciones asociadas a la revelación dx. (5-20) F3. Auto-imagen negativa (6-24) F4. Preocupaciones acerca de las actitudes públicas (5-20) Total (20-80)	Online
Apoyo social	Puntuación en Escala MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (<i>Ver Anexo 8</i>).	Escalar F1. Emocional/ Informativo (12-60) F2. Tangible (4-20)	Online
Creencias sobre TAR	Puntuación en Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) (<i>Ver Anexo 9</i>).	Escalar F1. Necesidad percibida (5-25)	Online
Evaluación cognitiva	Puntuación en Escala de apreciación cognitiva VIH (EAC-VIH) (<i>Ver Anexo 10</i>).	Escalar F1. Amenaza (5-30) F2. Desafío (3-15) F3. Control (2-10)	Online
Conocimiento sobre VIH y TAR	Puntuación en Cuestionario de conocimiento sobre el VIH (CC-VIH) (<i>Ver Anexo 7</i>).	Escalar Nº Correctas Nº Incorrectas Nº No sé	Online
Variable para medir utilidad de la intervención			
Etapas de cambio	-¿Crees que no asistir a las consultas médicas representa un problema para ti? -¿Tienes intención de reincorporarte al seguimiento médico? -Si es así, ¿cuándo?	Ordinal 0. Precontemplación 1. Contemplación 2. Preparación 3. Acción 4. Mantenimiento	Entrevista motivacional

**Estas variables se midieron solo en aquellas/os participantes que tenían fallas en el seguimiento y no se incluyeron en el modelo, pero se evaluaron para tener mayor información respecto a la pérdida de seguimiento.*

En cuanto a los instrumentos psicométricos que se usaron para identificar las variables relacionadas con las fallas en el seguimiento, se proporciona una descripción detallada en la siguiente tabla (ver Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los instrumentos del estudio

Variable	Instrumento	Características del instrumento
Variables relacionadas con la atención		
Confianza en el médico	Trust in Physician Scale (TPS)	<p>El instrumento original (Anderson & Dedrick, 1990) consta de 11 reactivos medidos con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Ha mostrado adecuada consistencia interna ($\alpha=0.89$) y evidencias de validez predictiva y ha sido utilizado en población con VIH mostrando adecuadas características psicométricas (Piette et al., 2005).</p> <p>Tras la adaptación que se realizó para ser usada en este estudio, quedó un instrumento conformado por un solo factor, con 7 reactivos medidos con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que iban de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” (1-5), mostrando en esta validación una adecuada consistencia interna ($\alpha=.93$) (ver Anexo 2). En la muestra de este estudio de casos y controles se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.982$, y una explicación del 90.3% de la varianza.</p>
Variables psicológicas		
Sintomatología ansiosa	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	<p>La versión original del instrumento sugiere que este sea usado como un instrumento unifactorial, contiene 21 reactivos medidos en escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta y ha sido probado en múltiples poblaciones obteniendo α de Cronbach superiores a $\alpha=.90$ y validez convergente superior a .50 (Beck & Steer, 1993).</p> <p>La versión adaptada y validada en población mexicana (Robles-García et al., 2001) que se usó en este estudio contiene de igual forma 21 reactivos que miden síntomas de ansiedad con una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (0-3) que van de “poco o nada” a “severamente”. Las puntuaciones se clasifican en cuatro niveles: mínimo, leve, moderado y severo. Esta versión ha demostrado adecuados índices psicométricos ($\alpha=.84$) así como evidencias de validez convergente y de constructo (ver Anexo 3). En la muestra de este estudio de casos y controles se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.959$, y una explicación del 55.7% de la varianza.</p>

Sintomatología depresiva	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	El instrumento original (Beck et al., 1996) consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de depresión y que están medidos con escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0-3). Se han obtenido adecuados niveles de consistencia interna (α de Cronbach de $\alpha=.87$ a $\alpha=.92$), así como evidencias de validez convergente y discriminante. La versión adaptada y validada en población mexicana (González et al., 2015) que se utilizó en este estudio, consta igualmente de 21 reactivos que miden síntomas de depresión. Los reactivos están medidos con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0-3). Las puntuaciones se clasifican en cuatro niveles, mínimo, leve, moderado y severo. Esta versión también cuenta con adecuados índices psicométricos de consistencia interna ($\alpha=.92$) y evidencias de validez convergente (<i>ver Anexo 4</i>). En la muestra de este estudio de casos y controles, se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.942$, y una explicación del 48.2% de la varianza.
Riesgo de uso de sustancias	World Health Organization's Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	El instrumento original (Group WHO ASSIST Working, 2002) mide consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y otras sustancias, y permite establecer el nivel de riesgo (bajo, moderado o alto) en cada una. Cuenta con adecuados índices de consistencia interna (α de $.78$ a $.89$) y evidencias de validez de constructo y concurrente. La versión que se utilizó en este estudio se ha utilizado en multitud de investigaciones y ha sido adaptada y validada en población mexicana (Tiburcio Sainz et al., 2016), obteniendo alfas de Cronbach adecuados para las distintas subescalas (α de $.73$, $.76$ y $.83$) y demostrando evidencias de validez concurrente y de constructo (<i>ver Anexo 5</i>).
Estigma asociado al VIH	HIV Stigma scale	El instrumento original (Berger et al., 2001), que consta de 40 reactivos organizados en 4 factores (estigma personalizado, preocupaciones acerca de la revelación del diagnóstico, autoimagen negativa y preocupaciones acerca de la opinión pública) ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas con α de Cronbach de $.90$ a $.96$ y evidencias de validez de constructo. También su versión abreviada, que es la que se utilizó para este trabajo, ha demostrado una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.84$) y evidencias de validez de constructo (Franke et al., 2010). Tras la adaptación que se realizó para este estudio, quedó un instrumento conformado por 20 reactivos, organizados en los mismos cuatro factores que la versión original y con cuatro opciones de respuesta que iban de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo" (1-4), mostrando en esta validación una consistencia interna adecuada ($\alpha=0.92$) (<i>ver Anexo 6</i>). En la muestra de este estudio de casos y controles, se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.917$, y una explicación del 65.5% de la varianza.

Apoyo social	Escala MOS de Apoyo Social en Atención Primaria	<p>La escala original (Sherbourne & Stewart, 1991) está compuesta por 19 reactivos divididos en cuatro factores (emocional/informativo, tangible, afectivo e interacciones sociales positivas) y permite calcular un índice global de apoyo social. Ha demostrado adecuada consistencia interna ($\alpha=0.91$), estabilidad temporal y validez de constructo. La versión adaptada en población mexicana con VIH (Martínez Basurto et al., 2014) que se utilizó en este estudio también ha demostrado adecuada consistencia interna ($\alpha=0.96$) y consta de 16 reactivos divididos en 2 factores (apoyo emocional/información y apoyo tangible) de 12 y 4 reactivos respectivamente medidos con escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de “nunca” a “siempre” (1-5) (<i>ver Anexo 8</i>). En la muestra de este estudio de casos y controles, se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.963$, y una explicación del 73.6% de la varianza.</p>
Creencias sobre TAR	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)	<p>El instrumento original (Horne et al., 1999) de 10 reactivos medidos con escala tipo Likert de 5 opciones, se divide en dos factores, uno acerca de la necesidad percibida del medicamento y otro sobre las preocupaciones acerca de los efectos adversos del medicamento. La escala ha mostrado adecuados índices de confiabilidad y evidencias de validez de criterio y discriminante y ha sido utilizado en población que vive con VIH (Horne et al., 2007).</p> <p>Tras la adaptación y validación que se realizó para este estudio, solo quedó el factor de necesidad percibida del medicamento, compuesto por 5 reactivos medidos con escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta que iban de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” (1-5) y la escala mostró adecuada consistencia interna ($\alpha=0.87$) (<i>ver Anexo 9</i>). En la muestra de este estudio de casos y controles, se obtuvo un confiabilidad de $\alpha=.935$, y una explicación del 79.9% de la varianza.</p>
Evaluación cognitiva	Escala de apreciación cognitiva VIH (EAC-VIH)	<p>El instrumento de evaluación cognitiva (Pakenham & Rinaldis, 2002) es una subescala de un instrumento mayor sobre estrés en personas que viven con VIH/sida. Esta subescala cuenta con tres factores (amenaza, desafío y control) que se dividen en 11 reactivos medidos con escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta que van de nada a mucho daño. Ha mostrado adecuados índices de constancia interna que van de $\alpha=.68$ a $\alpha=.82$.</p> <p>La versión en español adaptada a población mexicana con VIH (Noguera-Orozco et al., 2016) que se utilizó en este estudio consta de dos factores (amenaza y desafío, de 6 y 3 reactivos) y un indicador (control, de 2 reactivos). Todos los reactivos se miden con escala tipo Likert con 5 diferentes opciones de respuesta. Esta versión adaptada obtuvo adecuados índices psicométricos de consistencia interna y validez convergente (<i>ver Anexo 10</i>).</p>

		En la muestra de este estudio de casos y controles, se obtuvieron índices de confiabilidad de $\alpha=.854$ y $\alpha=.842$ para los dos factores y $\alpha=.362$ para el indicador de control, y una explicación del 64.9% de la varianza.
Conocimiento sobre VIH y TAR	CC-VIH	Este instrumento de conocimiento se construyó en la clínica donde se realizó el estudio y constaba de 91 reactivos con 4 opciones de respuesta, en la que una de ellas era “no sé”. Para usarlo en esta investigación y que fuera más simple, se hicieron análisis de discriminación y confiabilidad de los reactivos y se redujo a 50 reactivos. Para identificar el conocimiento de las y los participantes, se contabiliza el número de preguntas correctas, incorrectas y de “no sé” (<i>ver Anexo 7</i>). En la muestra de este estudio de casos y controles, se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.844$.

Procedimiento

Búsqueda de la literatura

Para conocer qué variables se habían encontrado relacionadas con el abandono del seguimiento, se realizó una búsqueda de la literatura. En primer lugar, como interesaba conocer el contexto de México, se realizó una búsqueda en español en las bases de datos Redalyc y Scielo. Se introdujeron los términos VIH, pérdida de seguimiento o retención y México. Como se encontraron muy pocos estudios relacionados con el objetivo, se decidió hacer la búsqueda en inglés para identificar qué variables se habían encontrado relacionadas con las fallas en el seguimiento a nivel internacional.

Para la búsqueda de literatura internacional, se utilizaron los buscadores Medline, Scopus y Psychinfo. Se introdujo el término “HIV” como término MESH y las text words “lost to follow up” OR “treatment compliance” OR “retention in care”. Se limitaron los resultados a estudios en adultos y publicados en los últimos 5 años. La base Pubmed arrojó un total de 421 artículos, de los cuales, 280 se eliminaron por el título, por no ser sobre adultos o por estar repetidos; de los 141 artículos restantes, se leyeron los resúmenes y se seleccionaron 71 para leer a texto completo. La base Scopus, arrojó 131 artículos, 104 se eliminaron por el título o por no ser sobre adultos, se revisó el resumen de los 27 restantes y 16 se seleccionaron para leer a

texto completo. La base Psycinfo arrojó 119 artículos, de los cuales, 84 se eliminaron por título o por no ser sobre adultos; de los 35 resúmenes revisados, 18 fueron seleccionados para leer a texto completo. En total, en esta búsqueda, se encontraron 105 artículos para leer a texto completo.

En el análisis crítico de los artículos y las variables relacionadas con la pérdida de seguimiento, se detectó que algunas variables aparecían repetidamente como posibles explicaciones de las relaciones encontradas entre algunas variables sociodemográficas y el abandono del seguimiento. Por ello, se realizaron búsquedas más específicas para estas variables, poniendo el término MESH “HIV” y cada una de estas variables que se consideraban importantes (social support, ART beliefs, cognitive appraisal, stigma and HIV-knowledge). De esta forma se localizaron y leyeron a texto completo 10 artículos sobre apoyo social, 17 artículos sobre creencias acerca del TAR, 2 artículos sobre evaluación cognitiva, 22 artículos sobre estigma y 7 artículos sobre conocimiento/información sobre VIH y TAR. En total, fueron 58 artículos leídos a texto completo los que se añadieron; en la Figura 2, se presenta el diagrama de flujo.

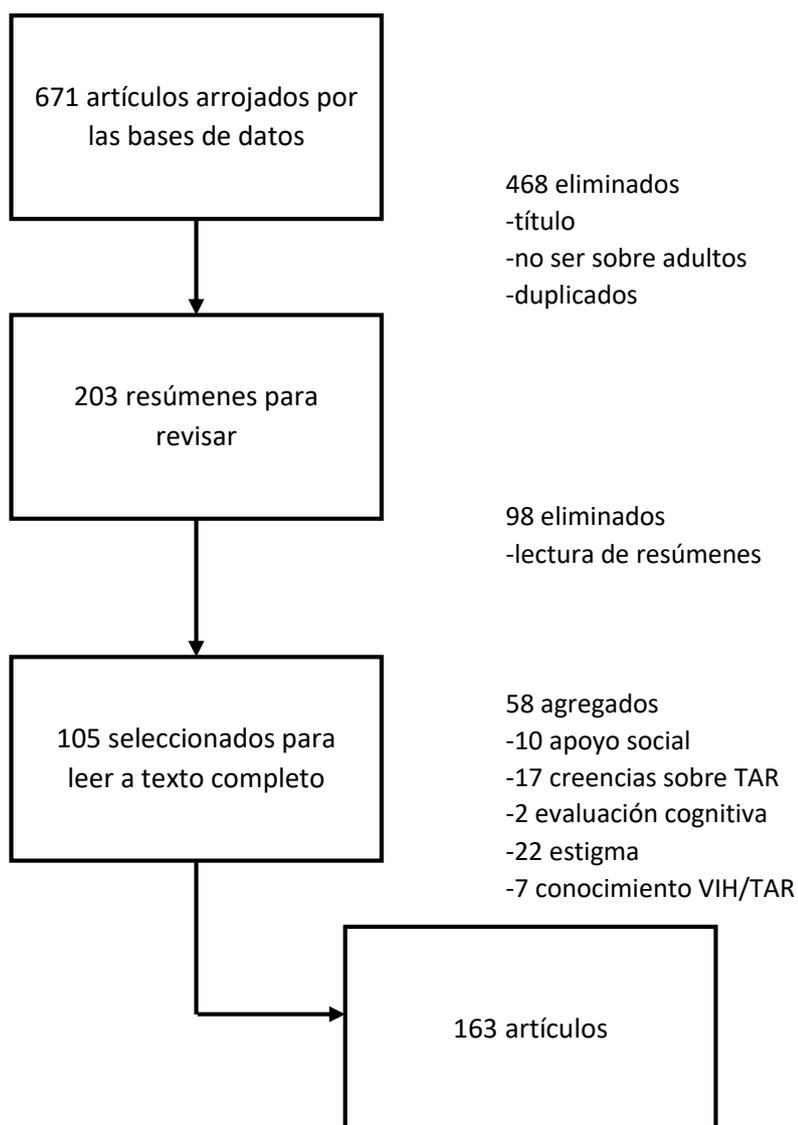


Figura 2. Diagrama de flujo búsqueda artículos

Validación de instrumentos

Para asegurar una adecuada adaptación y validación de los instrumentos que estaban en inglés y que no se encontraban validados en población mexicana y/o en población que vive con VIH (estos eran los de confianza en el médico “TPS”, creencias acerca del tratamiento “BMQ” y estigma asociado al VIH), en primer lugar, se realizó la traducción de los reactivos originales del inglés al español de México por parte de tres psicólogas expertas en VIH que la realizaron

de forma independiente. En esta traducción se vigiló detenidamente la equivalencia cultural y del lenguaje. A continuación, se compararon las traducciones, y en caso de no coincidencia, se discutió y se llegó a un acuerdo entre las tres profesionales de la salud. Una vez obtenidos los acuerdos, se pidió a otro profesional de la salud del área del VIH, que no conocía previamente los instrumentos, que retradujera los cuestionario al inglés y se compararon las versiones para asegurar que se hubiera mantenido la idea original de los reactivos (Reyes Lagunes & García y Barragán, 2008).

Una vez obtenida esta versión final, se realizó un piloteo para asegurar el entendimiento de los reactivos y las instrucciones por parte de la población objetivo. Se aplicaron los cuestionarios a 10 pacientes con VIH, 8 hombres y 2 mujeres. Solamente una persona encontró dudas en 4 reactivos, las cuales, se discutieron entre las tres profesionales de la salud que realizaron la traducción. Se concluyó que la falta de entendimiento no se debía a un problema con los reactivos ya que se consideraron adecuados y ningún otro paciente tuvo problemas con ellos, por lo que se acordó mantenerlos de la misma forma (Reyes Lagunes & García y Barragán, 2008).

A continuación, y debido a la contingencia provocada por la pandemia por COVID-19, se decidió aplicar los instrumentos en línea a la población meta. Los cuestionarios, junto con algunas preguntas sobre datos sociodemográficos, se redactaron en Google Forms y se enviaron por correo electrónico (a aquellos/as pacientes de la clínica que han dado su autorización para recibir invitaciones por correo electrónico) además de publicarse en las redes sociales oficiales de la clínica (Facebook y Twitter). Esta metodología tiene algunas limitaciones, ya que puede estar sesgada la muestra y no se puede controlar quién responde el cuestionario, para solventarlo, se añadió la pregunta de si eran mexicanos y si vivían con VIH para no tomar en cuenta las respuestas de personas que no pertenecían a la población objetivo. Por otro lado, tiene beneficios ya que puede configurarse para que todas las respuestas fueran contestadas y no tener datos perdidos, además se eliminan los errores de captura, ya que la base se descarga automáticamente.

La meta fue aplicar los cuestionarios al menos a 300 participantes para atenuar la varianza error (Nunnally, 1978). En el caso de los cuestionarios de confianza en el médico y de creencias en el tratamiento se obtuvieron respuestas de 305 participantes; y en el caso del cuestionario de estigma, se obtuvieron 323 respuestas. Una vez obtenidas las bases de datos se realizaron los análisis estadísticos necesarios para hacer la validación de los instrumentos.

Tras describir las variables sociodemográficas, con frecuencias, porcentajes, rangos, etc; se inspeccionaron los datos, primero de forma visual y después con una inspección más sistematizada para detectar casos con baja o alta variabilidad de respuesta o con patrones de respuesta. Para el análisis de reactivos, se hizo una exploración de valores atípicos (o fuera del rango de la normalidad) observando los diagramas de caja y bigotes. Para asegurarse de que los datos seguían una distribución normal, se evaluó la asimetría y la curtosis de los reactivos, esperando valores menores a 2, e idealmente menores a 1. En el análisis de opciones de respuesta con alta frecuencia, se observó si alguna opción de respuesta tenía una frecuencia de más del 50%. También se evaluaron los efectos de piso y techo buscando si alguna opción de respuesta en el extremo tenía una frecuencia de más del 30%. Para evaluar la discriminación entre grupos extremos, se calculó el puntaje promedio de cada sujeto, y se obtuvieron los cuartiles. Se comprobó si los reactivos mostraban diferencias significativas ($<.001$) al comparar entre los grupos extremos (cuartil 1 y 3). Después, se procedió al análisis correlacional de los reactivos, buscando que correlacionaran entre sí, pero no tanto como para suponer multicolinealidad. Se decidió eliminar los reactivos que tuvieran una baja correlación total-elemento (<0.35) y/o que el alfa de Cronbach aumentara si se eliminaban los reactivos. Se evaluó la confiabilidad de los instrumentos con el coeficiente alfa de Cronbach, esperando que fuera mayor a .70, para considerarse adecuado.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis factorial con el objetivo de identificar la estructura interna de los instrumentos. Antes de proceder al análisis, para comprobar la adecuación muestral, se obtuvo el índice KMO esperando que fuera mayor a .80 (Kaiser, 1974) y el índice de esfericidad de Bartlett esperando que fuera significativo ($<.001$). Tras comprobar

esto, se realizaron los análisis factoriales con distintos métodos de extracción para asegurarse de que, independientemente del método, la estructura se mantenía. Se utilizó la rotación ortogonal si se identificaba que las dimensiones no se correlacionaban, y se pidió ordenar los reactivos por tamaño y solo dejar pesos factoriales $>.40$. En los resultados, se identificó el porcentaje de varianza explicada (esperando que fuera mayor al 45%), y se observó el número de factores que arrojaba el análisis según los autovalores mayores a 1. A continuación, se identificó en la matriz de patrón a qué factor correspondía cada uno de los reactivos (esperando cargas factoriales $>.40$).

En caso de obtener más de un factor, se calculó su índice de consistencia interna por factor y, se identificó si correlacionaban entre ellos con correlaciones de Pearson. Se realizó también un análisis factorial de segundo orden. Si las correlaciones entre los factores resultaban significativas ($p<.001$), se consideraba la existencia de un factor de orden superior y se corría un análisis factorial con los puntajes totales de los factores. Si los resultados mostraban una varianza explicada de $>50\%$ y cargas en el factor $<.60$, se concluía la existencia de un factor único y se consideraba la necesidad de obtener una puntuación total promediando los puntajes de todos los factores. Finalmente, basándonos en la teoría de los instrumentos originales se identificó a qué constructo teórico correspondía cada uno de los factores obtenidos en el análisis y se comparó si la estructura coincidía con la de la escala original o esta se modificaba en población mexicana (Windle et al., 2011). Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 26.

Además de la validación de estos tres instrumentos que se encontraban en inglés, se contaba con un cuestionario de conocimiento sobre VIH y TAR, que había sido desarrollado en la misma institución, y que contaba con evidencias de validez de contenido, ya que había sido desarrollado siguiendo un riguroso procedimiento que incluyó la participación de expertos en VIH de diferentes áreas (químicos, enfermeras, psicólogas, médicos, etc). Sin embargo, era un cuestionario muy largo, que incluía 91 preguntas, por lo que se decidió hacer algunos ajustes para abreviarlo. Para ello, se contaba con una base de datos de más de 400 pacientes de la

clínica que habían respondido el cuestionario. En este caso, se hizo una limpieza de la base de datos y, para fines de la validación, se codificaron las respuestas en correctas e incorrectas. A continuación, se realizó un escaneo para localizar si había participantes con respuestas no comprometidas, que hubieran respondido igual a todos los reactivos o que tuvieran un patrón de respuestas. Después, se identificó la cantidad de valores perdidos que tenía cada participante, eliminando aquellos que tenían más del 10% de preguntas sin responder. Además, se identificó si alguno de los reactivos tenía más del 5% de datos perdidos para, en dado caso, eliminarlos, ya que podría implicar una dificultad en el entendimiento del reactivo.

Una vez hecho este escaneo, se calculó el índice de dificultad de cada reactivo (n° aciertos / n° respuestas al reactivo), para identificar los reactivos demasiado fáciles o demasiado difíciles. También, para mantener solo los reactivos que mejor ayudaran a diferenciar entre las personas que tenían más o menos información acerca del VIH y el TAR, se calculó el índice de discriminación de cada reactivo (comparando cuántos habían respondido correctamente ese reactivo en el grupo que tenía mayores puntuaciones vs. en el grupo con puntuaciones más bajas). Aquellos reactivos cuyo índice era $<.30$ se eliminaron, ya que se consideró que no eran buenos discriminando entre estos dos grupos. Finalmente, se realizó un análisis de confiabilidad, prestando atención a la correlación entre los reactivos y con la escala total y calculando el Alfa de Cronbach. Se decidió ir eliminando uno a uno aquellos reactivos que tuviera baja correlación con la escala total ($<.35$). Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 26.

Identificación y reclutamiento de participantes

Una vez validados los instrumentos, se identificó en las bases de datos del CIENI a las y los pacientes con adecuado seguimiento médico y a aquellas/os con fallas en el seguimiento. Esto se realizó revisando la base de datos de citas para toma de muestra y la base de datos de citas para recogida de medicamento durante la pandemia por COVID-19. Además, se identificó a las y los pacientes referidos por algún médico por haber faltado a alguna de sus citas. Se consideró

para participar en el estudio a todas/os los identificados como con fallas en el seguimiento y a una muestra de al menos el mismo tamaño de los que tenían adecuado seguimiento.

Se trató de localizar a las y los participantes mediante llamadas telefónicas para confirmar si efectivamente habían tenido fallas de seguimiento o si estaban en alguna otra situación (fallecimiento, cambio de residencia, atendándose en otra clínica, etc.) y para invitarlos a participar en el estudio. Se intentó hasta un máximo de 3 veces en distintos horarios. De las y los pacientes que no se localizaron y de los que decidieron no participar, se recabaron los datos disponibles en el expediente para conocer cuáles eran las características de estas/os pacientes y comprobar si diferían de aquellas/os que sí participaron en el estudio.

Recolección de datos

De aquellas/os que decidieron participar, se buscó en sus expedientes clínicos para localizar las variables sociodemográficas, clínicas y contextuales disponibles. Se concertó una cita para realizar una llamada telefónica (cuya duración fue de alrededor de 15 minutos) en las que se les aplicó la entrevista semiestructurada, preguntando por los datos sociodemográficos, clínicos, contextuales, conductuales y relacionados con la atención que no aparecían en su expediente. En esta llamada, de forma abierta, se preguntó por las razones para continuar asistiendo a la clínica con regularidad (en caso de ser pacientes con adecuado seguimiento) y las razones para abandonar el seguimiento médico (en caso de ser pacientes con fallas en el seguimiento); posteriormente, estas razones se incluyeron en alguna/as de las categorías establecidas a priori por investigadores en salud mental y VIH. Las categorías de motivos para mantener un seguimiento adecuado incluyeron *variables sociales, relacionadas con los servicios de salud, problemas de salud y otras*. Las categorías de motivos para presentar fallas en el seguimiento incluyeron *variables sociales, barreras estructurales, variables relacionadas con los servicios de salud, problemas de salud, dificultades psicológicas/creencias erróneas, falta de información y otras*. Algunas de estas categorías no fueron reportadas por las y los participantes, y surgieron algunas otras no contempladas. También se preguntó de forma abierta por el impacto que la pandemia por COVID-19 había tenido en el seguimiento médico de las y

los pacientes y se categorizaron sus respuestas. Al finalizar la entrevista, en el caso de las y los pacientes con fallas en el seguimiento, y de forma que pudieran verse beneficiados por participar en el estudio, se les invitó a reincorporarse de nuevo al seguimiento médico utilizando la entrevista motivacional.

Una vez concluida la llamada, se les envió una liga para que contestaran los instrumentos psicométricos de forma online. En algunas ocasiones especiales, en las que el/la paciente reportaba no poder responder los cuestionarios de forma online, se les facilitaron los cuestionarios en físico un día que tuvieran cita para recoger TAR y o realizarse estudios de laboratorio. En la medida de lo posible, y aunque no siempre se logró, se trató de alternar las entrevistas a pacientes con adecuado seguimiento médico y con fallas en el seguimiento, para que estas fueran lo más similares posible entre los dos grupos.

Intervención para reincorporarse al seguimiento

Como se mencionó, aquellas/os con fallas en el seguimiento, fueron invitados a reincorporarse al seguimiento médico utilizando la entrevista motivacional. Esta se realizó de forma remota, vía telefónica, tras la realización de la entrevista y tuvo como objetivo motivar su disposición a reincorporarse al seguimiento médico (la duración de esta intervención fue de alrededor de 30 minutos).

En primer lugar, tras realizar la entrevista diseñada para identificar las variables relacionadas con las falles en el seguimiento se identificó en qué etapa de cambio se encontraba la persona con una serie de preguntas sistematizadas creadas ad hoc para el estudio basadas en la recomendación de los autores del modelo Transteórico (Prochaska et al., 1994) y que se formularon de la misma forma a todos las y los pacientes. Primero, se preguntaba si creían que no asistir a las consultas médicas representaba un problema para ellos. Si respondían que no, la persona se ubicaba en la etapa de precontemplación; si respondía que sí, la persona estaba en etapa de contemplación o preparación. Después, se indagaba si tenían intención de llevar a cabo el cambio de conducta, en este caso, reincorporarse al seguimiento, y cuándo planeaban llevarlo

a cabo, para identificar si se encontraban en contemplación (no lo planeaban), preparación (en el próximo mes) o acción (ya habían comenzado las acciones para el cambio) (Prochaska et al., 1994). El procedimiento para identificar la etapa de cambio se muestra en la Figura 3.

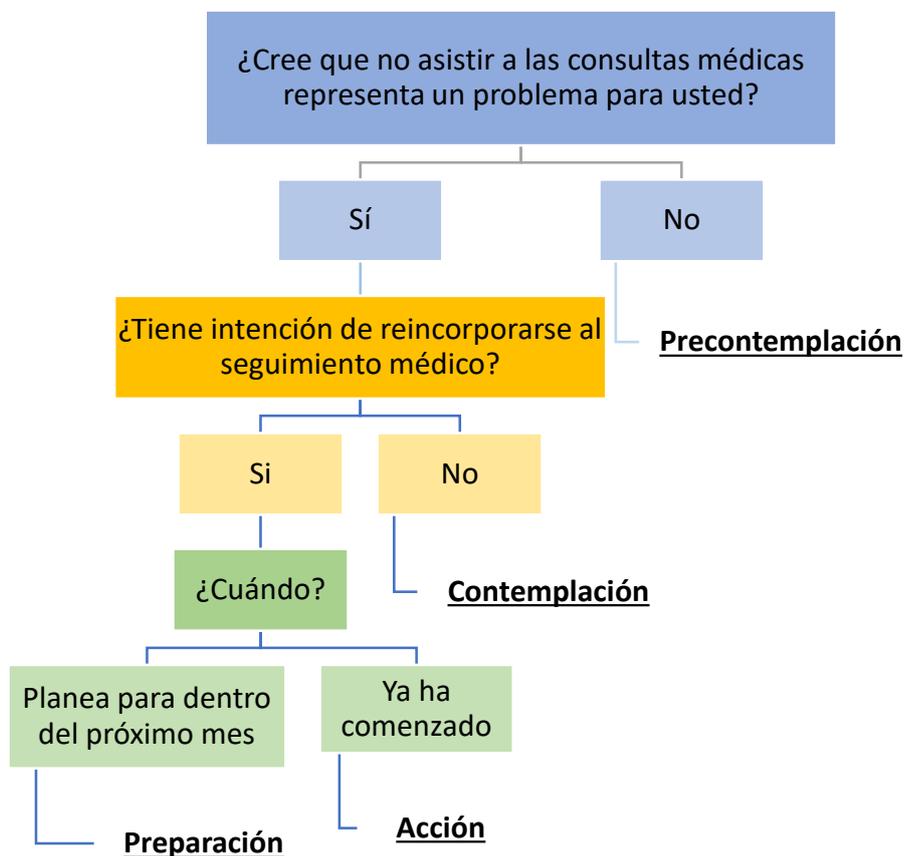


Figura 3. Preguntas para conocer etapa de cambio de los participantes

Tras esto, se aplicaba la intervención basada en entrevista motivacional. El elemento clave y común que se utilizó para todas/os los participantes fue la técnica del balance decisonal. Para ello se realizó de manera colaborativa una lista de las ventajas y desventajas de mantener la conducta, en este caso, no asistir a las citas médicas. Y, por otro lado, una lista de las ventajas y desventajas de cambiar la conducta, en este caso, reincorporarse al seguimiento. Finalmente, se puntuó la importancia que tenían cada una de estas ventajas y desventajas para la persona y se

evaluó que opción era la que tenía ventajas más deseadas o tenía desventajas menos desagradables (Prochaska et al., 1994).

Además, a lo largo del proceso se trataban de implementar algunos elementos para que la intervención en entrevista motivacional fuera efectiva; estos fueron, dar a la persona retroalimentación sobre su conducta, hacer énfasis en la responsabilidad sobre su propio cambio de conducta, dar toda la información necesaria para el cambio, proporcionar distintas opciones de acción, mostrar empatía y fomentar el sentido de autoeficacia (Miller & Rollnick, 1999). Tras esta intervención, se volvía a evaluar, con las mismas preguntas, la etapa de cambio en que se encontraba la persona tras recibir la intervención y se finalizaba la llamada, tras la cual, se enviaba los cuestionarios que debían responder. Se trató, además, de monitorear durante los 6 meses siguientes la asistencia de estas/os pacientes a futuras citas para comprobar si efectivamente regresaban a la atención y tenían un seguimiento médico adecuado.

Análisis de datos

-Para el primer objetivo específico, con la información recabada, se estableció un diagrama de flujo clasificando a las y los pacientes en localizados/no localizados; sin fallas en el seguimiento/con fallas en el seguimiento; fallecidos, atendidos en otra institución, etc; con esto se calcularon la frecuencia y el porcentaje de pacientes con fallas en el seguimiento.

-Para el segundo objetivo específico, se analizaron descriptivamente las razones reportadas por las y los paciente para tener un seguimiento médico adecuado o para presentar fallas en el seguimiento, clasificando las razones en categorías para simplificar su entendimiento y estableciendo las frecuencias y porcentajes de las razones más comunes.

-Para el tercer objetivo específico, se buscó si existían diferencias significativas entre el grupo de adecuado seguimiento y el grupo con fallas en el seguimiento en cada una de las variables del estudio. Para las variables continuas se compararon las medias obtenidas en cada grupo utilizándose una prueba t de Student para muestras independientes, identificando el valor de la prueba t y su significancia. En el caso de las variables categóricas, se realizaron tablas de

contingencia y se calculó el estadístico chi-cuadrado y su significancia. Se estableció $p < .05$ para considerar las diferencias como significativas.

-Para cumplir con los siguientes objetivos específicos se realizaron modelos multivariados de regresión logística binaria para cada grupo de variables (sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas), en los que la variable dependiente era haber presentado o no fallas en el seguimiento. Las variables predictoras eran continuas o dicotómicas. Antes de introducir las variables predictoras en los modelos, se evaluó si existía colinealidad entre ellas y, en dado caso, una de las variables no se introducía al modelo (la de menor relación las fallas en el seguimiento). Para evaluar esta colinealidad, se calcularon las correlaciones entre las variables predictoras (para detectar correlaciones altas) y se realizaron regresiones entre las propias variables para evaluar la cantidad de varianza explicada entre ellas. Además, se calcularon los índices de Tolerancia (esperando que no fueran cercanos a 0) y el índice VIF, el cual, si era mayor a 2, se consideraba como colinealidad. Al realizar los modelos se pidieron los gráficos de clasificación, la prueba de Bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow y el intervalo de confianza al 95% del Exp(B), o odds ratio (OR).

-Para el objetivo específico de evaluar el efecto conjunto de las variables que habían resultado predictores significativos de las fallas en el seguimiento en estos modelos por separado, se realizó otro análisis multivariado de regresión logística binaria en el que se incluyeron todas las variables que habían resultado significativas ($p < .05$) en los modelos anteriores. La variable dependiente, por tanto, era haber presentado o no fallas en el seguimiento. Las variables predictoras eran continuas o dicotómicas y también se evaluó en este caso que no existiera colinealidad. De igual forma, al realizar los modelos se pidieron los gráficos de clasificación, la prueba de Bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow y el intervalo de confianza al 95% del Exp(B), o odds ratio (OR). Esto, con el objetivo de identificar factores de

riesgo para presentar las fallas en el seguimiento al controlar estadísticamente el efecto de las otras variables.

-Para el último objetivo específico, se analizaron descriptivamente las respuestas que dieron las y los participantes acerca del impacto que la pandemia por COVID-19 había tenido sobre su seguimiento médico, clasificando las respuestas en: no hubo cambios, se facilitó el seguimiento médico, se dificultó el seguimiento médico o se encontraron aspectos tanto positivos como negativos; además, se establecieron las frecuencias y porcentajes de las respuestas más comunes.

-Para el objetivo secundario de validación de los instrumentos psicométricos se llevaron a cabo análisis de variabilidad de las respuestas de las y los participantes, análisis correlacional de los reactivos, se calculó la confiabilidad de los instrumentos y se identificó la estructura factorial de los mismos a través del análisis factorial exploratorio.

-Para el objetivo secundario de describir la etapa de cambio en que se encontraban las y los pacientes con fallas en el seguimiento se utilizaron frecuencias y porcentajes.

-Finalmente, para el objetivo secundario de evaluar si la estrategia de invitación a través de la entrevista motivacional fue útil para que las y los pacientes estuvieran dispuestos a reincorporarse al seguimiento médico, se identificó la frecuencia y el porcentaje de pacientes que avanzó en su etapa de cambio de antes de la entrevista motivacional a después de la entrevista motivacional. Se calculó también la diferencia entre las puntuaciones pre y post intervención por medio de la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon. Además de esto, se hizo un seguimiento durante 6 meses para comprobar si realmente habían acudido a sus siguientes citas.

Consideraciones éticas

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, con el código de protocolo

C02-20. Según el Art. 17 del Reglamento de la Ley General de Salud del Gobierno Federal Mexicano se considera que el presente estudio se clasificaba dentro de la categoría de riesgo mínimo ya que consideraba que una alteración, física o psicológica, era muy poco probable. Teniendo en cuenta la Declaración de Helsinki sobre Ética en las Investigaciones Médicas promulgada por la Asociación Mundial de Medicina, se cumplieron los siguientes puntos para preservar el bienestar integral, físico y psicológico, del paciente:

-el/la paciente pudo suspender su participación en el estudio en cualquier momento que lo deseara, sin que eso tuviera repercusiones en su atención en el CIENI.

-la información proporcionada por el/la paciente fue estrictamente confidencial y utilizada exclusivamente para fines de investigación.

-se respetó, durante el estudio, la protección a los derechos y el bienestar del/la paciente y se suspendió su participación si se advirtió cualquier riesgo potencial por mínimo que fuera.

Todos los derechos que el/la paciente poseía en este estudio le fueron informados vía telefónica a través de la lectura de la carta de consentimiento informado (*ver Anexo 11*), además de recibirla por correo electrónico, si así lo deseaban. Tras esto, se realizó la siguiente pregunta “¿Está Ud. de acuerdo en participar en una investigación para identificar las variables relacionadas con la pérdida de seguimiento en pacientes del CIENI?”. En este caso, el consentimiento se obtuvo de forma verbal por el tipo de intervención que se realizó y por las medidas de prevención que se debían seguir por la pandemia de COVID-19, esto ya que está establecido que bajo algunas circunstancias se puede dispensar el requisito de obtener consentimiento informado escrito:(a) si no es factible obtenerlo y los estudios b) tienen un importante valor social y c) sólo suponen riesgos mínimos para las y los participantes (41) (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2016).

Además de ver respetados sus derechos como sujetos de investigación, las y los participantes del estudio se vieron beneficiados de dos formas. En primer lugar, gracias a que respondieron algunos instrumentos psicométricos, en aquellos casos en que las y los

participantes puntuaron alto en sintomatología de ansiedad o depresión, fueron detectados, se les comunicaron sus resultados y, si lo deseaban, fueron referidos a los servicios necesarios de psicología o psiquiatría de la institución. Además, los que estaban de acuerdo, recibían las respuestas correctas del cuestionario de conocimiento sobre VIH y TAR, para que pudieran resolver sus dudas en las preguntas que no supieron responder. Si lo solicitaban, también se les enviaban sus resultados de cada uno de los cuestionarios. Por otro lado, aquellas/os pacientes con fallas en el seguimiento que participaron en el estudio, fueron invitados a regresar al seguimiento médico a través de la entrevista motivacional, lo que para ellos puede conllevar importantes beneficios en su estado de salud. Además, conocer en una entrevista las razones por las que las personas dejaban de asistir a sus citas, podía dar la oportunidad de encontrar, de forma colaborativa, soluciones a esos problemas. Por ejemplo, en caso de que el problema fuera el dinero para transportarse, se les podía informar de que el CIENI proporciona ayudas económicas para el transporte de pacientes que lo requieren.

Resultados

Validación de instrumentos

Se obtuvieron 305 respuestas de los tres instrumentos completos, aunque tras el escaneo visual, se eliminaron tres casos no mexicanos, un caso de una persona que no vivía con VIH y un caso cuya respuesta se grabó dos veces. De los 300 restantes, la gran mayoría de la muestra fueron hombres (95.7%), con una media de edad de 36.2 años [D.E.=10.267]. Más de la mitad eran solteros (69.7%) y tenían una educación superior (57.7%). La mayoría estaba tomando tratamiento antirretroviral (97.3%) y la mediana de meses desde el diagnóstico fue de 48.0 [IQR=22-104]. Estos porcentajes son muy similares a los de la población atendida normalmente en la clínica. En la Tabla 3 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra, y, a continuación, se describen los resultados de cada uno de los instrumentos.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra para validación

N=300	% (n)
Edad	
Media	36.21
D.E.	10.267
Rango	18-68
Género	
Masculino	95.7 (287)
Femenino	4.3 (13)
Estado civil % (n)	
Soltero/a	69.7 (209)
Casado/a	6.3 (19)
Unión libre	18.7 (56)
Separado/Divorciado/a	3.0 (9)
Viudo/a	2.3 (7)
Nivel educativo	
No escolarizado	0.7 (2)
Educación básica	8.0 (24)
Educación intermedia	33.6 (101)
Educación superior	57.7 (173)
Toma TAR	
No	2.7 (8)
Sí	97.3 (292)
Meses desde el diagnóstico	
Mediana	48
RIQ	2-104

D.E.=Desviación estándar; RIQ= Rango intercuartil

Confianza en el médico

Tras limpiar la base de datos y codificar los valores de respuesta, se recodificaron los reactivos inversos (1, 5, 7 y 11). En el escaneo sistematizado se eliminaron 26 participantes cuya desviación estándar era prácticamente nula y que habían contestado lo mismo a cada reactivo, y otros 6 casos con muy alta variabilidad de respuesta en los que se descubrió que tenían un patrón de respuesta y por tanto no contestaron de forma confiable. Finalmente quedaron 268 respuestas. En el análisis de reactivos no se encontraron valores atípicos. En cuanto a la asimetría y curtosis, todos los valores de asimetría fueron <1 , los valores de curtosis también permanecieron alrededor de 1, nunca se acercaron a 2, por lo que ningún reactivo presentó problemas hasta este punto. En el análisis de opciones de respuesta de alta frecuencia, ningún reactivo tuvo una opción de respuesta con una frecuencia mayor al 50%. En cuanto a los efectos de piso y techo, en los reactivos 3, 6, 7, 9 y 11 se encontró que la opción de respuesta totalmente de acuerdo, tenía una frecuencia de más del 30%, aunque no se alejaba mucho de este número, debe tenerse en cuenta. Se comprobó que todos los reactivos mostraban diferencias significativas ($<.001$) al comparar entre los grupos extremos por lo que ningún reactivo se tuvo que eliminar. En la Tabla 4 se resume la información de los reactivos.

Tabla 4. Resumen de los reactivos de la escala TPS

Ítem	Media	Desv. estándar	Rango	Asimetría $< 1 $	Curtosis $< 2 $	Opción con mayor frecuencia $<50%$	Efectos de piso o techo Primera o última opción $<30%$
TPS 1	3.33	1.365	1-5	-.324	-1.082	26.1	13.8 / 26.1
TPS 2	3.45	1.261	1-5	-.407	-.856	27.6	9.0 / 25.0
TPS 3	3.87	1.203	1-5	-.917	-.075	39.2	6.3 / 39.2%*
TPS 4	3.69	1.204	1-5	-.720	-.364	32.8	7.1 / 30.2
TPS 5	3.30	1.361	1-5	-.229	-1.227	25.4	11.6 / 25.4
TPS 6	3.74	1.244	1-5	-.806	-.389	33.6	7.5 / 33.6%*
TPS 7	3.41	1.428	1-5	-.347	-1.281	31.7	12.7 / 31.7%*
TPS 8	3.30	1.293	1-5	-.379	-.938	31.0	12.7 / 19.8
TPS 9	3.73	1.296	1-5	-.746	-.601	37.3	8.2 / 37.3*
TPS 10	3.44	1.363	1-5	-.477	-1.040	30.2	12.3 / 27.2
TPS 11	3.73	1.333	1-5	-.671	-.773	41.8	8.6 / 41.8%*

*No cumplen con el criterio

Al realizar el análisis correlacional de los reactivos, se decidió eliminar sucesivamente los reactivos 11, 1, 5 y 7 ya que tenían una baja correlación total-elemento (0.27, .29, .39 y .34, respectivamente) y el alfa de Cronbach aumentaba si se eliminaban los reactivos. Curiosamente, estos reactivos son los que estaban invertidos. Tras eliminarlos, se obtuvo un índice de consistencia interna alta ($\alpha=.927$) y todos los reactivos tenían correlaciones total-elemento $>.63$, lo que se considera adecuado. En la Tabla 5 se muestran las correlaciones obtenidas entre los reactivos y la escala total.

Tabla 5. Correlaciones de los reactivos de la escala TPS

Ítem	Correlación interreactivos r menor: $>.20$ / r mayor: $<.85$	Correlación escala total (inicial)	Alfa de Cronbach si se elimina	Correlación escala total (final)
TPS 1	.086* / .367	.305*	.881*	-
TPS 2	.200 / .703	.740	.851	.761
TPS 3	.143* / .753	.747	.851	.801
TPS 4	.075* / .753	.674	.856	.761
TPS 5	.270 / .515	.440	.871	-
TPS 6	.139* / .768	.770	.849	.838
TPS 7	.085* / .515	.481	.869	-
TPS 8	.060* / .620	.542	.864	.629
TPS 9	.152* / .768	.771	.848	.855
TPS 10	.161* / .751	.707	.852	.732
TPS 11	.060* / .399	.270*	.882*	-

**No cumplen con el criterio*

En el análisis factorial, al introducir los 7 reactivos que quedaron tras el análisis de confiabilidad, se obtuvo un adecuado índice de KMO (0.922) y la prueba de esfericidad de Bartlett salió significativa ($<.001$), por lo que se pudo proceder al análisis. Se realizó el análisis factorial exploratorio con el método de factorización de ejes principales. El resultado fue una solución que mostraba un factor que explicaba el 65% de la varianza. Todos los reactivos cargaban $>.65$ en el factor. En la Tabla 6 se muestran las cargas factoriales de cada reactivo.

Tabla 6. Cargas factoriales de los reactivos del TPS

Item	Carga factorial	Comunalidad
TPS 2 Mi médico normalmente considera mis necesidades y las pone en primer lugar	.794	.631
TPS 3 Confío tanto en mi médico que siempre trato de seguir sus recomendaciones	.843	.710
TPS 4 Si mi médico me dice que algo es de una manera, debe de ser verdad	.801	.641
TPS 6 Confío en el juicio de mi médico acerca de mi atención médica	.880	.775
TPS 8 Confío en que mi médico pone mis necesidades médicas sobre otras consideraciones cuando trata mis problemas médicos	.651	.423
TPS 9 Mi médico es un verdadero/a experto/a en tratar problemas médicos como el mío	.891	.794
TPS 10 Confío en que mi médico me diga si se cometió un error en mi tratamiento	.760	.578

La estructura final, coincidió con la del instrumento original componiéndose de un solo factor de confianza en el médico, aunque estaba compuesto de 7 reactivos en lugar de 11. Por lo que el instrumento final que se utilizó en el estudio constó de 7 reactivos medidos con escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta que iban de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” (1-5). La puntuación que se podía obtener oscilaba entre 7 y 35, con mayores puntuaciones indicando mayor confianza en el médico.

Estigma asociado al VIH

Este instrumento fue respondido por 323 participantes. Tras limpiar la base de datos y codificar los valores de respuesta, se realizó el escaneo sistematizado que eliminó 10 casos cuya desviación estándar era nula y habían contestado lo mismo a cada reactivo (además de los 5 participantes eliminados previamente por no ser mexicanos o no tener VIH), con lo que finalmente quedaron 308 respuestas.

En el análisis de reactivos no se encontraron valores atípicos. En cuanto a la asimetría y curtosis, todos los valores de curtosis fueron <2 , aunque tres de los reactivos (15, 17 y 23) tuvieron un sesgo algo superior a 1. En el análisis de opciones de respuesta de alta frecuencia, hubo seis reactivos con una opción de respuesta con frecuencia un poco superior a 50%. En

cuanto a los efectos de piso y techo, en cuatro reactivos la opción de respuesta totalmente de acuerdo y en doce reactivos la opción de respuesta totalmente en desacuerdo, tenían una frecuencia de más del 30%, esto indica que podría ser beneficioso aumentar el número de opciones de respuesta en el cuestionario. Se comprobó que todos los reactivos mostraban diferencias significativas ($<.001$) al comparar entre los grupos extremos por lo que ningún reactivo se tuvo que eliminar. En la Tabla 7 se resume la información de los reactivos.

Tabla 7. Resumen de los reactivos de la escala de estigma abreviada de Berger

Ítem	Media	Desv. estándar	Rango	Asimetría < 1	Curtosis < 2	Opción con mayor frecuencia <50%	Efectos de piso o techo Primera o última opción <30%
E 2	2.22	1.109	1-4	.298	-1.291	35.7	35.7* / 16.9
E 4	2.93	1.068	1-4	-.583	-.941	39.0	14.6 / 39.0*
E 6	2.87	1.058	1-4	-.463	-1.036	35.7	14.3 / 35.7*
E 7	1.84	1.051	1-4	.932	-.479	52.6*	52.6* / 11.7
E 9	2.78	1.002	1-4	-.393	-.904	37.0	14.0 / 27.6
E 10	2.73	1.062	1-4	-.306	-1.137	31.2	16.9 / 29.5
E 12	1.80	.965	1-4	.966	-.186	50.6	50.6* / 8.1
E 13	1.82	.995	1-4	.991	-.174	50.0	50.0* / 10.1
E 14	2.34	.983	1-4	.129	-1.018	32.1	23.7 / 13.3
E 15	1.70	.931	1-4	1.133*	.210	55.5*	55.5* / 6.8
E 16	2.60	1.024	1-4	-.173	-1.087	34.4	18.2 / 22.1
E 17	3.38	.925	1-4	-1.472*	1.170	60.4*	8.4 / 60.4*
E 18	2.01	1.023	1-4	.606	-.838	40.6	40.6* / 11.0
E 20	2.56	1.027	1-4	-.113	-1.117	33.4	19.5 / 20.8
E 22	2.76	1.114	1-4	-.376	-1.215	32.8	19.8 / 32.8*
E 23	1.66	.919	1-4	1.242*	.469	58.8*	58.8* / 6.5
E 25	2.63	1.197	1-4	-.187	-1.499	33.1	26.6 / 33.1*
E 26	2.23	1.187	1-4	.333	-1.428	39.6	39.6* / 21.8
E 27	2.09	1.091	1-4	.561	-1.021	39.3	39.3* / 15.9
E 34	2.07	1.064	1-4	.472	-1.104	40.6	40.6* / 12.3
E 39	1.83	.993	1-4	.840	-1.291	50.6	50.6* / 8.1

*No cumplen con el criterio

Al realizar el análisis correlacional de los reactivos, se obtuvo un índice adecuado de consistencia interna ($\alpha=.925$) y se decidió mantener todos los reactivos, ya que tenían una buena correlación total-elemento ($>.35$) y no aumentaba el alfa de Cronbach si se eliminaba el

reactivo, excepto con el reactivo 17, en el que el aumento no era relevante ($\Delta.01$). En la Tabla 8 se muestran las correlaciones obtenidas entre los reactivos y la escala total.

Tabla 8. Correlaciones de los reactivos de la escala de estigma abreviada de Berger

	Correlación interreactivos r menor: $>.20$ / r mayor: $<.85$	Correlación escala total (inicial)	Alfa de Cronbach si se elimina	Correlación escala total (final, tras AFE)
E 2	.168* / .542	.551	.923	.553
E 4	.200 / .631	.642	.921	.651
E 6	.076* / .631	.596	.922	.605
E 7	.012* / .581	.563	.922	.555
E 9	.258 / .597	.584	.922	.584
E 10	.214 / .597	.557	.922	.557
E 12	.095* / .654	.648	.921	.643
E 13	.139* / .636	.646	.921	.640
E 14	.242 / .544	.631	.921	.627
E 15	.131* / .654	.666	.921	.661
E 16	.277 / .603	.659	.920	.657
E 17	.012* / .458	.346*	.926*	.354
E 18	.076* / .473	.440	.925	.430
E 20	.272 / .603	.666	.920	.666
E 22	.197* / .517	.607	.921	.614
E 23	.066* / .614	.568	.922	.571
E 25	.219 / .570	.587	.922	.590
E 26	.104* / .673	.539	.923	.536
E 27	.185* / .673	.615	.921	.611
E 34	.117* / .567	.621	.921	.605
E 39	.108* / .567	.587	.922	-

*No cumplen con el criterio

En el análisis factorial, al introducir los 21 reactivos, se obtuvo un adecuado índice de KMO (0.923) y la prueba de esfericidad de Bartlett salió significativa ($<.001$), por lo que se pudo proceder al análisis. Se realizó el análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal: varimax. El resultado fue una solución que mostraba cuatro factores que explicaban el 63.7% de la varianza. El reactivo 39 cargaba en tres de los factores por lo que se consideró problemático y se decidió eliminar. Para realizar de nuevo el análisis se volvió a comprobar que hubiera un adecuado índice KMO (.919) y que la prueba de esfericidad de Bartlett saliera significativa ($<.001$). Este nuevo análisis arrojó

también 4 factores que explicaban el 64.5% de la varianza. El reactivo 34 cargaba en 2 factores, pero tenía mayor peso en el que le correspondía teóricamente, por lo que se decidió mantenerlo en ese factor. Todos los reactivos cargaron $>.50$ en su factor por lo que no se eliminó ningún otro reactivo. Los análisis descriptivos de los factores se muestran en la Tabla 9, y las cargas factoriales en la Tabla 10.

Tabla 9. Factores de la escala de estigma abreviada de Berger

Subescala	Media	Desv. estándar
Estigma personalizado	2.101	.858
Preocupaciones revelación	2.912	.816
Autoimagen negativa	1.840	.787
Preocupaciones actitudes públicas	2.603	.811
Puntaje total	2.364	.663

Tabla 10. Cargas factoriales de la escala de estigma abreviada de Berger

Reactivos	Autoimagen negativa	Preocupación actitudes públicas	Preocupación revelación	Estigma personalizado
E12 Tener VIH hace que me sienta sucio	.803			
E23 Tener VIH en mi cuerpo me resulta repugnante	.766			
E15 Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona	.748			
E7 Siento que no soy tan bueno como los demás porque tengo VIH	.740			
E13 Me siento apartado, aislado del resto del mundo por tener VIH	.696			
E2 Me siento culpable porque tengo VIH	.659			
E10 La mayoría de las personas creen que una persona que tiene VIH es sucia		.746		
E9 Las personas con VIH son tratadas como rechazados		.729		
E16 La mayoría de las personas con VIH son rechazadas cuando otras personas se enteran de su enfermedad		.701		
E14 La mayoría de las personas piensan que una persona con VIH es repugnante		.695		
E20 La mayoría de las personas se sienten incomodas cuando están con alguien que tiene VIH		.619		
E6 Me esfuerzo por mantener en secreto que tengo VIH			.760	
E17 Soy muy cuidadoso(a) con quien comparto que tengo VIH			.670	
E4 Decirle a alguien que tengo VIH es arriesgado			.669	
E22 Me preocupa que la gente pueda juzgarme cuando se entere de que tengo VIH			.608	
E25 Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH se lo digan a otros			.607	.516
E26 Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo VIH				.838
E27 Normalmente, decirles a otros que tengo VIH ha sido un error				.747
E18 Algunas personas que saben que tengo VIH se han vuelto más distantes				.641
E34 Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH		.401		.540

Se calculó de nuevo el índice de consistencia interna al eliminar el reactivo 39 y este fue adecuado ($\alpha=.922$), también se obtuvieron adecuados índices de consistencia interna para los distintos factores, estos se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11. Índices de consistencia interna de la escala de estigma abreviada de Berger

Escala total	Factores			
	Estigma Personalizado	Preocupaciones revelación	Autoimagen negativa	Preocupación actitudes públicas
0.922	0.793	0.815	0.879	0.854

Se calcularon las correlaciones entre los factores resultando todas positivas y significativas. Los resultados se muestran en la Tabla 12. Se consideró la existencia de un factor de orden superior, por lo que se realizó el análisis factorial con los puntajes totales de los factores, y los resultados mostraron una varianza explicada de 65.8% y cargas en el factor de .799, .752, .707 y .692. Esto muestra la existencia de un factor único, por lo que habrá que obtener una puntuación total de la escala promediando los puntajes de todos los factores.

Tabla 12. Correlaciones entre factores de la escala de estigma abreviada de Berger

Subescala	Estigma personalizado	Preocupaciones revelación	Autoimagen negativa	Preocupaciones actitudes públicas
Estigma personalizado	1.000			
Preocupaciones revelación	0.487*	1.000		
Autoimagen negativa	0.523*	0.533*	1.000	
Preocupación actitudes públicas	0.555*	0.628*	0.535*	1.000

La estructura final coincidió con la del instrumento original componiéndose de cuatro factores: estigma personalizado, compuesto por cuatro en lugar de cinco reactivos; preocupaciones acerca de la revelación del diagnóstico, compuesto por cinco reactivos; autoimagen negativa, compuesto por seis reactivos; y preocupación acerca de las actitudes públicas, compuesto por cinco reactivos. Por lo que el instrumento final que se utilizó en el estudio constó de 20 reactivos medidos con escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta que iban de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” (1-4). La puntuación que se podía

obtener en estigma personalizado iba de 4 a 16; en preocupaciones acerca de la revelación del diagnóstico de 5 a 20, en autoimagen negativa de 6 a 24 y en preocupaciones acerca de las actitudes pública de 5 a 20. La puntuación total podía oscilar entre 20 y 80, con mayores puntuaciones indicando mayor estigma asociado al VIH.

Creencias sobre el TAR

Tras limpiar la base de datos y codificar los valores de respuesta, en el escaneo sistematizado para este cuestionario, solo se eliminaron 6 casos cuya desviación estándar era nula y habían contestado lo mismo a cada reactivo. Por lo que, finalmente quedaron 294 respuestas. En el análisis de reactivos no se encontraron valores atípicos. En cuanto a la asimetría y curtosis, todos los valores de curtosis fueron <2 , aunque cinco reactivos (1, 3, 4, 7 y 10) tuvieron un sesgo algo mayor a 1, por lo que se les debe prestar atención. En el análisis de opciones de respuesta de alta frecuencia, los mismos cinco reactivos tuvieron la opción totalmente de acuerdo con una frecuencia de más del 50%. Además, en cuanto a los efectos de piso y techo, en todos los reactivos existía una opción de respuesta en el extremo que tenía una frecuencia de más del 30% (en los reactivos 1, 3, 4, 5, 7 y 10 la opción totalmente de acuerdo; y en los reactivos 2, 6, 8 y 9 la opción totalmente en desacuerdo) por lo que parece que podría ser beneficioso ampliar el número de opciones de respuesta. Se comprobó que todos los reactivos mostraban diferencias significativas ($<.001$) al comparar entre los grupos extremos por lo que ningún reactivo se tuvo que eliminar. En la Tabla 13 se resume la información de los reactivos.

Al realizar el análisis correlacional de los reactivos, se decidió eliminar sucesivamente los reactivos 6, 8, 9, 2 y 5 ya que tenían una baja correlación total-elemento (.31, .32, .26, .24 y .36, respectivamente) y el alfa de Cronbach aumentaba si se eliminaban los reactivos. Tras eliminarlos, se obtuvo un índice de consistencia interna adecuado ($\alpha=.876$) y todos los reactivos tenían correlaciones total-elemento $>.58$, lo que se considera adecuado. En la Tabla 14 se muestran las correlaciones obtenidas entre los reactivos y la escala total.

Tabla 13. Resumen de los reactivos de la escala BMQ

Ítem	Media	Desv. estándar	Rango	Asimetría < 1	Curtosis < 2	Opción con mayor frecuencia <50%	Efectos de piso o techo Primera o última opción <30%
BMQ 1	4.10	1.237	1-5	-1.355*	.702	52.4*	7.1 / 52.4*
BMQ 2	2.68	1.512	1-5	.245	-1.463	33.7	33.7* / 16
BMQ 3	4.01	1.268	1-5	-1.102*	.050	51.4*	7.1 / 51.4*
BMQ 4	4.25	1.141	1-5	-1.603*	1.713	59.5*	5.8 / 59.5*
BMQ 5	3.77	1.294	1-5	-.924	-.238	36.1	10.2 / 36.1*
BMQ 6	2.23	1.288	1-5	.805	-.464	38.4	38.4* / 8.5
BMQ 7	4.15	1.238	1-5	-1.434*	.920	56.1*	7.5 / 56.1*
BMQ 8	2.35	1.308	1-5	.566	-.876	36.1	36.1* / 7.8
BMQ 9	2.41	1.423	1-5	.556	-1.076	38.4	38.4* / 11.9
BMQ 10	4.27	1.114	1-5	-1.644*	1.904	58.5*	5.1 / 58.5*

*No cumplen con el criterio

Tabla 14. Correlaciones de los reactivos de la escala BMQ

Ítem	Correlación interreactivos r menor: >.20 / r mayor: <.85	Correlación escala total (inicial)	Alfa de Cronbach si se elimina	Correlación escala total (final)
BMQ 1	-.007* / .653	.478	.771	.712
BMQ 2	.063* / .421	.407	.782	-
BMQ 3	-.006* / .744	.550	.763	.748
BMQ 4	.046* / .744	.572	.762	.763
BMQ 5	.258 / .409	.563	.761	-
BMQ 6	-.006* / .434	.313	.791	-
BMQ 7	.072* / .653	.565	.761	.729
BMQ 8	-.007* / .562	.372	.784	-
BMQ 9	.033* / .562	.414	.780	-
BMQ 10	.044* / .526	.437	.776	.581

*No cumplen con el criterio

En el análisis factorial, al introducir los 5 reactivos que quedaron tras el análisis de confiabilidad, se obtuvo un adecuado índice de KMO (0.849) y la prueba de esfericidad de Bartlett salió significativa (<.001), por lo que se pudo proceder al análisis. Se realizó el análisis factorial exploratorio con el método de extracción de factorización de ejes principales. El resultado fue una solución que mostraba un factor que explicaba el 59.2% de la varianza. Los reactivos cargaban >.62 en el factor. En la Tabla 15 se muestran las cargas factoriales de cada reactivo.

Tabla 15. Cargas factoriales de los reactivos del BMQ

Ítem	Carga factorial	Comunalidad
BMQ 1 Mi salud, actualmente, depende de mi tratamiento antirretroviral	,765	,584
BMQ 3 Mi vida sería imposible sin mi tratamiento antirretroviral	,821	,673
BMQ 4 Sin mi tratamiento antirretroviral estaría muy enfermo/a	,832	,692
BMQ 7 Mi salud, en el futuro, dependerá de mi tratamiento antirretroviral	,791	,626
BMQ 10 Mi tratamiento antirretroviral me protege de enfermarme	,619	,383

La estructura final del instrumento se compuso de un solo factor que coincidía con el de necesidad percibida del TAR en el instrumento original, y de igual forma estaba compuesto por 5 reactivos. Los reactivos que se eliminaron son los que componían el factor de preocupación acerca de los efectos adversos del medicamento, que podría no ser tan importante en esta población, en la que mayoritariamente toman tratamientos con una sola dosis y pocos efectos secundarios. Por lo que el instrumento final que se utilizó en el estudio constó de 5 reactivos medidos con escala con escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta que iban de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” (1-5). La puntuación que se podía obtener oscilaba entre 5 y 25, con mayores puntuaciones indicando mayor necesidad percibida del TAR.

Cuestionario de conocimiento sobre VIH y TAR (CC-VIH)

Para este cuestionario se contaba con una base de 490 participantes. La mayoría de la muestra fueron hombres (82.2%), con una media de edad de 36.1 años [D.E=10.278]. En cuanto al nivel educativo, lo más común fue que hubieran completado el nivel de universidad o posgrado (n=170, 34.7%) y, seguidamente, el nivel de preparatoria (n=159, 32.4%). La media de meses desde el diagnóstico era 107.4 [D.E=82.493], lo que es alrededor de 8 años. La mayoría estaba tomando tratamiento antirretroviral (91.8%) y la mediana de meses desde que lo tomaban era de 74.6 [IQR=43-144]. En la Tabla 16 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra, y, a continuación, se describen los resultados de los análisis que se hicieron para simplificar el cuestionario.

Tabla 16. Datos sociodemográficos de la muestra para validación de CC-VIH

N=490	% (n)
Edad	
Media	36.12
D.E.	10.278
Rango	18-73
Género	
Masculino	82.2 (403)
Femenino	15.7 (77)
Transgénero	1.6 (8)
Datos perdidos	0.4 (2)
Nivel educativo	
No escolarizado	0.2 (1)
Educación básica	29.2 (143)
Educación intermedia	32.4 (159)
Educación superior	34.7 (170)
Datos perdidos	3.5 (17)
Meses desde el diagnóstico	
Media	107.36
D.E.	82.493
Rango	27-438
Toma TAR	
No	6.3 (31)
Sí	91.8 (450)
Datos perdidos	1.8 (9)
Meses desde TAR	
Mediana	74.63
RIQ	43.2-144.6

D.E.=Desviación estándar; RIQ= Rango intercuartil

Tras limpiar la base de datos y codificar los valores de respuesta, se buscó si algún participante tenía respuestas no comprometidas, sin embargo, ninguno había respondido de igual forma a todos los reactivos ni se encontraron patrones de respuestas. Después se hizo un escaneo para identificar los valores perdidos, y se encontraron 27 participantes que tenían más del 10% de datos perdidos, por lo que se eliminaron y quedaron 463 participantes. También se escaneó si los reactivos tenían más del 5% de datos perdidos, pero ninguno los tuvo, por lo que se mantuvieron los 91 reactivos. Tras esto, se calculó el índice de dificultad de cada reactivo, así como el índice de discriminación. Con esto, se decidió eliminar 23 reactivos (1, 2, 4, 5, 7, 10, 14, 15, 18, 20, 22, 29, 32, 36, 37, 43, 45, 47, 54, 58, 60, 64, 91). En la Tabla 17 pueden verse estos dos índices para cada reactivo.

Tabla 17. Índices de dificultad y discriminación de los reactivos del CC-VIH

Reactivo	Índice de dificultad	Índice de discriminación	Reactivo	Índice de dificultad	Índice de discriminación
CC-VIH 1	.758	.121*	CC-VIH 47	.174	.107*
CC-VIH 2	.259	.176*	CC-VIH 48	.713	.709
CC-VIH 3	.695	.592	CC-VIH 49	.583	.317
CC-VIH 4	.952	.137*	CC-VIH 50	.693	.495
CC-VIH 5	.928	.165*	CC-VIH 51	.786	.501
CC-VIH 6	.556	.421	CC-VIH 52	.862	.327
CC-VIH 7	.961	.136*	CC-VIH 53	.641	.483
CC-VIH 8	.636	.434	CC-VIH 54	.240	.206*
CC-VIH 9	.682	.541	CC-VIH 55	.800	.522
CC-VIH 10	.989	.027*	CC-VIH 56	.694	.570
CC-VIH 11	.900	.308	CC-VIH 57	.637	.661
CC-VIH 12	.794	.344	CC-VIH 58	.212	.184*
CC-VIH 13	.468	.474	CC-VIH 59	.843	.394
CC-VIH 14	.801	.256*	CC-VIH 60	.942	.212*
CC-VIH 15	.833	.299*	CC-VIH 61	.704	.518
CC-VIH 16	.858	.344	CC-VIH 62	.395	.436
CC-VIH 17	.631	.518	CC-VIH 63	.399	.301
CC-VIH 18	.878	.266*	CC-VIH 64	.430	.299*
CC-VIH 19	.639	.321	CC-VIH 65	.753	.590
CC-VIH 20	.831	.292*	CC-VIH 66	.643	.760
CC-VIH 21	.616	.597	CC-VIH 67	.393	.538
CC-VIH 22	.880	.278*	CC-VIH 68	.730	.471
CC-VIH 23	.989	.423	CC-VIH 69	.731	.456
CC-VIH 24	.991	.335	CC-VIH 70	.800	.534
CC-VIH 25	.581	.351	CC-VIH 71	.607	.637
CC-VIH 26	.567	.512	CC-VIH 72	.566	.705
CC-VIH 27	.687	.545	CC-VIH 73	.406	.514
CC-VIH 28	.432	.350	CC-VIH 74	.668	.502
CC-VIH 29	.870	.272*	CC-VIH 75	.692	.706
CC-VIH 30	.824	.360	CC-VIH 76	.822	.531
CC-VIH 31	.778	.392	CC-VIH 77	.628	.776
CC-VIH 32	.898	.255*	CC-VIH 78	.693	.656
CC-VIH 33	.787	.374	CC-VIH 79	.704	.665
CC-VIH 34	.823	.390	CC-VIH 80	.797	.523
CC-VIH 35	.491	.530	CC-VIH 81	.580	.762

CC-VIH 36	.926	.221*	CC-VIH 82	.771	.578
CC-VIH 37	.943	.130*	CC-VIH 83	.831	.483
CC-VIH 38	.323	.421	CC-VIH 84	.748	.363
CC-VIH 39	.846	.323	CC-VIH 85	.823	.466
CC-VIH 40	.842	.341	CC-VIH 86	.709	.531
CC-VIH 41	.800	.320	CC-VIH 87	.834	.440
CC-VIH 42	.732	.431	CC-VIH 88	.807	.501
CC-VIH 43	.916	.256*	CC-VIH 89	.742	.577
CC-VIH 44	.484	.411	CC-VIH 90	.800	.395
CC-VIH 45	.903	.247*	CC-VIH 91	.341	.152*
CC-VIH 46	.719	.634			

**No cumplen con el criterio*

En ese momento quedaban 68 reactivos, los cuales, se introdujeron en un análisis de confiabilidad, y se fueron eliminando uno a uno los siguientes 18 reactivos (63, 28, 49, 25, 19, 62, 13, 12, 24, 8, 44, 38, 6, 23, 67, 73, 35 y 17) debido a su baja correlación con la escala total (.20, .24, .24, .24, .26, .28, .29, .29, .30, .31, .31, .31, .31, .33, .33, .34, .35, .35, respectivamente). Por lo tanto, quedaron 50 reactivos, que se deciden conservar, ya que tienen una buena correlación total-elemento (todos mayor a .350) y el alfa de Cronbach ($\alpha=.944$) no aumenta al eliminar ninguno de los reactivos. En la Tabla 18 pueden verse las correlaciones de los reactivos entre sí y con la escala total, también se muestra el alfa de Cronbach si se eliminaba cada reactivo.

Tabla 18. Correlaciones de los reactivos de la escala CC-VIH

Reactivo	Correlación interreactivos r menor: >.20 / r mayor: <.85	Correlación escala total (inicial)	Alfa de Cronbach si se elimina	Correlación escala total (final)
CC-VIH 3	.041* / .373	.459	.942	.443
CC-VIH 6	-.003* / .347	.313	.943	-
CC-VIH 8	.018* / .295	.328	.943	-
CC-VIH 9	.037* / .375	.457	.942	.442
CC-VIH 11	.034* / .351	.430	.942	.404
CC-VIH 12	-.003* / .312	.297	.943	-
CC-VIH 13	.060* / .246	.295	.943	-
CC-VIH 16	-.025* / .408	.434	.942	.450
CC-VIH 17	.011* / .292	.367	.942	-
CC-VIH 19	-.026* / .260	.266	.943	-

CC-VIH 21	.034* / .472	.496	.942	.477
CC-VIH 23	.035* / .265	.348	.943	-
CC-VIH 24	.007* / .303	.308	.943	-
CC-VIH 25	.001* / .210	.250	.943	-
CC-VIH 26	.043* / .353	.377	.942	.383
CC-VIH 27	.058* / .428	.484	.942	.460
CC-VIH 28	-.038* / .232	.236	.943	-
CC-VIH 30	-.016* / .301	.344	.942	.385
CC-VIH 31	.031* / .334	.375	.942	.373
CC-VIH 33	.060* / .363	.397	.942	.417
CC-VIH 34	.042* / .369	.493	.942	.503
CC-VIH 35	.053* / .293	.368	.942	-
CC-VIH 38	-.016* / .288	.341	.943	-
CC-VIH 39	.046* / .327	.411	.942	.405
CC-VIH 40	-.037* / .346	.369	.942	.420
CC-VIH 41	-.001* / .324	.384	.942	.397
CC-VIH 42	.028* / .322	.381	.942	.366
CC-VIH 44	.057* / .279	.339	.943	-
CC-VIH 46	.053* / .510	.594	.941	.586
CC-VIH 48	.068* / .487	.640	.941	.652
CC-VIH 49	-.025* / .250	.246	.943	-
CC-VIH 50	.038* / .369	.438	.942	.439
CC-VIH 51	.094* / .411	.546	.942	.545
CC-VIH 52	-.042* / .389	.426	.942	.416
CC-VIH 53	.037* / .311	.399	.942	.409
CC-VIH 55	.063* / .482	.526	.942	.514
CC-VIH 56	.065* / .431	.476	.942	.487
CC-VIH 57	.038* / .409	.515	.942	.555
CC-VIH 59	.020* / .380	.503	.942	.523
CC-VIH 61	.085* / .400	.471	.942	.427
CC-VIH 62	-.002* / .269	.281	.943	-
CC-VIH 63	-.042* / .188	.198	.943	-
CC-VIH 65	.043* / .436	.553	.942	.551
CC-VIH 66	.086* / .477	.575	.941	.546
CC-VIH 67	-.007* / .347	.345	.943	-
CC-VIH 68	-.027* / .362	.422	.942	.423
CC-VIH 69	-.003* / .381	.391	.942	.384
CC-VIH 70	.075* / .482	.582	.941	.584
CC-VIH 71	.053* / .405	.441	.942	.450
CC-VIH 72	.099* / .431	.503	.942	.503
CC-VIH 73	.063* / .276	.374	.942	-
CC-VIH 74	.058* / .432	.451	.942	.439
CC-VIH 75	.115* / .449	.577	.941	.576
CC-VIH 76	.094* / .487	.618	.941	.643
CC-VIH 77	.093* / .486	.610	.941	.615
CC-VIH 78	.093* / .442	.537	.942	.525
CC-VIH 79	.120* / .472	.591	.941	.603

CC-VIH 80	.045* / .440	.526	.942	.557
CC-VIH 81	.060* / .486	.572	.941	.571
CC-VIH 82	.024* / .510	.571	.941	.578
CC-VIH 83	.027* / .465	.514	.942	.547
CC-VIH 84	.035* / .364	.348	.942	.374
CC-VIH 85	.037* / .472	.542	.942	.553
CC-VIH 86	.054* / .443	.519	.942	.539
CC-VIH 87	.046* / .451	.519	.942	.548
CC-VIH 88	.028* / .427	.522	.942	.528
CC-VIH 89	.123* / .436	.559	.941	.555
CC-VIH 90	.053* / .438	.376	.942	.395

**No cumplen con el criterio*

Localización de pacientes

Pacientes con seguimiento adecuado

A partir de las bases de datos, se invitó a participar a un total de 101 personas que tenían un seguimiento médico adecuado, es decir, que no habían faltado a ninguna cita durante la pandemia. De ellos, 87 participantes respondieron a la entrevista telefónica y los otros 14 dijeron que querían participar, sin embargo, no respondieron a la llamada que se agendó para realizar la entrevista. De los que sí completaron la entrevista y recibieron los cuestionarios psicológicos, 72 los completaron, 8 respondieron a algunos de los cuestionarios y 7 no respondieron ninguno (Figura 4).

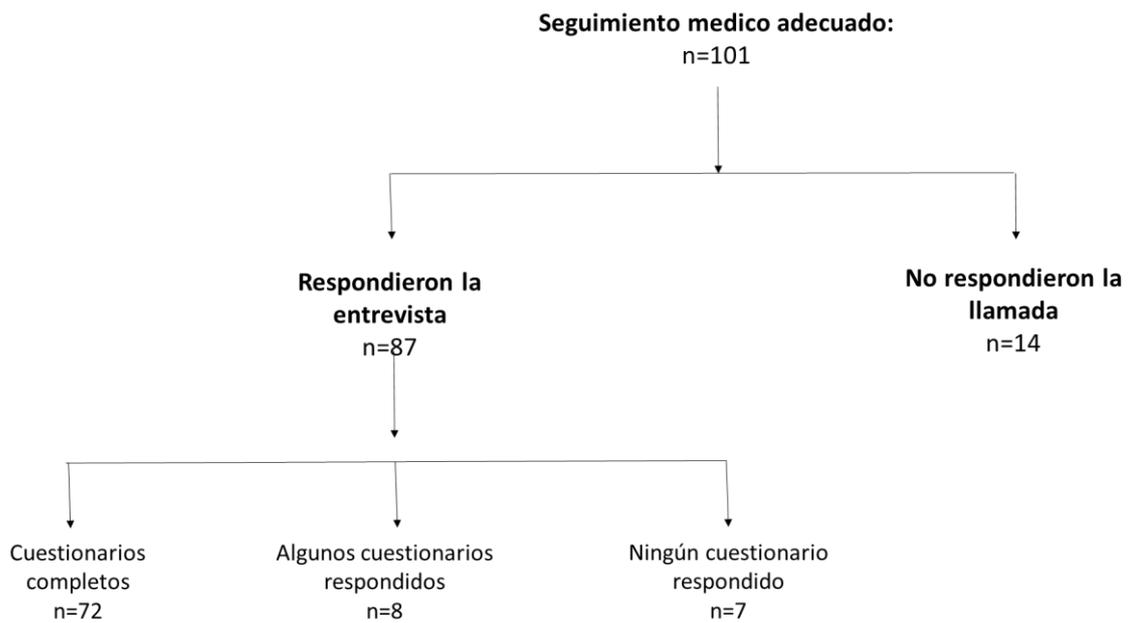


Figura 4. Flujograma localización de pacientes con adecuado seguimiento médico

Pacientes con fallas en el seguimiento

Se realizaron una media de 2.1 intentos de llamada para localizar a 141 pacientes (aproximadamente el 10% de la población atendida en la clínica) que se creía, según las bases de datos, que habían faltado al menos a una cita entre noviembre de 2020 y noviembre de 2021. Más de un tercio (37.5%, n=53) de estas/os pacientes fueron imposibles de localizar, y de los localizados (n=88), el 44.3% (n=39) confirmaron que habían presentado fallas en el seguimiento, tres habían fallecido y 46 no cumplieron los criterios de inclusión para participar en el estudio. De estos, 35 se consideraron como “sin fallas en el seguimiento” ya que reportaron que se trataba de problemas en el registro de la información (no tenían cita ese día, no les tocaba recoger medicamento...), el resto no cumplía con los criterios de inclusión por las siguientes razones: estaban en atención en otro centro, aunque habían faltado a su cita, acudieron a la clínica antes de que pasara un mes o se comunicaron para que se les reprogramara su cita.

De los 39 pacientes con fallas en el seguimiento, todos respondieron a la entrevista telefónica sobre datos sociodemográficos, clínicos, contextuales y conductuales. En cuanto a los cuestionarios psicológicos que se enviaron por correo electrónico para responder en línea: 29 participantes los contestaron por completo; cinco contestaron todos los cuestionarios, excepto el de conocimiento sobre VIH y TAR; tres no sabían leer ni escribir por lo que no pudieron contestarlos y dos dijeron que iban a contestarlos, pero no lo hicieron (Figura 5).

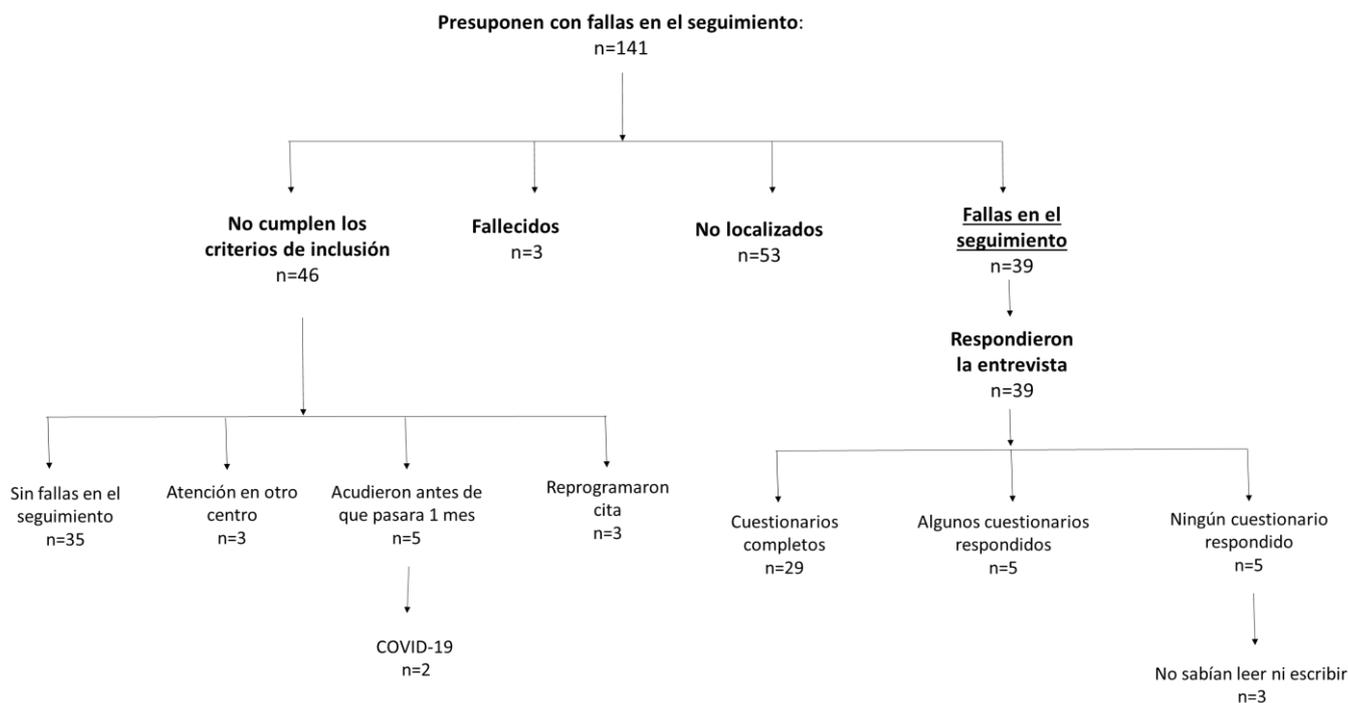


Figura 5. Flujograma localización de pacientes con fallas en el seguimiento

Se examinó la cita a la que habían faltado estas/os pacientes con fallas en el seguimiento, 3 de ellos faltaron a toma de muestra para realizarse estudios de laboratorio, 22 (56.4%) faltaron a recoger medicamento y, el resto (n=14, 35.9%), faltaron tanto a toma de muestra como a recoger el medicamento. La mediana de meses que habían pasado desde que faltaron a su cita, hasta que se les localizó, fue de 2 meses, y el rango intercuartil iba de 2 a 5 meses. Finalmente, la mediana de tiempo que había pasado desde que habían recibido el

diagnóstico hasta que tuvieron esta falla en su seguimiento fue de 108 meses (alrededor de 9 años), y el rango intercuartil fue de 78 a 152 meses.

Razones reportadas

Para mantener adecuado seguimiento médico

Las y los participantes con un seguimiento adecuado respondieron a la pregunta de qué les motivaba para no faltar a sus citas. En este grupo, reportaron una media de 2.4 razones para mantener un seguimiento médico adecuado, lo más habitual es que expresaran 2 razones (n=26), luego 1 razón (n=24) y 3 razones (n=21), y el mayor número de razones reportadas fue 8 (n=2). Algunas de las razones que reportaron tenían que ver con aspectos sociales, como poder cuidar a sus hijos, estar presentes para su familia, poder tener una vida normal o los planes que todavía tenían que cumplir. Asimismo, algunas razones tenían que ver con los servicios sanitarios, como querer seguir recibiendo el tratamiento antirretroviral, haber recibido un buen trato de sus médicos y/o buenos servicios por parte de la clínica, así como querer seguir atendiéndose en la misma institución.

Las razones más reportadas tenían que ver con la salud, con mantenerse sano y evitar caer enfermo, las infecciones oportunistas y el desarrollo de sida (ya fuera porque ya lo habían tenido antes o porque no querían tenerlo); algunas otras razones relacionadas con la salud tenían que ver con el miedo a morir, con estar bien para ser capaz de trabajar y/o estudiar y con haberse sentido bien hasta ese momento gracias a haber llevado un seguimiento médico adecuado. Otras personas se sentían motivadas a llevar un adecuado seguimiento para poder verlo reflejado en sus estudios de carga viral y de células T-CD4, otras estaban concienciadas y agradecidas por tener el TAR de forma gratuita, sabiendo que suele ser un medicamento caro. Otros reportaron que estar informados, ser conscientes y/o responsables les motivaba a mantener un seguimiento adecuado. Por último, algunos encontraron motivación para mantener un seguimiento adecuado al pensar que de esta forma podían cuidarse para no adquirir COVID-19. Las frecuencias en que reportaron cada una de estas razones pueden verse en la Tabla 19.

Tabla 19. Razones reportadas para mantener un seguimiento médico adecuado

Categoría	Razón	n
Sociales	Poder cuidar a los hijos/os	2
	Estar para su familia	6
	Poder vivir una vida normal	9
	Planes que cumplir	5
Servicios de salud	Continuar recibiendo TAR	3
	Haber recibido buen trato de su médico	4
	Servicios recibidos en la institución	12
	Continuar atendiéndose en el CIENI	4
Salud	Mantenerse saludable	51
	Evitar enfermarse	8
	No desarrollar sida	4
	No volver a tener sida	11
	No querer morir	19
	Ser capaz de trabajar/estudiar	4
	Continuar sintiéndose bien	12
Otros	Otra	16
	Ver exámenes de laboratorio (CV, células T-CD4...)	6
	Conscientes de tener TAR gratuito	6
	Estar informado / Consciente	14
	Responsabilidad / Disciplina	13
	Cuidarse de COVID-19	2

Para presentar fallas en el seguimiento

Las personas con fallas en el seguimiento reportaron una media de 3.5 razones para haber tenido estos problemas. Lo más habitual es que expresaran 2 razones (n=14), luego 3 (n=10) y 4 razones (n=5), y el mayor número de razones reportadas fue 9 (n=2). Varias de las razones señaladas tenían que ver con el contexto de las y los pacientes, como tener problemas económicos, tener algún familiar que cuidar, falta de apoyo social o haber sufrido violencia. Otras razones estaban relacionadas con los servicios de salud e incluían problemas con los trámites/papeleo, insatisfacción con los horarios y/o tiempos de espera, problemas para ponerse en contacto con la institución (no tenían el teléfono o no respondían sus llamadas), problemas derivados de la referencia a otra institución y cuestiones relacionadas con el seguro médico.

Algunas razones tenían que ver con barreras estructurales, como la dificultad para transportarse a la clínica, la distancia a la que se encontraba su domicilio y, una de las más

comúnmente reportadas, dificultades relacionadas con el trabajo (situación que se hizo más difícil debido a la pandemia). Otras/os participantes informaron de que habían tenido problemas de salud que habían dificultado la asistencia a sus citas, también que habían tenido problemas emocionales, problemas con el consumo de drogas o incluso reportaron creencias erróneas como “pensar que ya no tenían VIH porque se sentían bien”.

Tabla 20. Razones reportadas para tener fallas en el seguimiento

Categoría	Razón	n
Contextuales	Problemas económicos	4
	Tener que cuidar a un familiar	9
	Violencia	2
	Falta de apoyo social	1
Servicios de salud	Trámites	4
	Insatisfacción con horarios y/o tiempos de espera	2
	Problemas para comunicarse con la clínica	12
	Referencia de una institución a otra	1
	Problemas con el seguro	3
Barreras	Transporte	5
	Distancia a la clínica	3
	Trabajo	16
Salud	Tener problemas de salud	10
Psicológicas	Problemas emocionales	6
	Uso de drogas	2
	Pensar que no tiene HIV (que se ha curado)	2
Información	Falta de información sobre los procedimientos de atención	12
Otras	Olvidos	6
	Otros	5
	Todavía tenían TAR (lo tomaban mal, citas mal agendadas...)	16
	Miedo a la pandemia	3
	Cambios producidos por la pandemia (rutina, confinamiento...)	8

Otras de las razones más frecuentemente reportadas fueron, por un lado, la falta de información sobre los procedimientos para recoger TAR y/o la toma de muestra, que fueron modificados durante la pandemia debido a la conversión en un hospital exclusivo de COVID-19; y, por otro lado, el hecho de que todavía tuvieran TAR disponible a pesar de que, según las

estimaciones de la clínica, debieran haberlo terminado en ese momento. La razón por la que todavía tenían TAR podía deberse a que lo habían tomado incorrectamente, y por ello todavía tenían sobrante, a que las citas se habían agendado mal, a que la cantidad de TAR entregado había sido mal registrado, a que les habían entregado más TAR del que les correspondía o a que habían conseguido el tratamiento en otro lugar o de otra forma.

Finalmente, otras razones reportadas fueron el olvido de citas, y razones relacionadas con la pandemia, como el miedo al contagio y/o cambios en la rutina, cambios en la organización de los servicios y las medidas de confinamiento. La frecuencia con la que se mencionaron estas razones se muestra en la Tabla 20.

Variables relacionadas con las fallas en el seguimiento: comparación entre grupos

Sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención y conductuales

En primer lugar, es importante mencionar que no se encontraron diferencias significativas entre quienes participaron en el estudio y las y los pacientes que no fueron localizados o que resultaron clasificados como “sin fallas en el seguimiento” en ninguna de las variables sociodemográficas, clínicas y contextuales que se pudieron recuperar de las bases de datos. Aunque la muestra de participantes con fallas en el seguimiento no fue muy grande, y algunas de las diferencias no resultaron significativas, a continuación, se describen estas variables en los dos grupos, y pueden consultarse en la Tabla 21.

En cuanto a las variables sociodemográficas, en el grupo con fallas en el seguimiento había una mayor proporción de mujeres (18% frente a 9%), aunque la diferencia no era significativa $\chi^2_{(1)}= 1.967$ $p>.05$; la edad media era similar en ambos grupos (en torno a los 40 años) $t_{(124)}= 1.368$ $p>.05$ y tampoco hubo diferencia según el estado civil $\chi^2_{(4)}= 5.716$ $p>.05$. La única variable de este grupo con diferencias significativas fue el nivel educativo, el cual era inferior en el grupo con fallas en el seguimiento (42% frente a 14% tenía completado el nivel de secundaria o uno inferior), $\chi^2_{(1)}= 10.340$ $p<.001$.

Respecto a las variables clínicas, la proporción de pacientes indetectables fue menor en el grupo con fallas en el seguimiento (72% frente a 95%), $\chi^2_{(1)}= 14.310$ $p<.001$, y al hacer la prueba t de Student con el logaritmo de la carga viral (variable cuantitativa) también se encuentra que la diferencia es significativa, $t_{(124)}= -4.730$ $p<.001$. La mediana del recuento de células T-CD4 fue menor en el grupo con fallas en el seguimiento (381 frente a 434), $t_{(124)}= 2.098$ $p<.05$, siendo la diferencia también significativa. La mediana del tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue mayor en el grupo con fallas en el seguimiento (116 frente a 97 meses), $t_{(124)}= -.800$ $p>.05$), sin embargo, la diferencia no resultó significativa. Finalmente, la proporción de pacientes con efectos secundarios del tratamiento antirretroviral también fue mayor en el grupo con fallas en el seguimiento (51% frente a 42%) $\chi^2_{(1)}= .833$ $p>.05$, aunque la diferencia no fue significativa.

Al revisar las variables contextuales, el porcentaje de pacientes en los niveles socioeconómicos más bajos (1x o 1), fue mayor en el grupo con fallas en el seguimiento (61% frente a 37%), $\chi^2_{(1)}= 6.684$ $p<.05$, resultando significativa la diferencia. La diferencia en cuanto a la distancia entre el domicilio y la clínica no resultó significativa $t_{(124)}= -1.763$ $p>.05$, aunque la mediana del tiempo que tardan en desplazarse hasta la clínica sí resultó mayor en el grupo con fallas en el seguimiento (75 minutos frente a 40), $t_{(124)}= -3.260$ $p<.001$, y la diferencia resultó significativa.

Respecto a las variables relacionadas con la atención, en el grupo con fallas en el seguimiento, hubo una mayor proporción de pacientes que reportaron que no siempre eran atendidos por el mismo médico (41% vs. 20%), $\chi^2_{(1)}= 5.652$ $p<.05$, y la diferencia resultó significativa. Además, en el grupo con fallas en el seguimiento, la puntuación media en la escala de confianza en el médico fue menor (28.7 frente a 30.4), $t_{(112)}= 1.028$ $p>.05$, sin embargo, la diferencia no fue significativa.

Al examinar las variables conductuales, se encontró que en el grupo con fallas en el seguimiento era mayor la proporción de pacientes que solo habían revelado su diagnóstico a 2 o

menos personas (23% vs. 18%), $\chi^2_{(1)} = .372$ $p > .05$, aunque la diferencia no fue significativa. Finalmente, en este grupo hubo más participantes que habían abandonado el tratamiento en ocasiones anteriores (31% frente a 8%), $\chi^2_{(1)} = 10.858$ $p < .001$, y que informaron de una adherencia al TAR inferior al 95% (41% frente a 8%), $\chi^2_{(1)} = 19.628$ $p < .001$, en ambos casos la diferencia fue significativa.

Tabla 21. Variables sociodemográficas, clínicas, contextuales, conductuales, relacionadas con atención

	Seguimiento adecuado (n=87)	Fallas en el seguimiento (n=39)
Sociodemográficas		
Género % (n)		
Femenino	9.2 (8)	17.9 (7)
Masculino	90.8 (79)	82.1 (32)
Edad		
Media (DE)	43.87 (10.192)	41.33 (8.241)
Estado civil % (n)		
Soltero/a	71.3 (62)	64.1 (25)
Casado/a	10.3 (9)	5.1 (2)
Unión libre	13.8 (12)	25.6 (10)
Separado/a	4.6 (4)	2.6 (1)
Viudo/a	-	2.6 (1)
Nivel educativo % (n)**		
Secundaria o inferior	14.9 (13)	41.0 (16)
Preparatoria o superior	85.1 (74)	59.0 (23)
Clínicas		
Carga viral: indetectable % (n)**		
Sí	95.4 (83)	71.8 (28)
No	4.6 (4)	28.2 (11)
Conteo células T-CD4*		
Mediana (RIC)	434 (315-594)	381 (221-525)
Tiempo con el diagnóstico (meses)		
Mediana (RIC)	97.0 (66-150)	116.0 (79-162)
Efectos adversos del TAR % (n)		
Sí	42.5 (37)	51.3 (20)
No	57.5 (50)	48.7 (19)
Contextuales		
Nivel socioeconómico % (n)*		
1x o 1	36.8 (32)	61.5 (24)
2 o mayor	63.2 (55)	38.5 (15)
Distancia a la clínica (km)		
Mediana (RIC)	22.0 (15.7-31.1)	26.1 (15.8-37.0)
Tiempo de transporte (minutos)**		
Mediana (RIC)	40.0 (28.0-71.0)	75.0 (50.0-120.0)

Relacionadas con la atención

Siempre le atiende mismo médico % (n)*

Yes	79.3 (69)	59.0 (23)
No	20.7 (18)	41.0 (16)

Confianza en el médico (Media)

Total (7-35)	30.4	28.7
--------------	------	------

Conductuales

Revelación del diagnóstico % (n)

≤ 2 personas	18.4 (16)	23.1 (9)
> 2 personas	81.6 (71)	76.9 (30)

Nº personas que conocen el diagnóstico

Media (DE)	11.1 (16.155)	8.6 (11.212)
------------	---------------	--------------

Abandonos previos % (n)**

Sí	8.0 (7)	30.8 (12)
No	92.0 (80)	69.2 (27)

Adherencia % (n)**

<95% (inadecuada)	8.0 (7)	41.0 (16)
>95% (adecuada)	92.0 (80)	59.0 (23)

*DE: Desviación estándar; RIC: Rango intercuartil *p<.05 **p<.001***Psicológicas**

En los cuestionarios psicométricos, las diferencias, en general, fueron pequeñas y no resultaron significativas, posiblemente debido al pequeño tamaño del grupo con fallas en el seguimiento (en algunas variables la n llegó a ser de 29, ya que no todas/os los participantes respondieron todos los cuestionarios). Se observó que en este grupo una mayor proporción de pacientes presentaba síntomas de ansiedad moderados o severos (38% frente a 27%), $\chi^2_{(1)}= 1.334$ $p>.05$, aunque la diferencia no resultó significativa. No se encontró lo mismo en los síntomas depresivos, ya que la proporción de pacientes con síntomas moderados o severos fue menor en el grupo con fallas en el seguimiento, aunque tampoco resultó significativa la diferencia, $\chi^2_{(1)}=.912$ $p>.05$. El riesgo de consumo de sustancias fue similar en ambos grupos (38% frente a 35% presentaba un riesgo de moderado a alto para 2 o más sustancias), $\chi^2_{(2)}=.130$ $p>.05$.

La puntuación media de estigma fue ligeramente superior en el grupo con fallas en el seguimiento en las subescalas de estigma internalizado (7.8 frente a 7.2), $t_{(112)}=.1060$ $p>.05$, y autoimagen negativa (9.8 frente a 9.5), $t_{(112)}=-.398$ $p>.05$, aunque el estigma total fue menor en este grupo (41.6 frente a 42.7), $t_{(112)}=.483$ $p>.05$, pero las diferencias no fueron significativas en

ninguna de las subescalas. Las y los participantes del grupo con fallas en el seguimiento tenían una puntuación media más baja en todas las subescalas de apoyo social; apoyo emocional (44.1 frente a 47.8), $t_{(112)}= 1.417$ $p>.05$, apoyo tangible (14.7 frente a 15.8), $t_{(112)}= 1.168$ $p>.05$, y apoyo social total (58.8 frente a 63.7), $t_{(112)}= 1.479$ $p>.05$, aunque las diferencias no resultaron significativas. La puntuación media en necesidad percibida del TAR fue menor en el grupo con fallas en el seguimiento (20.8 frente a 22.1), $t_{(112)}= 1.291$ $p>.05$, aunque la diferencia no fue significativa. En cuanto a la evaluación cognitiva, la puntuación media en la evaluación de amenaza fue muy similar en ambos grupos (12.3 frente a 12.2), $t_{(112)}= -.024$, $p>.05$, y lo mismo ocurrió con la evaluación de reto (9.1 frente a 9.3), $t_{(112)}= .205$ $p>.05$, por lo que las diferencias no fueron significativas, mientras que, en la evaluación cognitiva de control, la media fue menor en el grupo con fallas en el seguimiento (7,3 frente a 8.2), $t_{(112)}= 1.988$ $p<.05$, resultando significativa la diferencia. Por último, en el cuestionario de conocimiento sobre VIH y TAR, el grupo con fallas en el seguimiento tuvo una media de respuestas correctas más baja (37.7 frente a 44.3), $t_{(100)}= 3.981$ $p<.001$, una media de respuestas incorrectas más alta (7.8 frente a 3.8), $t_{(100)}= -3.404$ $p<.05$, y una media de respuestas que no sabían más alta (4.5 frente a 1.9), $t_{(100)}= -2.576$, $p<.05$, en todos los casos siendo significativa la diferencia. Las puntuaciones de las y los participantes en los instrumentos psicométricos se muestran en la Tabla 22.

Modelos multivariados regresión logística: factores de riesgo para fallas en el seguimiento

Se realizaron una serie de modelos de regresión logística estableciendo como variable dependiente haber presentado fallas en el seguimiento (0=No y 1=Sí). En primer lugar, se probó un modelo en el que se introdujeron como predictores las variables sociodemográficas: género, edad, estado civil (con o sin pareja) y nivel educativo (secundaria o menor vs. preparatoria o mayor). El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=12.137$, $gl=4$, $p=.016$) y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=9.067$, $gl=8$, $p=.337$). El modelo explicó entre 9.2% Cox & Snell y 12.9% Negelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 71.4%; 87.4% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 35.9% de quienes presentaron fallas en el

seguimiento, fueron predichos correctamente. De este grupo, solamente el nivel educativo resultó un predictor confiable de las fallas en el seguimiento (OR= .259, IC95%: .103-.648), actuando como factor protector, mayor nivel educativo se asociaba con menor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, veáse Tabla 23.

Tabla 22. Puntuaciones de las y los participantes en los cuestionarios psicométricos

	Seguimiento adecuado (n=77)	Fallas en el seguimiento (n=34)
Sintomatología ansiosa % (n)		
Mínima o leve	72.7 (56)	61.8 (21)
Moderada o severa	27.3 (21)	38.2 (13)
Sintomatología depresiva % (n)		
Mínima o leve	74.0 (57)	82.4 (28)
Moderada o severa	26.0 (20)	17.6 (6)
Riesgo moderado/alto uso sustancias % (n)		
Ninguna sustancia	41.6 (32)	38.2 (13)
Una sustancia	23.4 (18)	23.5 (8)
Dos o más sustancias	35.1 (27)	38.2 (13)
	(n=80)	(n=34)
	Media	Media
Estigma		
Estigma internalizado (4-16)	7.19	7.88
Preocupación por la revelación dx (5-20)	13.66	12.15
Autoimagen negativa (6-24)	9.49	9.79
Preocupación por actitudes públicas (5-20)	12.39	11.74
Total (20-80)	42.72	41.56
Apoyo social		
Emocional (12-60)	47.79	44.06
Tangible (4-20)	15.84	14.74
Total (16-80)	63.75	58.79
Necesidad percibida del TAR		
Total (5-25)	22.06	20.79
Evaluación cognitiva del VIH		
Amenaza (5-30)	12.24	12.26
Reto (3-15)	9.33	9.15
Control (2-10)*	8.16	7.29
	n=(73)	n=(29)
	Media	Media
Conocimiento VIH y TAR (50 preguntas)		
Respuestas correctas**	44.26	37.66
Respuestas incorrectas*	3.82	7.79
Respuestas “no sé”*	1.92	4.55

dx: diagnóstico; * $p < .05$; ** $< .001$

Tabla 23. Regresión logística con variables sociodemográficas (n=126)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Género ¹	.457	.140-1.490	.194
Edad	.984	.942-1.027	.455
Estado civil ²	.867	.335-2.244	.768
Nivel educativo ³	.259	.103-.648	.004

¹0=Femenino, 1=Masculino;

²0=Sin pareja, 1=Con pareja;

³0=Secundaria o menor, 1=Preparatoria o mayor

A continuación, se probó un modelo en el que se introdujeron como predictores las variables clínicas: carga viral (logaritmo), conteo de células T-CD4, tiempo (meses) desde el diagnóstico y número de efectos secundarios del TAR. El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=26.401$, $gl=4$, $p<.001$) y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=9.195$, $gl=8$, $p=.326$). El modelo explicó entre 18.9% Cox & Snell y 26.6% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 77.8%; 97.7% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 33.3% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. De este grupo, tanto la carga viral (OR= 2.709, IC95%: 1.478-4.963), como el número de efectos secundarios del TAR (OR= 1.617, IC95%: 1.013-2.580), resultaron predictores confiables de las fallas en el seguimiento. Ambas variables resultaron ser factores de riesgo, es decir, mayor carga viral y mayor número de efectos secundarios se asociaban con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, el resto de los OR pueden verse en la Tabla 24.

Tabla 24. Regresión logística con variables clínicas (n=126)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Carga viral (logaritmo)	2.709	1.478-4.963	.001
Conteo T-CD4	.999	.997-1.001	.380
Tiempo desde el diagnóstico (meses)	1.005	.999-1.011	.130
Nº efectos adversos del TAR	1.617	1.013-2.580	.044

Después, se probó un modelo en el que se introdujeron como predictores las variables contextuales: nivel socioeconómico (1x o 1 vs. 2 o mayor) y tiempo (min) que tardaban las y los pacientes en llegar a la clínica. La variable distancia a la clínica no se introdujo por la

colinealidad que se encontró entre esta variable y el tiempo que tardaban en trasladarse a la clínica. El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=14.675$, $gl=2$, $p=.001$) y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=4.073$, $gl=7$, $p=.771$). El modelo explicó entre 11.0% Cox & Snell y 15.5% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 69.0%; 92.0% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 17.9% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. De este grupo, ambos, tanto el nivel socioeconómico (OR= .396, IC95%: .176-.887), como el tiempo que tardaban en trasladarse a la clínica (OR= 1.009, IC95%: 1.002-1.016), resultaron predictores confiables de las fallas en el seguimiento. El nivel socioeconómico resultó ser un factor protector, a mayor nivel socioeconómico, menor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento; y el tiempo de transporte resultó ser un factor de riesgo, es decir, tardar más minutos en llegar a la clínica se asociaba con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, los OR pueden verse en la Tabla 25.

Tabla 25. Regresión logística con variables contextuales (n=126)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Nivel socioeconómico ¹	.396	.176-.887	.024
Tiempo hasta la clínica (min)	1.009	1.002-1.016	.009

¹0=1x o 1, 1=2 o mayor

Seguidamente se probó un modelo en el que se introdujeron como predictores las variables relacionadas con la atención: haber sido siempre atendido por el mismo médico (constancia del médico) y la puntuación en confianza en el médico. El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=7.908$, $gl=2$, $p=.019$) y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=8.628$, $gl=6$, $p=.196$). El modelo explicó entre 6.7% Cox & Snell y 9.5% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 70.2%; 93.8% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 14.7% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. La constancia del médico (OR= 3.333, IC95%: 1.357-8.186), resultó

ser un predictor confiable de las fallas en el seguimiento. No ser atendido siempre por el mismo médico actúa como factor de riesgo, ya que se relaciona con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, véase Tabla 26.

Tabla 26. Regresión logística con variables relacionadas con la atención (n=114)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Constancia del médico ¹	3.333	1.357-8.186	.009
Puntuación en TPS ²	.974	.927-1.023	.292

¹0=Siempre atendido por el mismo médico, 1=No siempre atendido por el mismo médico;

²TPS: Trust in Physician Scale

A continuación, se probó un modelo en el que se introdujeron como predictores las variables conductuales: nº de personas a las que habían compartido el diagnóstico, haber tenido abandonos previos del seguimiento médico adherencia al TAR (adecuada vs. inadecuada). El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=23.362$, gl=3, p<.001) y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=5.851$, gl=7, p=.557). El modelo explicó entre 18.9% Cox & Snell y 26.6% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 75.4%; 85.1% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 53.8% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. Los abandonos previos (OR= 4.959, IC95%: 1.610-15.275), y la adherencia al TAR (OR= 7.274, IC95%: 2.550-20.751), resultaron ser predictores confiables de las fallas en el seguimiento. Tanto los abandonos previos como la adherencia resultaron ser factores de riesgo, ya que haber tenido abandonos del seguimiento anteriormente o tener adherencia inadecuada se relacionaron con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, véase Tabla 27.

Tabla 27. Regresión logística con variables conductuales (n=126)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Nº personas compartido el dx.	.991	.961-1.022	.571
Abandonos previos del seguimiento ¹	4.959	1.610-15.275	.005
Adherencia al TAR ²	7.274	2.550-20.751	<.001

¹0=No, 1=Sí

²0=Adherencia adecuada (>95%), 1=Adherencia inadecuada (<95%)

Finalmente, según la cantidad de personas que había completado los cuestionarios, se probaron dos modelos introduciendo como predictores las variables psicológicas. En el primero se introdujeron sintomatología ansiosa (mínima o leve vs. moderada o severa), sintomatología depresiva (mínima o leve vs. moderada o severa) y riesgo de uso de sustancias (riesgo bajo o nulo para cualquier sustancia vs. riesgo moderado o alto en 1 o más sustancias). El modelo no resultó significativamente confiable ($\chi^2=6.347$, $gl=3$, $p=.096$), aunque la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=.305$, $gl=3$, $p=.959$). El modelo explicó entre 5.6% Cox & Snell y 7.8% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 71.2%; 93.5% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 20.6% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. La ansiedad (OR= 3.944, IC95%: 1.154-13.483) y la depresión (OR=.222, IC95%: .055-.891), resultaron ser predictores confiables de las fallas en el seguimiento. La ansiedad resultó ser un factor de riesgo, ya que presentar síntomas moderados o severos de ansiedad se relacionó con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, sin embargo, la depresión resultó ser un factor protector, ya que, presentar síntomas moderados o severos de depresión se relacionaba con menor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, veáse Tabla 28.

Tabla 28. Regresión logística con ansiedad, depresión y riesgo de uso de sustancias (n=111)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Sintomatología ansiosa ¹	3.944	1.154-13.483	.029
Sintomatología depresiva ¹	.222	.055-.891	.034
Riesgo de uso de sustancias ²	1.015	.419-2.455	.974

¹0=Mínima o leve, 1=Moderada/Severa;

²0=Riesgo bajo o nulo para cualquier sustancia, 1=Riesgo moderado o alto para 1 o más sustancias

El segundo modelo con variables psicológicas como predictores se realizó introduciendo la puntuación total obtenida en la escala de estigma (que contenía la puntuación de las subescalas de estigma internalizado, preocupaciones acerca de la revelación del diagnóstico, autoimagen negativa y preocupación acerca de las actitudes públicas), la

puntuación total obtenida en la escala de apoyo social (que contenía la puntuación de las subescalas de apoyo emocional/informativo y apoyo tangible), la puntuación total obtenida en la escala de creencias acerca del TAR (necesidad percibida del TAR), las puntuaciones obtenidas en las subescalas de evaluación cognitiva: amenaza, desafío y control y el n° de respuestas incorrectas (información errónea) en el cuestionario de conocimientos sobre VIH y TAR. Se introdujeron las puntuaciones totales de las escalas en lugar de las puntuaciones a las subescalas, debido a la colinealidad detectada entre estas. De igual forma, solo se introdujo el n° de respuestas incorrectas en el cuestionario de conocimientos sobre VIH y TAR, por la colinealidad entre esta variable y las variables de n° de respuestas correctas y n° de respuestas “no sé”. El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=17.551$, $gl=7$, $p=.014$), y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=6.692$, $gl=8$, $p=.570$). El modelo explicó entre 15.8% Cox & Snell y 22.7% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 73.5%; 93.2% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 24.1% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. El número de respuestas incorrectas en el cuestionario de conocimiento sobre el VIH y TAR (OR= 1.092, IC95%: 1.029-1.159), resultó ser un predictor confiable de las fallas en el seguimiento. Se trató de un factor de riesgo, ya que un mayor n° de respuestas incorrectas se relacionó con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, véase Tabla 29.

Tabla 29. Regresión logística con variables psicológicas (n=102)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Escala de estigma	.977	.929 - 1.027	.365
Escala de apoyo social	.995	.964 - 1.028	.779
Necesidad percibida del TAR	.946	.859 - 1.041	.255
Evaluación cognitiva: amenaza	1.084	.973 - 1.207	.142
Evaluación cognitiva: desafío	1.000	.877 - 1.139	.996
Evaluación cognitiva: control	.872	.681 - 1.117	.278
N° respuestas incorrectas CC-VIH	1.092	1.029 - 1.159	.004

Una vez realizados los modelos por grupos de variables, se probó un modelo en el que se incluyeron todas aquellas variables que habían mostrado ser predictoras en los modelos

anteriores, de este modo se pudieron identificar los factores de riesgo para presentar fallas en el seguimiento, controlando el efecto del resto de covariables. Por tanto, en este modelo se introdujeron: nivel educativo (secundaria o menor vs. preparatoria o mayor), carga viral (logaritmo), nº de efectos adversos del TAR, nivel socioeconómico (1x o 1 vs. 2 o mayor), tiempo que tardaban las y los pacientes en desplazarse a la clínica (min), constancia del médico (siempre han sido atendidos por el mismo médico o no), haber tenido abandonos previos del seguimiento, adherencia reportada al TAR (adecuada vs. inadecuada), sintomatología ansiosa (mínima o leve vs. moderada o severa), sintomatología depresiva (mínima o leve vs. moderada o severa) y nº de respuestas incorrectas en el cuestionario de conocimiento sobre VIH y TAR. El modelo resultó significativamente confiable ($\chi^2=51.216$, $gl=11$, $p<.001$), y la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó que este se ajustaba adecuadamente a los datos ($\chi^2=14.834$, $gl=8$, $p=.062$). El modelo explicó entre 40.1% Cox & Snell y 57.2% Nagelkerke de la varianza de presentar fallas en el seguimiento. El total de la predicción correcta fue de 90.0%; 97.2% de quienes tenían un adecuado seguimiento y 72.4% de quienes presentaron fallas en el seguimiento, fueron predichos correctamente. En este modelo multivariado, la carga viral (OR= 3.899, IC95%: 1.517-10.019), los abandonos previos del seguimiento (OR= 6.023, IC95%: 1.175-30.874), la adherencia al TAR (OR= 11.098, IC95%: 2.178-56.558) y la sintomatología ansiosa (OR= 6.790, IC95%: 1.103-41.789) resultaron ser predictores confiables de las fallas en el seguimiento. Tanto la carga viral, como los abandonos previos, la adherencia y la sintomatología ansiosa resultaron ser factores de riesgo, ya que mayor carga viral, haber abandonado previamente el seguimiento, tener adherencia inadecuada al TAR o presentar mayor sintomatología ansiosa, se relacionaron con mayor probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, véase Tabla 30.

Tabla 30. Regresión logística multivariada (n=100)

Variable	OR	IC 95%	Significancia
Nivel educativo ¹	.285	.051 - 1.609	.155
Carga viral (logaritmo)	3.899	1.517 - 10.019	.005
Nº efecto adversos del TAR	.933	.470 - 1.853	.843
Nivel socioeconómico ²	2.398	.549 - 10.483	.245
Tiempo de transporte clínica (min)	1.006	.998 - 1.014	.166
Constancia del médico ³	3.282	.876 - 12.294	.078
Abandonos previos ⁴	6.023	1.175 - 30.874	.031
Adherencia ⁵	11.098	2.178 - 56.558	.004
Sintomatología ansiosa ⁶	6.790	1.103 - 41.789	.039
Sintomatología depresiva ⁶	.192	.029 - 1.280	.088
Nº respuestas incorrectas en el CC-VIH	1.093	.955 - 1.252	.198

¹0=Secundaria o menor, 1=Preparatoria o mayor;

²0=1x o 1, 1=2 o mayor;

³0=Siempre atendido por el mismo médico, 1=No siempre atendido por el mismo médico;

⁴0=No; 1=Sí;

⁵0=Adherencia adecuada (>95%) 1= Adherencia inadecuada (<95%)

⁶0=Mínima o leve, 1=Moderada/Severa

Impacto de la pandemia

En la entrevista realizada, se preguntó a las y los pacientes si la pandemia por COVID-19 había impactado en su seguimiento médico. Las respuestas se clasificaron en: no había impactado/no se vio afectado, el seguimiento fue más fácil, el seguimiento resultó más difícil y encontraron que la pandemia trajo cosas tanto positivas como negativas. Mientras que, en el grupo con fallas en el seguimiento, la gran mayoría informó de que el seguimiento médico había sido más difícil durante la pandemia (n=27, 69.2%), y sólo una persona lo encontró más fácil; en el grupo con seguimiento adecuado, hasta un 34% encontró más fácil el seguimiento en la pandemia y un 20% encontró tanto cosas positivas como negativas, ver Tabla 31. Además, la diferencia fue significativa, $\chi^2_{(3)} = 19.778$ p<.001.

Tabla 31. Impacto de la pandemia en el seguimiento médico

	Seguimiento adecuado (n=29) % (n)	Fallas en el seguimiento (n=39) % (n)	χ^2 p
No se vio afectado	17.2 (5)	23.1 (9)	
Resultado más fácil	34.5 (10)	2.6 (1)	19.778
Resultó más difícil	27.6 (8)	69.2 (27)	<.001
Cosas positivas y negativas	20.7 (6)	5.1 (2)	

Los aspectos negativos que trajo la pandemia, y que las y los pacientes consideraron que habían dificultado su seguimiento médico, incluyeron las medidas de confinamiento, así como la dificultad de poder faltar al trabajo, ya sea porque tuvieran menos oportunidades de trabajo y no pudieran rechazarlo, o porque necesitaran más el dinero. El impacto negativo más señalado fue que el seguimiento por parte de sus doctores era limitado, ya que no tenían consultas presenciales con su médico de cabecera, y que incluso tenían que acudir a médicos privados con los que no tenían confianza. También se quejaron de que antes en la institución eran atendidos por médicos de diferentes especialidades (neumólogo, oftalmólogo, etc.) y en la misma clínica se les hacían pruebas relacionadas con otras afecciones (no solo les trataban el VIH, sino que recibían un tratamiento integral), mientras que a raíz de la pandemia solo les hacían pruebas de carga viral y de células T-CD4. Algunas/os participantes informaron de la dificultad de poder comunicarse con la institución, ya que ahora solo podía hacerse por teléfono y no siempre tenían éxito. También reportaron problemas para transportarse a la clínica, tener miedo al contagio de COVID-19 durante los desplazamientos, haberse enfermado de COVID-19 y/o que algún familiar se hubiera enfermado o hubiera fallecido a causa del COVID-19. Algunos reportaron sentirse emocionalmente afectados por la pandemia, haber sido derivados a otra institución a causa de la pandemia y/o sentir que la atención sanitaria, en general, era más lenta y que se le daba prioridad al COVID-19.

En cuanto a las razones por las que encontraron más fácil el seguimiento médico, informaron de que se les atendía más rápido, ya que se implementó un sistema de citas que no se utilizaba anteriormente. Esto, a su vez, supuso que hubiera menos personas en la clínica, reduciendo el riesgo de contagio del COVID-19. Además, el procedimiento de recogida de TAR fue más fácil, rápido y ordenado porque la institución les llamaba personalmente para concertar una cita, procedimiento que no se hacía en los años anteriores, ya que las y los pacientes acudían sin cita previa. También se reportó en varias ocasiones que tenían que hacer menos visitas a la clínica porque se hacían los estudios de laboratorio y recibían el TAR en el mismo

día, además de que se les daba tratamiento para más meses. Los aspectos positivos y negativos de la pandemia reportados por las y los participantes se muestran en la Tabla 32.

Tabla 32. Aspectos positivos y negativos para el seguimiento médico que trajo la pandemia

Positivos	n
Les atendían más rápido	10
Menos visitas a la clínica, les daban TAR para más tiempo	7
Procedimiento de recolección de TAR más fácil (sistema de citas)	6
Menos gente en la clínica	3
Negativos	n
Medidas de confinamiento, no poder salir del pueblo/ciudad	3
No poder faltar al trabajo (menos trabajo, necesitan más el dinero)	11
Seguimiento médico limitado (no presencial)	15
Tener que ir a doctores privados	3
Menos pruebas/estudios de otras enfermedades	7
Problemas de comunicación con la clínica	6
Miedo/pánico a la pandemia	4
Problemas de transporte	3
Estar enfermo de COVID-19	6
Familiares enfermos/fallecidos por COVID-19	3
Problemas emocionales	2
Referido a otra institución	1
Atención a la salud más lenta por la prioridad dada al COVID-19	5

Etapa de cambio e intervención basada en entrevista motivacional

A las y los participantes que pertenecían al grupo de fallas en el seguimiento se les realizaron una serie de preguntas con el fin de identificar en qué etapa de motivación al cambio se encontraban, dependiendo de si eran conscientes de tener un problema en relación al seguimiento médico en la clínica y si ya estaban planeando o no realizar acciones que los acercaran a tener un adecuado seguimiento. Aproximadamente la mitad de ellos, se encontraban en las etapas de precontemplación o contemplación, es decir, no sabían que su comportamiento reflejaba un problema en el seguimiento médico, o que estuvieran teniendo problemas con la institución (la mayoría se encontraban clasificados como “en suspensión” en la base de datos de la clínica). Sin embargo, algunos otros, ya eran conscientes de que habían faltado a sus citas y fueron ellos mismos los que llamaron para preguntar si podían agendar una cita (los clasificados como “preparación”) o incluso asistieron a la clínica (“acción”). Fue gracias a esta llamada o

visita a la clínica que se pudo actualizar sus números telefónicos y localizarlos. En la Tabla 33 se puede observar la frecuencia con la que se clasificó a las y los pacientes en cada etapa de cambio antes de la intervención.

Tabla 33. Etapa de cambio pre-intervención de los participantes con fallas en el seguimiento

Etapa de cambio	% (n)
Precontemplación	17.9 (7)
Contemplación	30.8 (12)
Preparación	30.8 (12)
Acción	20.5 (8)

Al final de la llamada telefónica y tras haber aplicado una breve intervención basada en entrevista motivacional, en la que se realizaba un balance decisional, se volvía a evaluar la etapa de cambio en la que se encontraban las y los pacientes. La diferencia entre la etapa de cambio pre-intervención y la etapa de cambio post-intervención resultó significativa ($z = -4.235$, $p < .001$). En esta evaluación, ningún paciente se encontraba en precontemplación, todos fueron conscientes de que su comportamiento implicaba un problema y podía tener consecuencias en la posibilidad de seguir atendándose en la clínica. Solamente dos pacientes se encontraban en etapa de contemplación aún después de la intervención telefónica, ya que no reportaron tener el plan de realizar una cita próximamente. En ambos casos, se comprobó que en esa ocasión agendaron y asistieron a su cita, sin embargo, con el paso del tiempo volvieron a faltar al menos a otra cita. La mayoría, después de la intervención, se encontraba en etapa de preparación, y planeaban agendar sus citas en los próximos días, y el resto se encontraban en acción, algunos porque ya tenían cita y/o ya habían asistido a la clínica en el momento en que se les hizo la intervención y otros porque pidieron ayuda para agendarla en ese momento (esto solo fue posible si el horario de la intervención fue en la mañana, ya que en las tardes no hay personal que agende citas). En la Tabla 34, pueden verse las etapas de cambio de las y los pacientes después de la intervención.

Tabla 34. Etapa de cambio post-intervención de los participantes con fallas en el seguimiento

Etapa de cambio	Pre % (n)	Post % (n)
Precontemplación	17.9 (7)	-
Contemplación	30.8 (12)	5.2 (2)
Preparación	30.8 (12)	53.8 (21)
Acción	20.5 (8)	41.0 (16)

En cuanto al avance en la etapa de cambio, 17 (43.6%) participantes no avanzaron de etapa, sin embargo, estos en su mayoría, fueron los que se encontraban en preparación y acción ya que, durante esta intervención era muy difícil avanzar a partir de estas etapas. Es decir, debido a que la intervención era breve y de una sola llamada, si ya habían asistido a la clínica o ya planeaban agendar su cita, en el tiempo que duraba la llamada, esto no podía cambiar (solamente si pedían la cita en ese momento, y esto no siempre era posible, dependía del horario, ya que solo se agendan citas en la mañana y la intervención era, en ocasiones, en la tarde). Además de estas/os participantes, solamente un paciente que se encontraba en etapa de contemplación al principio de la llamada, se mantuvo en esa etapa durante la post-evaluación. En la Tabla 35, puede verse cuántos pacientes avanzaron de etapa y cuántos se mantuvieron en la misma, dependiendo de su etapa en la pre-intervención.

Tabla 35. Avance de etapa de cambio de pre-intervención a post-intervención

Etapa de cambio	Pre % (n)	Avanzaron de etapa % (n)	Mantuvieron la misma etapa % (n)
Precontemplación	17.9 (7)	100.0 (7)	-
Contemplación	30.8 (12)	91.7 (11)	8.3 (1)
Preparación	30.8 (12)	33.3 (4)	66.7 (8)
Acción	20.5 (8)	NA	100.0 (8)
Total	100.0 (39)	56.4 (22)	43.6(17)

*NA=No aplica

Finalmente, además de esta intención de reincorporarse, evaluada mediante la etapa de cambio, se volvió a revisar si todas y todos estos pacientes habían vuelto a faltar a alguna cita para recoger TAR o para toma de muestra o, si era el caso, si habían acudido a los nuevos centros donde habían sido referidos. Casi todos los casos, efectivamente continuaron asistiendo a sus citas sin volver a faltar, excepto en cinco casos. Dos de estos pacientes, mencionados

anteriormente, fueron los que había quedado en etapa de contemplación tras la intervención telefónica, ambos agendaron y acudieron a sus citas en ese momento, pero faltaron a alguna otra cita en los meses siguientes. Uno de ellos, faltó al menos en dos ocasiones pidiendo después reincorporarse, por lo que se trataba más un problema de organización que de falta de motivación, y el otro, dejó de asistir sin ponerse de nuevo en contacto con la institución. Otros dos participantes, que habían quedado en etapa de preparación después de la intervención, también acudieron en ese momento a su cita, sin embargo, con el tiempo, volvieron a dejar de asistir. Finalmente, otro paciente, que había sido referido a otro centro de atención, y que se consideraba que estaba en etapa de acción, ya que acudió a recoger su carta de referencia, volvió a suspender su seguimiento y, lamentablemente falleció.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue identificar las variables sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas que se asociaban con las fallas en el seguimiento en personas que viven con VIH durante el contexto de la pandemia por COVID-19. Para ello se realizó un modelo multivariado de regresión logística donde se incorporaban las variables que habían resultado predictores en los modelos más pequeños. En este modelo, las variables que resultaron significativas fueron la carga viral, haber tenido abandonos previos del seguimiento, tener adherencia inadecuada al TAR y presentar síntomas moderados o ansiosos de ansiedad, todos ellos siendo factores de riesgo, es decir, aumentando la probabilidad de presentar fallas en el seguimiento médico. Dentro de estas variables, las dos con mayor riesgo relativo para el desarrollo de problemas en el seguimiento, según los OR, fueron los síntomas de ansiedad y la adherencia inadecuada reportada. En este sentido, sería importante el desarrollo de intervenciones psicológicas, preferiblemente breves, enfocadas en estas variables que resultaron ser las más relevantes para presentar fallas en el seguimiento. En cuanto a esto, ya existe evidencia de que intervenciones breves y relativamente sencillas, basadas en terapia cognitivo conductual, con técnicas como la psicoeducación, la solución de problemas, la relajación muscular progresiva o incluso la activación conductual, son efectivas para la mejora de la adherencia y el tratamiento de problemas del estado del ánimo, como la ansiedad (Biel et al., 2021; Fuster-RuizdeApodaca et al., 2017; Valle-Soto et al., 2019). También se ha reportado evidencia de que terapias contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso son efectivas para el tratamiento de la adherencia, el estigma o problemas emocionales en personas que viven con VIH (Graham et al., 2016; Moitra et al., 2011; Santamaria & Uribe, 2017). Sería importante seguir desarrollando y probando la efectividad de este tipo de intervenciones breves, que impacten sobre todo en las variables de ansiedad y adherencia, que son las que tienen mayor influencia sobre el seguimiento médico y hacer un adecuado monitoreo de estos síntomas para darles la atención de forma oportuna. También sería útil identificar si las intervenciones que se realizan sobre estas variables, tienen un impacto no solo

sobre el seguimiento médico de quienes las reciben sino, también, sobre las variables biológicas como la carga viral y células T-CD4, especialmente en aquellos pacientes más vulnerables y con mayor riesgo.

Por otro lado, es relevante reflexionar sobre el hecho de que la elevada carga viral resultara ser un predictor de las fallas en el seguimiento. Esto podría explicarse ya que las personas que previamente tenían altos niveles de carga viral eran aquellas con una mayor gravedad de la enfermedad y que probablemente presentaban una historia previa de mal seguimiento, que eventualmente hubieran tenido más hospitalizaciones, o un diagnóstico tardío de la infección, es decir, personas que no priorizaban su salud y que quizá tardaron más tiempo en atenderse. Sería interesante que en futuros trabajos se pudiera incluir también el estudio sistemático de estas variables como el nivel de CD4 y carga viral al momento del diagnóstico, el número de hospitalizaciones previas, si se han presentado *blips* con anterioridad, etc., ya que podrían ser un indicador más (al igual que el n° de abandonos previos) del riesgo que podrían presentar en el futuro estas y estos pacientes para tener fallas en su seguimiento médico.

El modelo mencionado resultó ser el más completo y el que tenía mayor control sobre las variables, ya que aquí se incluyeron a la vez todas las que habían resultado predictoras en los modelos divididos por tipos de variables. Se podría decir que las variables que aquí salieron significativas son las que tienen una relación más fuerte con la probabilidad de presentar fallas en el seguimiento, ya que, aun controlando el efecto de las otras variables, estas siguen siendo significativas. Además, como se mencionó, a la hora de probar este y el resto de los modelos, se cuidó previamente que no existiera colinealidad entre las variables que se introducían como predictores, en consecuencia, la carga viral, la adherencia reportada al TAR, tener abandonos previos del seguimiento y presentar síntomas moderados o severos de ansiedad, no se encontraban altamente correlacionadas estadísticamente (solamente se encontró una pequeña relación entre la adherencia reportada y la carga viral, pero no tanta como para implicar colinealidad). Esto nos indica que los mecanismos de influencia de estas variables para aumentar la probabilidad de las fallas en el seguimiento son directos, y no es una sola variable la

que explicaría los problemas de seguimiento. Es decir, cada una de estas variables, de forma individual e independiente es capaz de influir sobre la probabilidad de que las y los pacientes tengan fallas en el seguimiento y falten a sus citas, por eso, no sólo es importante atender a quienes tengan todos estos factores de riesgo (quienes tendrían mayor probabilidad de faltar a sus citas), sino estar atentos y atentas, monitorear e implementar intervenciones en todos aquellos y aquellas pacientes que presenten problemas al menos en una de estas variables.

Por otro lado, se realizó una evaluación de la etapa de cambio en la que se encontraban las y los pacientes con fallas en el seguimiento, y se encontró que, inicialmente, alrededor de la mitad estaba en etapas de preparación o acción. Esto, probablemente responde al momento en el que se les pudo localizar, esto es, hasta que ellos o ellas mismas ya habían pedido cita o habían acudido a la clínica. Es decir, cuando ya habían empezado a detectar que su conducta podía ser un problema e incluso habían empezado las acciones necesarias para encaminarse a sus objetivos. Esto resalta la importancia de mantener actualizada la información de contacto, y, de ser posible, tener varios medios de contacto, ya que, si estas y estos pacientes no hubieran, por su cuenta, reflexionado sobre su situación, probablemente no habrían podido ser localizados ni incorporados de nuevo a la atención. La otra mitad de las y los pacientes con fallas en el seguimiento se encontraba en las etapas de precontemplación y contemplación, es decir, estas personas no eran conscientes de las consecuencias que podían derivarse (o que ya se habían derivado) de su inasistencia a las citas. Esto nos lleva a darnos cuenta que es especialmente importante proporcionar un estrecho seguimiento a las y los pacientes para hacerlos conscientes de este tipo de situaciones antes de que sea demasiado tarde y se les dé el status de “suspensión”. Es decir, trabajar desde las etapas tempranas de la cascada de atención (reciente diagnóstico) la importancia de la adherencia, no solo al medicamento antiretroviral, sino también al seguimiento de sus citas médicas, y no solo por las consecuencias negativas a nivel de atención a su salud (posibilidad de les den de baja de la clínica), sino también por la importancia de conocer su estado a nivel de carga viral y células T-CD4, de prevenir complicaciones y atender oportunamente su salud.

Además, en esta línea, se llevó a cabo una intervención basada en entrevista motivacional para estas y estos pacientes con fallas en el seguimiento. Aquí se observó que en la evaluación post-intervención ninguno de los participantes se encontraba en la etapa de precontemplación (no ser consciente de que existía un problema en su conducta), lo que indica que la intervención, al menos, parece ser efectiva en hacer conscientes a las y los pacientes de su situación problemática. La mayoría de las y los participantes del estudio quedaron en etapas de preparación y/o acción, y se comprobó que efectivamente agendaron y/o acudieron a sus citas. Sin embargo, en la evaluación post-intervención todavía quedaron dos pacientes masculinos que todavía se encontraban en la etapa de contemplación, es decir, eran conscientes del problema, pero ambivalentes en cuanto a si querían realizar algún cambio en su conducta y/o sin saber qué cambios realizar. Esto se reflejó en que, aunque en ese momento agendaron y acudieron a su cita, volvieron a faltar al menos a otra cita en el futuro, es decir, la intervención no funcionó completamente para motivarlos a mantener la conducta de asistencia a sus citas a largo plazo. En este sentido, se ha reportado que la entrevista motivacional puede no mantener las mejoras a largo plazo, en los seguimientos, y que para solventar esto, es importante reforzar en las y los pacientes, que su mejoría o empeoramiento, se deben a él/ella mismo/a, y reforzar y fortalecer su autoeficacia y responsabilidad, de forma, también, que el seguimiento médico sea en sí una conducta agradable y reforzante (Naar-King & Safren, 2017). Sin embargo, aunque no se cumplió en estos dos pacientes el objetivo final, este resultado pone en evidencia que la evaluación de la etapa de cambio es importante, ya que se observó que estos pacientes en los que se detectó que no terminaron de avanzar a etapas posteriores de motivación al cambio (preparación o acción) fueron los que precisamente presentaron problemas en el futuro, por lo que hacer esta evaluación de forma rutinaria ayudaría a identificar en qué pacientes es necesario hacer intervenciones con mayor profundidad.

En el mismo sentido, al evaluar cuántas personas avanzaron de etapa de cambio tras la implementación de la intervención, hubo que tener en cuenta la etapa en la que se encontraban inicialmente. Es decir, aunque cerca de la mitad (43%) no avanzaron de etapa, estos fueron, casi

por completo, los que se encontraban en las etapas de preparación y/o acción. En estas etapas era casi imposible (aquellos en acción no podían pasar a mantenimiento hasta que hubieran pasado 6 meses desde que introdujeran sus cambios) o muy difícil (aquellos en preparación no podían acudir a la cita en ese momento sino hasta que les tocara) avanzar de etapa, ya que, por ejemplo, solo podían agendar citas si la intervención era por la mañana y todavía estaban a tiempo de agendar la cita en ese momento. Es decir, en la mayoría de los casos donde no se avanzó de etapa se debió, de nuevo, al momento en el que pudieron ser localizados (cuando ya habían agendado cita o incluso habían acudido a su cita). Teniendo esto en cuenta, con estos resultados, pareciera que la entrevista motivacional es una intervención prometedora para conseguir que las y los pacientes avancen en su etapa de cambio en cuanto a su disposición a acudir regularmente a sus citas médicas, ya que, incluso en el seguimiento posterior que se realizó, la mayoría de los pacientes continuó agendando y asistiendo a sus citas. Haciendo este análisis de si es útil para abordar a los pacientes con fallas en el seguimiento, pareciera ser especialmente útil en los pacientes que se encuentran en las primeras etapas de motivación al cambio (precontemplación y contemplación), es decir, es útil para generar conciencia y motivación hacia el cumplimiento de las citas médicas. Se puede hipotetizar que el simple hecho de que se comuniquen con ellos ya puede ser un elemento útil, ya que muchos de los pacientes no estaban conscientes de que por faltar a sus citas se les estaba dando de baja (precontemplación), y esta llamada los ponía al tanto de la situación y sus consecuencias. Por otro lado, podría ser que las y los pacientes con fallas en el seguimiento, aunque estuvieran conscientes de que podrían tener problemas por su conducta, no estaban seguros de comunicarse con la clínica (ambivalentes, contemplación) por miedo a que se les regañase o que no se les quisiera dar de nuevo la atención, por lo que podrían estar posponiendo esta comunicación con la institución. De esta forma, se pudo ver que el hecho de que la clínica los llame les ayudaba a saber que podían regresar y continuar con su atención, además de hacerles conscientes de la preocupación y compromiso de la clínica con ellos y ellas, lo que puede ayudar a inclinar la balanza decisional de estos pacientes hacia el seguimiento médico y la adecuada atención a la

salud. Por otro lado, que el simple hecho de comunicarse pueda ser beneficioso es muy relevante, ya que implicaría que esta llamada la puede hacer personal con poco entrenamiento y/o capacitación (trabajadores sociales, enfermeras, o estudiantes de psicología) y no sería necesario invertir excesivamente en personal de alta especialización, lo que puede ser muy útil en escenarios de escasos recursos. En conclusión, esta intervención, que resulta sencilla, breve, factible de utilizar a distancia, y en escenarios con pocos recursos, resulta ser muy prometedora para el manejo del seguimiento médico en pacientes que viven con VIH. Incorporarla a la atención rutinaria de estas y estos pacientes podría tener grandes beneficios a nivel individual e incluso de salud pública. Sin embargo, es importante realizar más estudios, preferiblemente con mediciones más sistemáticas y/o con grupo control, para confirmar que la entrevista motivacional es útil para el abordaje de pacientes con fallas en el seguimiento, así como para ampliar el conocimiento sobre en qué situaciones es más útil y por qué.

Otro elemento importante que se pudo derivar de este estudio fue la obtención de validaciones psicométricas para las variables de estigma asociado al VIH, confianza en el médico y creencias acerca de la necesidad percibida del TAR. Los tres instrumentos resultantes, obtuvieron índices de confiabilidad y validez muy adecuados, además, resultaron ser muy breves y sencillos de responder. En este sentido, resulta relevante recordar la importancia de contar con instrumentos psicométricos válidos, confiables y, sobre todo, adaptados a las poblaciones donde van a usarse, para ayudar en la práctica clínica y la atención de las y los pacientes (International Test Commission, 2017; Yang et al., 2019). En este sentido, estos instrumentos podrán seguir utilizándose en la clínica del estudio, pero también en otras poblaciones de personas mexicanas con VIH que puedan beneficiarse de la detección oportuna de variables importantes para su salud física y mental. Además, el cuestionario de conocimientos sobre el VIH y TAR que había sido desarrollado en la clínica en un trabajo previo, se redujo considerablemente, quedando conformado por los reactivos más confiables y eficientes. Este instrumento, no solo aporta una medida de la cantidad de información que tienen las personas que viven con VIH acerca de su enfermedad y su tratamiento, sino que arroja

exactamente las áreas o conceptos no comprendidos. Esto permite poder realizar explicaciones individuales o incluso detectar a nivel grupal la información que recurrentemente les falta a las y los pacientes, para poder elaborar talleres educativos que afecten directamente las variables más relevantes. Esto resulta todavía más importante, conociendo la relación de esta variable con la probabilidad de presentar fallas en el seguimiento en esta población.

En cuanto a la parte más cualitativa de este estudio, en relación a las razones que se comunicaron para mantener un adecuado seguimiento clínico, estas tenían que ver principalmente con la salud, como mantener una buena salud, evitar las infecciones oportunistas, o desarrollar sida (ya sea porque lo habían tenido antes o porque no querían contraerlo) o no querer morir. Otras razones tenían que ver con poder llevar una vida normal o por la calidad de los servicios recibidos en la institución. Algunas personas declararon mantener un seguimiento adecuado porque eran conscientes de su enfermedad, porque estaban agradecidos por tener el tratamiento antirretroviral de forma gratuita o por responsabilidad. Estos hallazgos son particularmente relevantes, ya que no se han encontrado estudios, especialmente en el contexto de México, sobre las razones que motivan a los pacientes a mantener un seguimiento adecuado, y éstas pueden ser utilizadas a la hora de desarrollar intervenciones para mejorar el seguimiento clínico.

De igual forma, los participantes con fallas en el seguimiento también informaron sobre las razones por las que faltaron a sus citas. La razón más frecuentemente reportada estaba relacionada con las obligaciones laborales, y esto se volvió más importante durante la pandemia, ya que las oportunidades de trabajo eran menores y/o los individuos necesitaban más el dinero (Ayttey et al., 2020; Ballivian et al., 2020). Las siguientes razones más reportadas fueron: tener problemas de comunicación con la institución y la falta de información sobre los procedimientos, los cuales también estuvieron relacionados con la situación de la pandemia, ya que anteriormente no era necesario comunicarse vía telefónica con la institución para programar las citas ni había tantas dudas sobre los procedimientos, algo que surgió debido al cambio en la organización, ya que el hospital se convirtió en un centro de salud exclusivo para los pacientes

de COVID-19 y el acceso a las personas que viven con VIH se hizo más difícil. Esta razón fue reportada por las y los pacientes a pesar de los grandes esfuerzos realizados por la institución para difundir la información por diferentes medios (correos, redes sociales, carteles, etc.) y para mejorar los sistemas de comunicación telefónica. Esto subraya la necesidad de seguir mejorando la organización, los registros, los procedimientos y la difusión de la información por parte de las instituciones.

Otras razones reportadas tenían que ver con el cuidado de los familiares, con tener problemas emocionales, por las medidas de confinamiento o por los cambios debidos a la pandemia (a nivel de rutinas, organizaciones, etc.). Todos estos elementos, se pudieron ver afectados y/o agravados por la pandemia por COVID-19. Otro punto importante de mencionar es que, aunque la institución cuenta con un registro de la cantidad de medicación que se entrega a las y los pacientes, así como de los horarios en los que deben acudir a recoger la medicación, para evitar que se agoten las existencias, aun así, otra de las razones ampliamente reportadas para no asistir a sus citas tuvo que ver con que informaban de que aún disponían de tratamiento antirretroviral. Esta cuestión puede deberse, por un lado y nuevamente, a deficiencias en el sistema de registro, que debe ser mejorado y/o, por otro lado, a que las y los pacientes no tomaban adecuadamente la medicación, haciendo que ésta les durara más tiempo de lo estimado, o que incluso la consiguieran por otros medios, algo que también fue reportado anecdóticamente en las entrevistas.

Los participantes también hablaron del impacto que tuvo la pandemia en su seguimiento médico. Evidentemente, la pandemia tuvo consecuencias negativas, como un seguimiento clínico limitado, en el que no hubo consultas clínicas presenciales con sus médicos o el número de estudios realizados, para complementar los estudios de carga viral, fue más escaso, cosa que afectó especialmente aquellos pacientes con otras comorbilidades. También se señalaron dificultades para faltar al trabajo, problemas de comunicación con la clínica debido a los cambios surgidos por la contingencia y/o con las medidas de confinamiento e incluso con haber enfermado de COVID-19. Sin embargo, es interesante constatar que la pandemia no sólo tuvo

un impacto negativo, sino que también fue percibida como positiva, especialmente en aquellas personas con un seguimiento médico adecuado y que no tenían otras afecciones o problemas que atender y que, por lo tanto, no necesitaban seguimiento tan estrecho. Desde que se implementó un sistema de citas, que permitió organizar mejor la entrega de la medicación y las citas para realizar la toma de muestra, las personas reportaron que la atención médica era más rápida, que había menos pacientes en la clínica, o que incluso tenían que visitar la clínica con menos frecuencia, ya que se les daba tratamiento antirretroviral para un período de tiempo más largo, además de que sus citas se programaban en el mismo día. Sería importante evaluar la posibilidad de implementar estos procedimientos a largo plazo, incluso después de la pandemia, ya que, aunque parecen ser muy eficaces, requieren una cantidad importante de recursos profesionales y humanos para contactar con los pacientes y agendar sus citas. Sin embargo, esto puede ser una oportunidad para diseñar sistemas automáticos de seguimiento de los pacientes habituales, como mensajes de texto o recordatorios de citas por correo electrónico.

Otro de los hallazgos principales de este estudio fue la dificultad de localizar a las y los pacientes con fallas en el seguimiento y de conseguir que respondieran a los cuestionarios, esto fue todo un reto, que implicó un rastreo más riguroso de este grupo de pacientes. Esto probablemente se debió a que las personas con problemas de seguimiento son una población, de por sí, de difícil acceso, a lo que se suma el hecho de que, durante la pandemia, se han notificado más dificultades para lograr la participación de pacientes en estudios de investigación (Cardel et al., 2020; Kranzer et al., 2012). Otro problema observado fue que, de los pacientes que inicialmente se suponía que tenían problemas de seguimiento, muchos habían sido clasificados erróneamente como tal y realmente no habían faltado a sus citas. Este problema se ha comunicado en otros estudios (Udeagu et al., 2013), lo que sugiere la necesidad, por parte de las instituciones, de mejorar los sistemas de registro y seguimiento de los pacientes.

Finalmente, y aunque resultan menos importantes que los hallazgos del modelo multivariado general, es importante mencionar los resultados de las diferencias encontradas en todas las variables entre el grupo de fallas en el seguimiento y el grupo con adecuado

seguimiento médico. Y aunque algunas de estas variables son distales y, por tanto, muy difíciles de modificar, y otras, le corresponde atender a las instituciones o a los creadores de políticas de salud, es importante mencionarlas para dar las recomendaciones más apreciables que derivan del estudio. En este sentido, al analizar las diferencias entre los dos grupos, en el grupo con fallas en el seguimiento se encontró una mayor proporción de personas con niveles educativos más bajos, lo que podría estar relacionado con una menor información sobre el VIH y la terapia antirretroviral, así como una mayor probabilidad de desempleo, bajos ingresos y, por lo tanto, más dificultades para mantener el seguimiento clínico (Alaniz Cuevas, 2014; Bezabhe et al., 2014; Támara-Ramírez et al., 2016). Esto se confirma por el menor nivel socioeconómico de las personas del grupo con fallas en el seguimiento. Además, aunque en promedio ambos grupos vivían aproximadamente a la misma distancia de la clínica, los del grupo con fallas en el seguimiento informaron que tardaban más tiempo en llegar, probablemente debido a la falta de acceso a sistemas de transporte eficientes. Todas estas cuestiones relacionadas con las barreras sociales y/o estructurales que afectan a las y los pacientes con fallas en el seguimiento de esta clínica, hacen recapacitar sobre el impacto económico que supone vivir con VIH y, sobre todo, en épocas de pandemia; ya que, aunque el tratamiento antirretroviral es gratuito en México, existen otros gastos, como traslados a la clínica, realización de estudios no cubiertos por la institución, gastos asociados a otras enfermedades que surgen como consecuencia del VIH, etc., que podrían haberse agravado o haber sido más difíciles de solventar durante la pandemia, debido al gran impacto económico y de desempleo que esta ha tenido a nivel mundial (Mohammed et al., 2020; Santos et al., 2021). Este impacto económico podría haber afectado al nivel de retención y asistencia a citas de los y las pacientes con VIH, debido a la estrecha relación entre las cuestiones económicas y el seguimiento médico y la adherencia (Shubber et al., 2016). Existe la posibilidad, que debería explorarse en futuros estudios, de que las personas que viven con VIH en este contexto marcado por la pandemia hayan incurrido en gastos catastróficos en salud (más del 30% del salario destinado a cuestiones relacionadas con la salud). Estos gastos deberían estar asegurados por los sistemas de salud y, siguiendo las

recomendaciones de la OMS, se debería garantizar la protección económica de todas las personas, en especial, de las más vulnerables, como aquellas que viven con VIH (Aracena-Genao et al., 2011; Sesma-Vázquez et al., 2005; World Health Organization, 2021).

En cuanto a la diferencia de los grupos (con fallas y sin fallas) en relación a las variables clínicas, se encontró que la proporción de pacientes con supresión viral fue significativamente menor en el grupo con fallas en el seguimiento, y el conteo de células T-CD4 también fue menor en este grupo, lo que demuestra la estrecha relación entre el seguimiento inadecuado y el estado de salud (Akilimali et al., 2017; Aliyu et al., 2019). Como se mencionó, esto es muy relevante ya que no conseguir supresión viral y encontrarse inmunosuprimido aumentan la probabilidad de progreso de la enfermedad, con los síntomas que esto conlleva (Brinkhof et al., 2009; Carriquiry et al., 2015) e incluso se incrementa la probabilidad de mortalidad (Giordano et al., 2007; Mugavero et al., 2010). Por otro lado, la elevada carga viral hace más probable la transmisión del virus a otras personas (Mugavero et al., 2010; Skarbinski et al., 2015), lo que implica consecuencias a nivel de salud pública.

En consonancia con lo encontrado en otros estudios (de Almeida et al., 2014; Westergaard et al., 2013), el grupo con fallas en el seguimiento refirió en mayor proporción que el grupo con adecuado seguimiento, que su médico no era siempre el mismo en todas las consultas. Esto destaca el papel de la relación médico-paciente, la comunicación por parte del médico y la importancia de la sensación de continuidad (Herrera et al., 2008; Hurley et al., 2018), lo que es un punto muy relevante y que debería tenerse en cuenta a la hora de programar la organización de la atención a estos y otros pacientes que requieran de tratamientos continuados. Aunque es cierto que a veces, la carga de trabajo y el elevado número de pacientes hacen difícil el tiempo y la relación que los médicos pueden dedicar a sus pacientes, sería útil implementar y evaluar programas de capacitación para médicos y otro personal de salud, que se enfoquen a la mejora de la relación entre los médicos y sus pacientes de forma que estos puedan sentir la continuidad de la atención recibida y prevenir que se produzcan abandonos del seguimiento por este motivo. Esta tarea, por tanto, no correspondería solo a los médicos sino

también a las instituciones y áreas encargadas de la organización y capacitación del personal de salud. Además, sería importante tratar de medir más sistemáticamente esta variable, la cual solo se midió con un autoreporte, para poder confirmar su efecto sobre el seguimiento médico de las personas que viven con VIH. Relacionado con esto, probablemente también será importante proporcionar una adecuada sensación de continuidad y seguimiento, incluso en los pacientes que, por temas de seguro, por pasar a tratamiento de adultos o por otras razones, deban ser referidos a otras instituciones. Esta variable, que no fue medida sistemáticamente en este estudio, fue reportada en alguna de las entrevistas como una barrera para el adecuado seguimiento. La sensación de ser abandonados, la dificultad de los trámites y/o el miedo/ansiedad a las situaciones desconocidas pueden hacer que las personas con VIH se pierdan del seguimiento cuando son referidos a otras clínicas (Nordentoft et al., 2017; Udeagu et al., 2013). Por esta razón, sería importante, además de profundizar la investigación de esta variable en futuros estudios, poder desarrollar protocolos de actuación que acompañen a los pacientes que deben cambiar su lugar de atención y asegurarse de que lleguen a ser atendidos en su nueva institución.

Otra diferencia relevante encontrada en este estudio, la cual se confirmó en el modelo multivariado general, fue que en el grupo con fallas en el seguimiento, hubo una mayor proporción de participantes que tenían antecedentes de abandonos previos y reportes de adherencia inadecuada al TAR, lo que también se ha reportado en varios estudios anteriores (Byrd et al., 2015; Lee et al., 2016). Esto nos habla de la importancia de mantener un estrecho seguimiento y monitoreo por parte de las instituciones, especialmente hacia las y los pacientes que ya tienen una historia o antecedentes de problemas con el seguimiento de su tratamiento, ya sea de VIH o de otras comorbilidades, ya que esto puede ser un importante indicio del comportamiento de estos y estas pacientes en el futuro. Incluso, podría ser útil diseñar intervenciones especializadas que se implementaran de forma imperativa en todos aquellos y aquellas pacientes que ya hubieran presentado algún problema de seguimiento en este sentido.

Aunque el resto de las diferencias entre variables no fueron estadísticamente significativas, posiblemente debido al pequeño tamaño de la muestra del grupo de pacientes con fallas en el seguimiento, se encontraron algunas diferencias que merece la pena destacar. En primer lugar, había una mayor proporción de mujeres en el grupo con fallas en el seguimiento, contrario a lo reportado en otros estudios. Esto podría deberse a las desigualdades sociales que aún enfrentan las mujeres en México, además de ser, en su mayoría, las responsables de las actividades del hogar y del cuidado de los miembros de la familia (Moctezuma Navarro et al., 2014). Esta situación se puede confirmar cuando se evalúa el nivel educativo y socioeconómico de las mujeres de la clínica, que siempre es inferior al reportado por los hombres. Asimismo, los participantes con fallas en el seguimiento fueron ligeramente más propensos a haber revelado su diagnóstico con menos personas, aunque sólo se midió el número de personas a las que se les había revelado el diagnóstico y no quiénes eran esas personas, sería útil para futuros estudios explorar esta variable con más detalle, ya que se ha demostrado que el apoyo social y emocional que proveen las personas que conocen el diagnóstico puede ser muy beneficioso para que las personas con VIH se involucren en conductas de cuidado de la salud, como la asistencia a las citas médicas (Arrivé et al., 2012).

En cuanto a las variables psicológicas, en general, las diferencias no fueron significativas. Una posible explicación a esto es la falta de control sobre la respuesta a los cuestionarios, ya que los participantes los contestaron online en sus casas, sin supervisión. En particular, las personas del grupo con fallas en el seguimiento se mostraron reticentes a contestar los cuestionarios, y hubo que recordárselo varias veces, lo que pudo hacer que respondieran de forma desconcentrada, poco comprometida y/o con posibles sesgos. Casi la única variable que tuvo una diferencia significativa entre los grupos fue una subescala de la escala de evaluación cognitiva del VIH. El grupo con fallas en el seguimiento evaluó la enfermedad como menos controlable que aquellos que tenían un adecuado seguimiento, lo que es coherente con lo que se ha informado en la literatura que sugiere que una percepción de baja controlabilidad influye en la adaptación a la enfermedad y esta se puede relacionar con niveles

inadecuados de adherencia al tratamiento (Noguera-Orozco et al., 2016). Sin embargo, la confiabilidad de esta subescala, que realmente es un indicador, ya que solo tiene dos reactivos, es la única que no fue satisfactoria, por lo que este resultado debe tomarse con precaución. Por otro lado, dentro de las variables psicológicas, el nivel de conocimiento acerca del VIH y la terapia antirretroviral, incluso teniendo en cuenta el pequeño tamaño de la muestra, mostró resultados significativamente diferentes entre los dos grupos: aquellos con fallas en el seguimiento tenían menos respuestas correctas y más respuestas incorrectas o "no sabe" que los del grupo con adecuado seguimiento; lo que subraya la importancia de la psicoeducación en las personas que viven con VIH para asegurar conductas adecuadas de seguimiento médico (Bezabhe et al., 2014; Dyrehave et al., 2016). También es importante reflexionar en la posible influencia que esta variable puede tener en otras variables, por ejemplo, un bajo conocimiento sobre el VIH y TAR, puede llevar a creencias erróneas acerca de cómo tomar el tratamiento antirretroviral, o puede hacer que las personas con efectos secundarios dejen de tomarlo pensando que el tratamiento no les está ayudando. Por esta razón, intervenciones educativas deben ser prioritarias en la población de pacientes que viven con VIH.

En los modelos de regresión logística multivariada que se hicieron por grupos de variables (sociodemográficas, clínicas, contextuales, relacionadas con la atención, conductuales y psicológicas), aquellas variables que fueron predictores significativos de las fallas en el seguimiento fueron muy similares a las variables cuya diferencia había sido significativa al comparar de forma univariada los dos grupos. Las únicas variables que se añadieron como predictores significativos fueron el número de efectos adversos sufridos por la toma del TAR actual y los síntomas de ansiedad y depresión. En cuanto a los efectos adversos, ya había sido reportado en la literatura como una posible barrera para que los pacientes dejen de tomar o tomen inadecuadamente su medicamento (Bezabhe et al., 2014; Brinkhof et al., 2009). En este sentido, como se mencionaba, puede ser importante la psicoeducación en torno a los medicamentos antiretrovirales, la importancia de la adherencia a los antiretrovirales y la transitoriedad de los efectos secundarios derivados de la toma del medicamento; y, por otro

lado, la mejora de las relaciones médico-paciente y la confianza en los médicos y el sistema de salud para que los pacientes puedan comunicar estos efectos secundarios al personal de salud a fin de que se pueda buscar la solución pertinente.

En cuanto a los síntomas emocionales, es importante recordar que en la población con VIH, los síntomas de ansiedad y depresión han sido ampliamente reportados como resultado de la incertidumbre, el estigma social, la molestia física, la enfermedad a largo plazo y el miedo a la muerte que comúnmente acompañan a las personas con este diagnóstico (Teva et al., 2005; Torres, 2017). En este estudio, se encontró que presentar síntomas de ansiedad moderados o severos se relacionaba con mayor probabilidad de tener fallas en el seguimiento, lo que se confirmó en el modelo multivariado general, mientras que ocurrió lo contrario con los síntomas depresivos. Esto puede deberse a que en este estudio las fallas en el seguimiento se consideraron así tras no presentarse a la clínica durante el período de un mes después de su cita (un periodo relativamente corto comparado con otros estudios en los que necesitan esperar hasta un año para considerar que la persona se ha perdido del seguimiento) (Mugavero et al., 2010). Por esa razón, en este estudio, las situaciones de fallas en el seguimiento podrían estar más relacionadas con eventos puntuales que provocan ansiedad en estos pacientes, y no tanto con un largo periodo de malestar emocional, como el que acompaña a la depresión. Si ese es el caso, que la falta a citas se da acompañada de ansiedad, muchas veces originada por otras situaciones de la vida, sería útil enfocar esfuerzos a transmitir a las personas la posibilidad de avisar y/o cambiar citas en caso de no poder asistir a ellas, sin que sientan miedo o preocupación por hacerlo, y sin que tengan consecuencias por ello. Otra posible explicación a esta aparente contradicción, y que es algo que ha sido reportado en otros estudios, es que las personas con depresión pueden tener un seguimiento más cercano por parte de las instituciones, debido a la atención que reciben por parte de los servicios de salud mental, lo que hace más probable que continúen con un seguimiento adecuado de todo el tratamiento (Byrd et al., 2015). Sin embargo, para que esto sea posible, es extremadamente importante la detección oportuna de síntomas depresivos y el correspondiente acompañamiento y seguimiento a través de intervenciones psicológicas (Valle-

Soto et al., 2019). Para ello, el uso de instrumentos breves, sencillo y adaptados a la población debe ser una herramienta básica para la atención rutinaria de estas y estos pacientes.

Resumiendo, en estos modelos aparecieron como factores de riesgo para presentar fallas en el seguimiento las siguientes variables: mayor carga viral, mayor número de efectos adversos por la toma del TAR, mayor tiempo invertido para llegar a la clínica, no ser atendido siempre por el mismo médico, haber tenido abandonos previos del seguimiento, tener un adherencia inadecuada a la toma del TAR, presentar síntomas moderados o severos de ansiedad y tener mayor número de respuestas incorrectas en el cuestionario de conocimientos sobre VIH y TAR. En cuanto a los factores protectores que resultaron significativos, se encontraron los siguientes: mayor nivel educativo, mayor nivel socioeconómico y presentar sintomatología depresiva moderada o severa. Resulta evidente, analizando las variables que resultaron ser predictores de las fallas en el seguimiento, la relevancia que tiene dar una atención integral a las y los pacientes que viven con VIH. Recibir intervenciones clínicas, psicológicas, pero también educativas, e incluso podríamos pensar que por parte de otras especialidades médicas y/o de nutrición, resulta imprescindible para cubrir la gran variedad de variables que pueden influir positiva o negativamente con que un/una paciente lleve un adecuado seguimiento médico. La clínica del estudio se caracteriza por dar esta atención integral a todas y todos los pacientes, sin embargo, sería importante que también en otros lugares se pudiera implementar, sino una atención completa de estos pacientes, sí un seguimiento por parte del médico tratante de todos estos puntos mencionados.

Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios

Este estudio tiene algunas limitaciones, la principal es el tamaño de la muestra y lo específica que es la población estudiada, lo que podría dificultar el establecimiento de relaciones significativas y la generalización de los resultados, por lo que estos hallazgos deben enmarcarse en la situación y el momento en que fueron recogidos y pueden ser generalizados siempre y cuando sea a contextos similares que tengan las mismas características. Es decir, teniendo en cuenta que la institución de la que surgen estos hallazgos estaba ubicada en un hospital que,

desde la pandemia, atendía exclusivamente a pacientes con COVID-19 y tuvo que suspender la atención presencial a las personas que viven con VIH. Por otro lado, hay muchas otras variables que pueden afectar a un comportamiento tan complejo como el seguimiento clínico y que no pudieron ser abordadas en este estudio pero que deberían serlo en futuros estudios, como el tiempo transcurrido desde que los pacientes se perdieron del seguimiento, la percepción de irrupción del tratamiento sobre la vida cotidiana de las y los pacientes, si las personas volvieron voluntariamente a la atención o fueron localizadas previamente por la institución o la migración a otras instituciones por cambios en los sistemas de aseguramiento, entre otras variables. Esto último ha sido reportado como un proceso complicado que puede llevar al abandono del seguimiento (Nordentoft et al., 2017; Udeagu et al., 2013), y aunque fue reportado incidentalmente en las entrevistas (en uno de los participantes este proceso lo llevó a la pérdida de seguimiento por un tiempo; otro, referido a raíz de la pandemia también reportó mucha dificultad para que lo atendieran en su nueva institución), no pudo ser medido sistemáticamente. Además, las dificultades para localizar a una gran proporción de pacientes, así como para lograr que se completaran los cuestionarios (Cardel et al., 2020), especialmente en el grupo de pacientes con fallas en el seguimiento, pudieron contribuir a sesgar los resultados observados. Sin embargo, al completar la información cuantitativa con las entrevistas más cualitativas a los pacientes, se pudieron detectar razones muy interesantes para faltar a las citas, o incluso las razones que los motivaron a tener un seguimiento adecuado, así como el impacto que la pandemia tuvo en esta población.

Otra limitación del presente estudio fue que la validación de los instrumentos se llevó a cabo vía online debido a la contingencia causada por la pandemia de COVID-19. Este procedimiento pudo sesgar la muestra de participantes, ya que las personas con escasos recursos y/o sin acceso a internet no pudieron participar. Además, esta forma de validación no permite controlar quiénes participan. Para tratar de solventar esta limitación, se incluyeron las preguntas acerca de si quien respondía era mexicano y si era una persona que vivía con VIH, esto para asegurarnos de no tener respuestas de personas que no pertenecían a la población objetivo. Por

otro lado, este tipo de aplicación de los instrumentos tuvo sus beneficios, ya que se controló que no hubiera datos perdidos al poder configurar el cuestionario para que todas las preguntas tuvieran que ser contestadas. También se redujeron en gran medida los errores de captura, ya que la base se descargó automáticamente con las respuestas de las y los participantes, sin necesidad de capturarlos manualmente.

Relacionada en gran medida con la anterior, otra posible limitación a tener en cuenta es que la entrevista también se realizó de forma remota. De nuevo, debido a la pandemia por COVID-19, se reestructuró el procedimiento por el que se iba a llevar a cabo la recolección de los datos. En lugar de hacerse la entrevista en persona, esta se llevó a cabo de forma remota, por teléfono. Los cuestionarios también fueron contestados de forma online. Esta estrategia pudo, de nuevo, sesgar la información que se recibía, dejando fuera del estudio a aquellas/os que no podían acceder a un teléfono o a conexión a internet, ya que estos y estas pacientes no pudieron ser localizados/as, además de que pudieron existir más errores de entendimiento debido a la dificultad de establecer comunicación por teléfono. A pesar de estos posibles sesgos, que se deben tener en cuenta, podemos tener bastante confianza en la validez de esta información recabada, ya que está ampliamente demostrado, que la recolección de datos psicológicos, así como la implementación de intervenciones breves como la entrevista motivacional que se utilizó en este trabajo, pueden realizarse de forma remota sin que los resultados varíen mucho de los obtenidos de forma presencial (Bee et al., 2008; Lovejoy, 2012; Teeter & Kavookjian, 2014). Sin embargo, aunque algunas de las variables incluidas en este trabajo pueden contener sesgos, también se incluyeron datos duros en el estudio, como el nivel de carga viral y de células T-CD4, lo que demuestra las relaciones tangibles que existen entre los problemas de seguimiento en las personas con VIH y su estado de salud, a la vez que dan mayor validez a los resultados obtenidos.

Por otro lado, debemos prestar atención al orden en que se realizaron las entrevistas a las y los participantes del estudio. A pesar de que se intentó, no siempre se pudieron alternar las entrevistas entre los casos y los controles. La alta dificultad de localización, en especial de las y

los pacientes con fallas en el seguimiento, y la necesidad de hacer más intentos de localización en estas/os pacientes, que de por sí son una población de difícil acceso, hizo muy difícil poder programar y alternar las entrevistas. Esta diferencia pudo dar lugar a posibles sesgos y hacer que la entrevistadora no siempre realizara las entrevistas de la misma forma (por la adquisición de información inherente que se llevaba a cabo en cada entrevista), aunque se intentó que fueran relativamente alternas y que los aprendizajes de las entrevistas afectaran de igual forma a ambos grupos. Por otro lado, debido al paso del tiempo y al desarrollo de las distintas olas, puede que la situación de la pandemia fuera diferente entre las primeras y las últimas entrevistas. Para controlar esto, se anotó en qué fase de la contingencia se encontraba la ciudad (rojo, naranja, amarillo, verde) cuando se realizaba la entrevista, para poder ver si esta variable se distribuía equitativamente entre los grupos. En este caso, los participantes del grupo con fallas en el seguimiento se encontraban en mayor medida en la tercera ola (en lugar de la segunda) y con semáforo amarillo (en lugar de naranja, como ocurría en el grupo con adecuado seguimiento), lo que implica medidas sanitarias menos estrictas. Por esta razón, para futuros estudios, se recomienda, para aumentar la validez de los resultados y reducir los sesgos, que las entrevistas sean alternadas entre los grupos y, si fuera posible, grabar al entrevistador aleatoriamente para asegurar la integridad del tratamiento. De igual forma, como se comentó anteriormente, sería útil realizar estudios más sistemáticos para comprobar la efectividad de las intervenciones basadas en entrevista motivacional para el abordaje de pacientes con fallas en el seguimiento.

Un elemento que se observó, y que podría ser una limitación a tener en cuenta, aunque no se pudo medir sistemáticamente, fue la posible deseabilidad social en la respuesta a las entrevistas, especialmente en las y los pacientes con fallas en el seguimiento. Se percibió que a este grupo de paciente les costaba más trabajo reconocer que habían olvidado de tomar alguna dosis, o que en algún momento tuvieron efectos adversos por tomar el TAR, o no reportaban que hubieran suspendido el medicamento (a pesar de que hacía meses que no habían acudido a la clínica a recogerlo). Para justificar esto, acudían a distintas explicaciones, a menudo más difíciles de sostener, como que su pareja tomaba el mismo medicamento y lo compartían, que lo

habían ido a recoger en otra clínica/institución, que todavía les quedaba de meses anteriores, que habían recibido el doble de medicamento anteriormente o que existían grupos donde la gente compartía medicamentos. Esta dificultad de reconocer aspectos de la adherencia que podrían considerarse negativos puede responder al deseo de dar una buena impresión y/o agradar a la persona que realizaba la entrevista, ya que esta llamaba como parte de la clínica, y esto podría generar miedo a que no se les quisieran seguir atendiendo si reportaban conductas inadecuadas. Esta posible deseabilidad social debe tenerse en cuenta ya que podría también generar sesgos en los resultados, y que las y los pacientes con fallas en el seguimiento reportaran mejores conductas de las que realmente habían tenido. De forma similar, también se encontró una posible deseabilidad social en las entrevistas motivacionales a las y los pacientes de este grupo. De nuevo, les costaba reconocer los aspectos negativos o más problemáticos/difíciles para asistir a sus citas. Consideraban que no encontraban ninguna dificultad para acudir a sus citas médicas, a pesar de que la experiencia confirmaba que no lo estaban haciendo. Esto pudo deberse también a la deseabilidad social, y a querer tratar de convencer a la entrevistadora de que no iban a faltar a más citas, y/o también podría explicarse por la dificultad de realizar este tipo de ejercicios por teléfono. Como posible recomendación, se llegó a la conclusión de que podría ser más fácil realizar los ejercicios de balance decisional de forma presencial donde pudiera dibujarse de forma gráfica y ser más visual para las y los pacientes. Finalmente, otros elementos que deben tenerse en cuenta sobre el escenario donde se realizó el estudio son los siguientes:

-En la clínica donde se realizó el estudio, al principio de la pandemia, se decidió a referir a los pacientes que necesitaban un seguimiento más estrecho, como aquellos con diagnóstico reciente, con otras comorbilidades o con fallas virológicas (lo que probablemente implica un mal apego al TAR). Esto se hizo porque debido a la conversión del hospital en un centro exclusivo para pacientes con COVID-19, no se iba a poder atender a estas y estos pacientes con la cercanía que necesitaban. Esta situación implica que las y los pacientes que permanecieron atendidos en la clínica, fueron de alguna manera las y los pacientes

relativamente más comprometidos y con mejores resultados en términos de comportamiento, es decir, aquellos con una historia de buen seguimiento médico, asistencia a sus consultas, largos periodos de indetectabilidad, etc. Es decir, los resultados pudieron ser bastante buenos incluso en los pacientes con fallas en el seguimiento. Esto implicó una dificultad de reclutamiento, ya que la población potencial de pacientes con posibles fallas en el seguimiento se redujo bastante en este periodo y, por tanto, existió dificultad para identificar un número importante de pacientes con fallas en el seguimiento, ya que eran muchos menos que anteriormente. Por otro lado, como se indicó anteriormente, el tener una muestra no tan grande implica que debe tenerse más cuidado a la hora de generalizar los resultados de este estudio, ya que estos vienen de una población muy característica de pacientes, en la que incluso los pacientes que presentaron alguna falla en el seguimiento tenían relativamente una buena historia y pronóstico de seguimiento.

-En la base de datos, se encontró que algunas/os pacientes habían faltado a su cita de infectología durante la pandemia, es decir, aparecía como “no asistida”. Estas citas se realizaban por teleconsulta, es decir, con una llamada telefónica por parte del médico tratante. Algunos de estas/os pacientes, al contactarlos, reportaron que no se les había avisado de que los llamaría su médico y, por esa razón, no estuvieron atentos para contestar la llamada. Este escenario no se consideró como falla en el seguimiento, ya que, no implica una falta de interés o de disposición del/la paciente para “asistir a su cita” es decir, para responder a su llamada, sino un problema de comunicación entre la institución y las y los pacientes. Esta situación, por un lado, provocó que no se pudiera tener en cuenta la “asistencia” a las citas de infectología durante la pandemia, esto derivado a su vez de que no hubiera citas presenciales. Por ello, solo se tuvo en cuenta la asistencia a toma de muestra y recogida de TAR, perdiéndose, por lo tanto, un dato que hubiera sido muy útil de evaluar, y que esperamos que pueda ser retomado en otros estudios en el futuro. Además, esto recaló la necesidad, una vez más, de mejorar los sistemas de comunicación y registro de la institución, sobre todo después de haber modificado muchos procedimientos a raíz de la pandemia y que estos deben ser informados a las y los pacientes.

-Como procedimiento habitual antes de la pandemia, las y los pacientes eran responsables de acudir a recoger su medicamento cuando este se les iba a terminar. A raíz de la pandemia, el procedimiento se adaptó de forma muy similar, y las y los pacientes, al detectar que iba a terminarse su medicamento, debían llamar por teléfono a la clínica y agendar sus citas. Sin embargo, a aquellas/os pacientes en los que se detectaba que llevaban mucho tiempo sin acudir por medicamento, y que se les debía de haber terminado, el equipo de Trabajo Social los trataba de localizar para agendarles una cita. Esto suponía un recordatorio que previamente no se realizaba en la clínica y, por lo tanto, la posibilidad de que faltaran por olvidos, era mucho menor que antes de la pandemia, ya que, los pacientes que finalmente faltaban eran aquellos que habían olvidado su cita y que, además, no se habían podido localizar. Esto hace pensar que existen algunos “pacientes no involucrados/as”, que incluso usualmente son conocidos por el personal de salud de la clínica, que, en un contexto anterior a la pandemia, probablemente habrían olvidado su cita ya que normalmente no tenían ese tipo de recordatorios. Algunos de estos/as pacientes, si no faltaron, fue por los múltiples intentos de localización por parte de la institución. Este estudio, no pudo detectar a estos/as “pacientes no involucrados”, ya que solo se identificó a los que finalmente faltaron a su cita, y no a los que hubo que recordarles regularmente que agendaran sus citas. Sería útil que futuros estudios trataran también de identificar las características de estas personas “no involucradas”, a las que se debe recordar sus citas continuamente y que podrían beneficiarse de intervenciones psicosociales antes de que fueran más tarde y realmente se perdieran del seguimiento.

-Por otro lado, en los primeros momentos de la pandemia, se implementaron muchos cambios en la atención de las y los pacientes del CIENI debido a que, como se ha comentado, el INER se convirtió en hospital exclusivo para personas con COVID-19 y se cancelaron las citas presenciales a las y los pacientes con VIH. Para informar a las y los pacientes de la clínica de estos cambios, se decidió llamar a cada uno, hacerles llegar la información y, además, agendarles citas para recoger medicamento y toma de muestra. Esta estrategia, aunque resultó efectiva para su propósito, fue muy difícil de mantener en el tiempo, debido a la gran cantidad

de recursos y profesionales de la salud que se necesitaban para esto. Por otro lado, algunos de los y las pacientes que no acudieron a recoger su medicamento, al ser localizados, reportaron que no habían acudido porque estaban esperando a que se les llamara, y aunque, ya no tenían TAR, no habían tomado la iniciativa de llamar ellos mismos para agendar la cita. Por lo tanto, la estrategia quitó responsabilidad a las y los pacientes de agendar sus citas y tomar el control de su seguimiento médico. Esto nos hace reflexionar sobre la importancia de encontrar el balance entre el requisito de respuesta que se pide (no demandar demasiado esfuerzo a las y los pacientes para recoger su medicamento) y las consecuencias de hacer las trámites por ellos/as sin pedirles que se involucren en su seguimiento médico, sobre todo, teniendo en cuenta el costo económico y de recursos humanos que supone implementar, por ejemplo, llamadas de rutina a los pacientes, y que es imposible manejar en escenarios de escasos recursos.

Implicaciones clínicas y para la institución

De estos resultados se pueden derivar algunas implicaciones que el personal de salud y las instituciones podrían tener en cuenta cuando el objetivo sea mejorar el seguimiento médico por parte de las personas que viven con VIH. Por un lado, observamos claramente que las barreras sociales, como el nivel educativo, los problemas económicos y laborales, o el tiempo que las y los pacientes tardan en transportarse a la clínica son factores que pueden interferir en la asistencia adecuada a los servicios de salud. A pesar de que estas variables son muy difíciles de modificar como tal, ya que son situaciones que forman parte de la vida de las personas y ni siquiera ellos y ellas las pueden cambiar, es importante que los pacientes en los que se identifican estos factores de riesgo puedan ser objeto de un seguimiento más estrecho y que se diseñen intervenciones adaptadas para abordar estas dificultades y/o apoyar económicamente a las y los pacientes. Por ejemplo, se podría tratar de otorgar apoyos para el transporte a las clínicas, como dinero para pasajes o proporcionar servicio de taxi o Uber; se podrían implementar sistemas de entrega de medicamentos, quizá por paqueterías, para las personas más vulnerables y así evitar que tengan que desplazarse a la clínica; también se podrían dedicarse esfuerzos para garantizar que las personas que viven con VIH puedan recibir una atención de

calidad en lugares más cercanos a sus domicilios, disponiendo de servicios móviles e intervenciones de acercamiento; o incluso se podrían implementar bolsas de trabajo específicas para personas que viven con VIH y mejorar así sus condiciones económicas; entre otras acciones (Bassett et al., 2015; Munson et al., 2021). Para esto es necesario el trabajo conjunto de instituciones y organismos del estado que unan esfuerzos en la búsqueda de estas soluciones.

Será importante, además, el desarrollo de intervenciones psicológicas, especialmente enfocadas en las variables más relevantes y más directamente relacionadas con las fallas en el seguimiento que se encontraron en este estudio. Intervenciones breves, sencillas, factibles de aplicar pueden ser enormemente beneficiosas, sobre todo en contextos de bajos recursos. Ya existe evidencia de intervenciones basadas en terapia cognitivo conductual, entrevista motivacional, o terapias contextuales que han mostrado beneficios en personas que viven con VIH. Será a su vez imprescindible evaluar la eficacia de estas intervenciones para la mejora del seguimiento médico, así como para mantener adecuados los indicadores de carga viral y células T-CD4 en esta población.

Por otro lado, estos resultados hacen evidente que es importante vigilar estrechamente a los pacientes con antecedentes de abandono previo, y/o con un nivel de adherencia inadecuada al tratamiento antirretroviral, ya que estas situaciones pueden desencadenar en una pérdida definitiva del seguimiento médico e, incluso, contribuir a la mortalidad de estos pacientes (Braitstein et al., 2012). Por esta razón, se podrían implementar intervenciones breves pero efectivas que se realicen de forma imperativa en todos aquellas y aquellos pacientes en los que se identifiquen abandonos previos del seguimiento (ya sea del seguimiento de la atención para VIH, como de abandonos de otro tipo de tratamientos, como el psiquiátrico), así como en aquellos que reporten adherencia inadecuada al TAR, por lo que será importante hacer evaluaciones regulares de estas situaciones.

Además, con los resultados de este estudio se puede identificar que es importante contemplar elementos como: proporcionar una atención lo más personalizada posible, tener

personal médico con disponibilidad de tiempo, desarrollar intervenciones para la mejora de la comunicación entre los pacientes y las instituciones, así como implementar mejoras en los sistemas de registro de la información. Esto, debido a que pueden favorecer la retención de los pacientes. Tales tareas les corresponden tanto a los profesionales de salud como a las instituciones encargadas de la organización de la atención a las personas que viven con VIH (Mallinson et al., 2007).

Asimismo, se pudo observar que el sistema de citas implementado en este estudio demostró ser muy beneficioso, sobre todo para aquellos pacientes que no necesitaban un seguimiento tan estrecho. A pesar de las exigencias que esto implica en cuanto a recursos (sobre todo de personal), se sugiere que debería considerarse la posibilidad de mantener este sistema de citas en el tiempo, o adaptarlo para que funcione de forma más automática, por ejemplo, con recordatorios automáticos por correo electrónico o SMS, o incluso sistemas electrónicos en los que los propios pacientes pudieran agendar sus citas.

Por último, se propone el desarrollo de programas educativos actualizados que informen a las y los pacientes y sus familiares acerca del VIH y el TAR, y que respondan a las dudas de los pacientes e incluso a las necesidades de la sociedad (en temas de estigma, por ejemplo). Esta podría ser una estrategia costo-efectiva, ya que puede realizarse en talleres grupales, o a través de folletos informativos, y puede contribuir al mantenimiento de un mejor seguimiento médico y mejores conductas de autocuidado en las personas que viven con VIH.

Conclusiones

Conocer y comprender mejor los problemas de seguimiento médico en las personas que viven con VIH, un fenómeno que ha sido mucho menos estudiado que la adherencia al tratamiento farmacológico, es especialmente relevante por las consecuencias individuales (estado de salud, mortalidad) y de salud pública (transmisión del virus) que estos conllevan. El conocimiento de las variables que influyen en el seguimiento médico de estas y estos pacientes puede contribuir a la identificación oportuna de las personas que están en mayor riesgo de presentar fallas en el

seguimiento (aquellos con escaso nivel socioeconómico y educativo, que viven más lejos de la clínica, que tienen una historia de abandono previa, que reportan baja adherencia, que han sufrido efectos adversos por tomar el TAR, que presentan síntomas de ansiedad y depresión o que tienen un bajo conocimiento acerca del VIH y el TAR), así como la identificación de las variables sobre las que debemos incidir para diseñar y desarrollar programas, recomendaciones e intervenciones psicológicas/conductuales específicas, tanto para la prevención de las fallas en el seguimiento, como para el rescate de las y los pacientes que ya no están vinculados a la atención.

Además, conocer de primera mano los motivos que influyen en la omisión de las citas médicas (problemas con el trabajo, problemas de comunicación con las instituciones o problemas emocionales o del cuidado de familiares), o la motivación para mantener un seguimiento médico adecuado (mantener un buen estado de salud, haber recibido una atención a la salud de calidad, conocimiento y responsabilidad), nos permiten tener una comprensión integral y más profunda del fenómeno y de las necesidades de esta población. Por último, reconocer el impacto y comprender la influencia de la pandemia por COVID-19 en el seguimiento médico puede ayudar a establecer procedimientos y estrategias eficaces (sistemas automáticos de citas, mejorar la comunicación entre las instituciones y las y los pacientes) para reducir su impacto negativo en una población vulnerable como la de las personas que viven con el VIH.

Aunque estos resultados pueden no ser completamente generalizables a otros contextos, debido al pequeño tamaño de la muestra, especialmente del grupo con fallas en el seguimiento, a posibles sesgos de selección, y a lo específico de la población, siguen siendo unos resultados muy relevantes para esta población e institución en el momento específico y único en el que se obtuvieron. A pesar de que existieron estas limitaciones en la identificación y localización de pacientes, y que algunas variables pudieran no resultar significativas, eso no quiere decir que las diferencias entre los dos grupos no sean importantes o que los resultados encontrados no resulten enormemente apreciables. Será importante tener cuidado en la generalización de los

resultados a otras poblaciones, sin embargo, son datos muy valiosos sobre una población con necesidades muy importantes y que fueron recolectados en un momento y contexto únicos, la pandemia por COVID-19 y un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México que se convirtió en centro exclusivo de atención a pacientes con COVID-19. Por ello, será importante mantener estos resultados encuadrados en la situación en que se obtuvieron y tenerlos en cuenta para el desarrollo de intervenciones enfocadas en una variable tan importante como el seguimiento médico en personas que viven con VIH, sobre todo, a partir de ahora y en un futuro próximo que probablemente seguirá marcado por los efectos de la pandemia por COVID-19 en todos los ámbitos de la vida. No obstante, será útil seguir realizando más estudios para comprender mejor el impacto de las variables encontradas en estudio sobre el seguimiento médico de las personas que viven con VIH en este y otros contextos.

Referencias

- Agwu, A. L., Lee, L., Fleishman, J. A., Voss, C., Yehia, B. R., Althoff, K. N., Rutstein, R., Mathews, W. C., Nijhawan, A., Moore, R. D., Gaur, A. H., & Gebo, K. A. (2015). Aging and loss to follow-up among youth living with human immunodeficiency virus in the HIV Research Network. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *56*(3), 345-351.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.009>
- Akilimali, P. Z., Musumari, P. M., Kashala-Abotnes, E., Kayembe, P. K., Lepira, F. B., Mutombo, P. B., Tylleskar, T., & Ali, M. M. (2017). Disclosure of HIV status and its impact on the loss in the follow-up of. *PloS One*, *12*(2), e0171407.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171407>
- Alaniz Cuevas, D. (2014). *Tasa de pérdida en el seguimiento de pacientes VIH positivos en la Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México. Factores asociados y consecuencias de la pérdida*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Algarin, A. B., Varas-Rodríguez, E., Valdivia, C., Fennie, K. P., Larkey, L., Hu, N., & Ibañez, G. E. (2020). Symptoms, Stress, and HIV-Related Care Among Older People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic, Miami, Florida. *AIDS and Behavior*, *24*(8), 2236-2238.
<https://doi.org/10.1007/s10461-020-02869-3>
- Aliyu, A., Adelekan, B., Andrew, N., Ekong, E., Dapiap, S., Murtala-Ibrahim, F., Nta, I., Ndembu, N., Mensah, C., & Dakum, P. (2019). Predictors of loss to follow-up in art experienced patients in Nigeria: A 13 year review (2004-2017). *AIDS Research and Therapy*, *16*(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12981-019-0241-3>
- Allam, R. R., Murhekar, M. V., Bhatnagar, T., Uthappa, C. K., Chava, N., Rewari, B. B., Venkatesh, S., & Mehendale, S. (2014). Survival probability and predictors of mortality

- and retention in care among patients enrolled for first-line antiretroviral therapy, Andhra Pradesh, India, 2008-2011. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 108(4), 198-205. <https://doi.org/10.1093/trstmh/tru025>
- Alvarez-Uria, G., Naik, P. K., Pakam, R., & Midde, M. (2013). Factors associated with attrition, mortality, and loss to follow up after antiretroviral therapy initiation: Data from an HIV cohort study in India. *Global Health Action*, 6(1), 21682. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.21682>
- Amberbir, A., Woldemichael, K., Getachew, S., Girma, B., & Deribe, K. (2008). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: A prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 9.
- Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., DiFranceisco, W. J., Kuznetsova, A. V., Tarima, S. S., Yakovlev, A. A., & Musatov, V. B. (2016). Predictors of HIV Care Engagement, Antiretroviral Medication Adherence, and Viral Suppression Among People Living with HIV Infection in St. Petersburg, Russia. *AIDS and Behavior*, 22(3), 791-799. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1638-9>
- Anderson. (2000). Self-esteem and optimism in men and women infected with HIV. *Nursing Research*, 49(5), 262-271.
- Anderson, & Dedrick. (1990). Development of the Trust in Physician Scale: A measure to assess interpersonal trust in physician relationships. *Psychological Reports*, 67, 1091-1100.
- Antelman, G., Kaaya, S., Wei, R., Mbwambo, J., Msamanga, G. I., Fawzi, W. W., & Fawzi, M. C. S. (2007). *Depressive Symptoms Increase Risk of HIV Disease Progression and Mortality Among Women in Tanzania*. 15.

- Aracena-Genao, B., González-Robledo, M. C., González-Robledo, L. M., Palacio-Mejía, L. S., & Nigenda-López, G. (2011). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: Tendencia, evolución y operación. *Salud Pública de México*, *53*, 407-415.
- Arrivé, E., Dicko, F., Amghar, H., Aka, A. E., Dior, H., Bouah, B., Traoré, M., Ogbo, P., Dago-Akribi, H. A., Eboua, T. K. F., Kouakou, K., Sy, H. S., Alioum, A., Dabis, F., Ekouévi, D. K., Leroy, V., & Pediatric leDEA West Africa Working Group. (2012). HIV status disclosure and retention in care in HIV-infected adolescents on antiretroviral therapy (ART) in West Africa. *PLoS One*, *7*(3), e33690-e33690. PubMed.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033690>
- Asiimwe, S. B., Kanyesigye, M., Bwana, B., Okello, S., & Muyindike, W. (2016). Predictors of dropout from care among HIV-infected patients initiating antiretroviral therapy at a public sector HIV treatment clinic in sub-Saharan Africa. *BMC Infectious Diseases*, *16*, 43. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1392-7>
- Ayittey, F. K., Ayittey, M. K., Chiwero, N. B., Kamasah, J. S., & Dzuvor, C. (2020). Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *Journal of Medical Virology*, *92*(5), 473-475. <https://doi.org/10.1002/jmv.25706>
- Azar, M. M., Springer, S. A., Meyer, J. P., & Altice, F. L. (2011). *A Systematic Review of the Impact of Alcohol Use Disorders on HIV Treatment Outcomes, Adherence to Antiretroviral Therapy and Health Care Utilization*. 27.
- Ballivian, J., Alcaide, M. L., Cecchini, D., Jones, D. L., Abbamonte, J. M., & Casetti, I. (2020). Impact of COVID-19-Related Stress and Lockdown on Mental Health Among People Living With HIV in Argentina. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, *85*(4), 475-482. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002493>

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, *395*(10224), e37-e38.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F.-Y. (2015). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *9*(5), 547-553.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2015.38>
- Bassett, I. V., Wilson, D., Taaffe, J., & Freedberg, K. A. (2015). Financial incentives to improve progression through the HIV treatment cascade. *Current opinion in HIV and AIDS*, *10*(6), 451-463. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000196>
- Baugher, A. R., Beer, L., Fagan, J. L., Mattson, C. L., Freedman, M., Skarbinski, J., & Shouse, R. L. (2018). *Prevalence of Internalized HIV-Related Stigma Among HIV-Infected Adults in Care, United States, 2011–2013*. 15.
- Bayés. (1990). *PSICOLOGÍA Y SIDA: ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y PREVENCIÓN*. 15.
- Bayés, & Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, *812*, 312-322.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *BAI, Beck anxiety inventory: Manual*. Psychological Corporation; /z-wcorg/.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI, Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bee, P. E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: A meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-60>

- Bekolo, C. E., Webster, J., Batenganya, M., Sume, G. E., & Kollo, B. (2013). Trends in mortality and loss to follow-up in HIV care at the Nkongsamba Regional hospital, Cameroon. *BMC Research Notes*, *6*(1), 512. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-512>
- Berg, M. B., Safren, S. A., Mimiaga, M. J., Grasso, C., Boswell, S., & Mayer, K. H. (2005). Nonadherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care*, *17*(7), 902-907. <https://doi.org/10.1080/09540120500101658>
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, *24*(6), 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Bezabhe, W. M., Chalmers, L., Bereznicki, L. R., Peterson, G. M., Bimirew, M. A., & Kassie, D. M. (2014). Barriers and Facilitators of Adherence to Antiretroviral Drug Therapy and Retention in Care among Adult HIV-Positive Patients: A Qualitative Study from Ethiopia. *PLoS ONE*, *9*(5), e97353. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097353>
- Biel, D., Carrobes, J. A., & Antón, M. (2021). Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *29*(2), 237-257. <https://doi.org/10.51668/bp.8321202s>
- Bilinski, A., Birru, E., Peckarsky, M., Herce, M., Kalanga, N., Neumann, C., Bronson, G., Po-Chedley, S., Kachimanga, C., McBain, R., & Keck, J. (2017). Distance to care, enrollment and loss to follow-up of HIV patients during decentralization of antiretroviral therapy in Neno District, Malawi: A retrospective cohort study. *PLOS ONE*, *12*(10), e0185699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185699>

- Blake Helms, C., Turan, J. M., Atkins, G., Kempf, M.-C., Clay, O. J., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, B. (2017). Interpersonal Mechanisms Contributing to the Association Between HIV-Related Internalized Stigma and Medication Adherence. *AIDS and Behavior*, 21(1), 238-247. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1320-2>
- Blutinger, E. J., Solomon, S., Srikrishnan, A. K., Thamburaj, E., Kumarasamy, N., Balakrishnan, P., Anand, S., Ganesh, A. K., & Solomon, S. S. (2014). Dropout from care among HIV-infected patients enrolled in care at a tertiary HIV care center in Chennai, India. *AIDS Care*, 26(12), 1500-1505. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.934654>
- Braitstein, P., Boulle, A., Nash, D., Brinkhof, M. W. G., Dabis, F., Laurent, C., Schechter, M., Tuboi, S. H., Sprinz, E., Miotti, P., Hosseinipour, M., May, M., Egger, M., Bangsberg, D. R., & Low, N. (2008). Gender and the Use of Antiretroviral Treatment in Resource-Constrained Settings: Findings from a Multicenter Collaboration. *Journal of Women's Health*, 17(1), 47-55. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0353>
- Braitstein, P., Siika, A., Hogan, J., Kosgei, R., Sang, E., Sidle, J., Wools-Kaloustian, K., Keter, A., Mamlin, J., & Kimaiyo, S. (2012). A clinician-nurse model to reduce early mortality and increase clinic retention among high-risk HIV-infected patients initiating combination antiretroviral treatment. *Journal of the International AIDS Society*, 15, 7. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-15-7>
- Brener, L., Broady, T., Cama, E., Hopwood, M., de Wit, J. B. F., & Treloar, C. (2019). The role of social support in moderating the relationship between HIV centrality, internalised stigma and psychological distress for people living with HIV. *AIDS Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1659914>

- Brincks, A. M., Feaster, D. J., Burns, M. J., & Mitrani, V. B. (2010). The influence of health locus of control on the patient-provider relationship. *Psychology, Health & Medicine, 15*(6), 720-728. PubMed. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.498921>
- Brinkhof, M. W., Pujades-Rodriguez, M., & Egger, M. (2009). Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 4*(6), e5790. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005790>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet (London, England), 395*(10227), 912-920. PubMed. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bulsara, S. M., Wainberg, M. L., & Newton-John, T. R. O. (2018). Predictors of Adult Retention in HIV Care: A Systematic Review. *AIDS and Behavior, 22*(3), 752-764. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1644-y>
- Byrd, K. K., Furtado, M., Bush, T., & Gardner, L. (2015). Evaluating patterns in retention, continuation, gaps, and re-engagement in HIV care in a Medicaid-insured population, 2006–2012, United States. *AIDS Care, 27*(11), 1387-1395. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1114991>
- Cabral, R. J., Cotton, D., Semaan, S., & Gielen, A. C. (2004). Application of the Transtheoretical Model for HIV Prevention in a Facility-Based and a Community-Level Behavioral Intervention Research Study. *Health Promotion Practice, 5*(2), 199-207. <https://doi.org/10.1177/1524839903258765>
- Cardel, M. I., Manasse, S., Krukowski, R. A., Ross, K., Shakour, R., Miller, D. R., Lemas, D. J., & Hong, Y. (2020). COVID-19 Impacts Mental Health Outcomes and Ability/Desire to

- Participate in Research Among Current Research Participants. *Obesity*, 28(12), 2272-2281. <https://doi.org/10.1002/oby.23016>
- Cardona-Arias, J. A., & Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: Metaanálisis 2002-2012. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 87-101.
- Carriquiry, G., Fink, V., Koethe, J. R., Giganti, M. J., Jayathilake, K., Blevins, M., Cahn, P., Grinsztejn, B., Wolff, M., Pape, J. W., Padgett, D., Madero, J. S., Gotuzzo, E., McGowan, C. C., & Shepherd, B. E. (2015). Mortality and loss to follow-up among HIV-infected persons on long-term antiretroviral therapy in Latin America and the Caribbean. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 20016. PMC. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.20016>
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). *Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease*. 10.
- Cederbaum, J. A., Rice, E., Craddock, J., Pimentel, V., & Beaver, P. (2017). Social networks of HIV-positive women and their association with social support and depression symptoms. *Women & Health*, 57(2), 268-282. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157126>
- CENSIDA. (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. <https://www.gob.mx/censida/documentos/norma-oficial-mexicana-010-ssa2-2010-para-la-prevencion-y-control-de-la-infeccion-por-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-10-noviembre-2010>

CENSIDA. (2015). *Antecedentes del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida (Conasida)*. <https://www.gob.mx/censida/documentos/antecedentes-del-consejo-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-sida-conasida>

CENSIDA. (2016). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA*. Secretaria de Salud.

CENSIDA. (2020a). *En el Día Mundial de la Lucha contra el Sida, Censida se suma a las acciones para enfrentar epidemia de VIH en tiempos de COVID-19*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/596285/COMUNICADO_228_D_A_MUNDIAL_DE_LA_LUCHA_CONTRA_EL_SIDA.pdf

CENSIDA. (2020b). *Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida (Conasida)*.
<https://www.gob.mx/censida/articulos/consejo-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-vih-y-el-sida-conasida-100762#:~:text=El%20Consejo%20Nacional%20para%20Prevención,humana%2C%20a sí%20como%20de%20otras>

CENSIDA. (2020c). *Pronunciamento del Censida sobre los cambios a la Ley General de Salud*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/588600/PRONUNCIAMIENTO_CEN_SIDA_TRATAMIENTO_2021.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *HIV treatment as Prevention*.
<https://www.cdc.gov/hiv/risk/art/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *People Who Are at Higher Risk for Severe Illness*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Guidance for COVID-19 and People with HIV*. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/covid-19-and-persons-hiv-interim-guidance/interim-guidance-covid-19-and-persons-hiv>
- Chi, B. H., Yiannoutsos, C. T., Westfall, A. O., Newman, J. E., Zhou, J., Cesar, C., Brinkhof, M. W., Mwangi, A., Balestre, E., Carriquiry, G., Sirisanthana, T., Mukumbi, H., Martin, J. N., Grimsrud, A., Bacon, M., & Thiebaut, R. (2011). Universal definition of loss to follow-up in HIV treatment programs: A statistical analysis of 111 facilities in Africa, Asia, and Latin America. *PLoS Med*, *8*(10), e1001111. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001111>
- Cichowitz, C., Maraba, N., Hamilton, R., Charalambous, S., & Hoffmann, C. J. (2017). Depression and alcohol use disorder at antiretroviral therapy initiation led to disengagement from care in South Africa. *PLOS ONE*, *12*(12), e0189820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189820>
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(5), 725-730. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.725>
- CONASIDA. (2008). *Minuta de la 31ª Reunión Ordinaria del CONASIDA*. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/comites/monitoreo/minuta31.pdf>
- Connors, W. J., Krentz, H. B., & Gill, M. J. (2017). Healthcare contacts among patients lost to follow-up in HIV care: Review of a large regional cohort utilizing electronic health records. *International Journal of STD & AIDS*, *28*(13), 1275-1281. <https://doi.org/10.1177/0956462417699464>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2016). *Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas*

internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, (4.^a ed.). OPS y CIOMS.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Dalhatu, I., Onotu, D., Odafe, S., Abiri, O., Debem, H., Agolory, S., Shiraishi, R. W., Auld, A. F., Swaminathan, M., Dokubo, K., Ngige, E., Asadu, C., Abatta, E., & Ellerbrock, T. V. (2016). Outcomes of Nigeria's HIV/AIDS Treatment Program for Patients Initiated on Antiretroviral Treatment between 2004-2012. *PLOS ONE*, *11*(11), e0165528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165528>

Dandachi, D., Geiger, G., Montgomery, M. W., Karmen-Tuohy, S., Golzy, M., Antar, A. A. R., Llibre, J. M., Camazine, M., Díaz-De Santiago, A., Carlucci, P. M., Zacharioudakis, I. M., Rahimian, J., Wanjalla, C. N., Slim, J., Arinze, F., Kratz, A. M. P., Jones, J. L., Patel, S. M., Kitchell, E., ... Chow, J. (2020). Characteristics, Comorbidities, and Outcomes in a Multicenter Registry of Patients with HIV and Coronavirus Disease-19. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1339>

de Almeida, M. C., de Jesus Pedroso, N., do Socorro Lina van Keulen, M., Jácome, G. P. O., Fernandes, G. C., Yokoo, E. M., & Tuboi, S. H. (2014). Loss to Follow-Up in a Cohort of HIV-Infected Patients in a Regional Referral Outpatient Clinic in Brazil. *AIDS and Behavior*, *18*(12), 2387-2396. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0812-1>

De Boni, R. B., Peratikos, M. B., Shepherd, B. E., Grinsztejn, B., Cortés, C., Padgett, D., Gotuzzo, E., Belaunzarán-Zamudio, P. F., Rebeiro, P. F., Duda, S. N., McGowan, C. C., & for CCASAnet. (2018). Is substance use associated with HIV cascade outcomes in Latin America? *PLOS ONE*, *13*(3), e0194228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194228>

- Deeks, S. G., Wrin, T., Liegler, T., Hoh, R., Hayden, M., Barbour, J. D., Hellmann, N. S., Petropoulos, C. J., McCune, J. M., Hellerstein, M. K., & Grant, R. M. (2001). Virologic and immunologic consequences of discontinuing combination antiretroviral-drug therapy in HIV-infected patients with detectable viremia. *N Engl J Med*, *344*(7), 472-480. <https://doi.org/10.1056/nejm200102153440702>
- Dhama, K., Khan, S., Tiwari, R., Sircar, S., Bhat, S., Malik, Y. S., Singh, K. P., Chaicumpa, W., Bonilla-Aldana, D. K., & Rodriguez-Morales, A. J. (2020). Coronavirus Disease 2019 – COVID-19. *Clinical Microbiology Reviews*, *33*(4), 48.
- Dillard, P. K., Zuniga, J. A., & Holstad, M. M. (2017). An integrative review of the efficacy of motivational interviewing in HIV management. *Patient Education and Counseling*, *100*(4), 636-646. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.029>
- Dyrehave, C., Rasmussen, D. N., Hønge, B. L., Jespersen, S., Correia, F. G., Medina, C., Wejse, C., Rodkjaer, L., & for the Bissau HIV Cohort Study Group. (2016). Nonadherence is Associated with Lack of HIV-Related Knowledge: A Cross-Sectional Study among HIV-Infected Individuals in Guinea-Bissau. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, *15*(4), 350-358. <https://doi.org/10.1177/2325957415599211>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2014). *HIV Stigma Mechanisms and Well-Being among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework*. 17.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.

- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11.
<https://doi.org/10.3758/BF03203630>
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fernandes, N. (2020). Economic Effects of Coronavirus Outbreak (COVID-19) on the World Economy. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3557504>
- Franke, M. F., Munoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J. L., Bayona, J. N., & Shin, S. S. (2010). Validation and abbreviation of an HIV stigma scale in an adult spanish-speaking population in urban Peru. *AIDS and Behavior*, 14(1), 189-199.
<https://doi.org/10.1007/s10461-008-9474-1>
- Freeman, D. H. (1987). *Applied categorical data analysis*. M. Dekker New York.
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Laguia, A., Molero, F., Toledo, J., Arrillaga, A., & Jaen, A. (2017). Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish population: A cross-sectional national survey. *BMC Public Health*, 17(1), 234.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4148-4>
- Gazabon, S. A., Morokoff, P. J., Harlow, L. L., Ward, R. M., & Quina, K. (2007). Applying the Transtheoretical Model to Ethnically Diverse Women at Risk for HIV. *Health Education & Behavior*, 34(2), 297-314. <https://doi.org/10.1177/1090198105285328>

- Gebrezgabher, B. B., Kebede, Y., Kindie, M., Tetemke, D., Abay, M., & Gelaw, Y. A. (2017). Determinants to antiretroviral treatment non-adherence among adult HIV/AIDS patients in northern Ethiopia. *AIDS Research and Therapy*, 14, 16.
<https://doi.org/10.1186/s12981-017-0143-1>
- Genberg, B. L., Lee, Y., Rogers, W. H., Willey, C., & Wilson, I. B. (2013). Stages of Change for Adherence to Antiretroviral Medications. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(10), 567-572.
<https://doi.org/10.1089/apc.2013.0126>
- Ghidei, L., Simone, M. J., Salow, M. J., Zimmerman, K. M., Paquin, A. M., Skarf, L. M., Kostas, T. R. M., & Rudolph, J. L. (2013). Aging, Antiretrovirals, and Adherence: A Meta Analysis of Adherence among Older HIV-Infected Individuals. *Drugs & Aging*, 30(10), 809-819.
<https://doi.org/10.1007/s40266-013-0107-7>
- Gill, V. C., & Krentz, H. B. (2015). Patient Perspectives on Leaving, Disengaging, and Returning to HIV Care. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(7), 400-407.
<https://doi.org/10.1089/apc.2015.0001>
- Giordano, T. P., Gifford, A. L., White, A. C. J., Suarez-Almazor, M. E., Rabeneck, L., Hartman, C., Backus, L. I., Mole, L. A., & Morgan, R. O. (2007). Retention in care: A challenge to survival with HIV infection. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 44(11), 1493-1499.
<https://doi.org/10.1086/516778>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental (Mexico City, Mexico)*, 38(4), 237-244. PubMed.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>

- Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *58*(2), 181-187. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31822d490a>
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, *46*, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Grimsrud, A. T., Cornell, M., Egger, M., Boule, A., & Myer, L. (2013). Impact of definitions of loss to follow-up (LTFU) in antiretroviral therapy program evaluation: Variation in the definition can have an appreciable impact on estimated proportions of LTFU. *Journal of Clinical Epidemiology*, *66*(9), 1006-1013. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.03.013>
- Group WHO ASSIST Working. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, *97*(9), 1183-1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., Aldao, A., Borelli, J. L., Chung, T., Davila, J., Forbes, E. E., Gee, D. G., Hall, G. C. N., Hallion, L. S., Hinshaw, S. P., Hofmann, S. G., Hollon, S. D., Joormann, J., Kazdin, A. E., ... Weinstock, L. M. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Haider, N., Osman, A. Y., Gadzekpo, A., Akpede, G. O., Asogun, D., Ansumana, R., Lessells, R. J., Khan, P., Hamid, M. M. A., Yeboah-Manu, D., Mboera, L., Shayo, E. H., Mmbaga, B. T., Urassa, M., Musoke, D., Kapata, N., Ferrand, R. A., Kapata, P.-C., Stigler, F., ... McCoy,

- D. (2020). Lockdown measures in response to COVID-19 in nine sub-Saharan African countries. *BMJ Global Health*, 5(10), e003319. PubMed.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003319>
- Hartzell, J. D., Janke, I. E., & Weintrob, A. C. (2008). *Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era*. 10.
- Hassan, A. S., Mwaringa, S. M., Ndirangu, K. K., Sanders, E. J., de Wit, T. F. R., & Berkley, J. A. (2015). Incidence and predictors of attrition from antiretroviral care among adults in a rural HIV clinic in Coastal Kenya: A retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1814-2>
- Helleberg, M., Engsig, F. N., Kronborg, G., Larsen, C. S., Pedersen, G., Pedersen, C., Gerstoft, J., & Obel, N. (2012). Retention in a public healthcare system with free access to treatment: A Danish nationwide HIV cohort study. *Aids*, 26(6), 741-748.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834fa15e>
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., & Kendall, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: Influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 249-255. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200009>
- Horne, R., Buick, D., Fisher, M., Leake, H., Cooper, V., & Weinman, J. (2004). Doubts about necessity and concerns about adverse effects: Identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. *International Journal of STD & AIDS*, 15(1), 38-44. <https://doi.org/10.1258/095646204322637245>
- Horne, R., Cooper, V., Gellaitry, G., Date, H. L., & Fisher, M. (2007). Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence: The utility of the necessity-concerns framework. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 45(3), 334-341. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31806910e3>

Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health, 14*(1), 1-24.

<https://doi.org/10.1080/08870449908407311>

Horns Schuh, S., Dietrich, J. J., Tshabalala, C., & Laher, F. (2017). Antiretroviral Treatment Adherence: Knowledge and Experiences among Adolescents and Young Adults in Soweto, South Africa. *AIDS Research and Treatment, 2017*, 1-8.

<https://doi.org/10.1155/2017/5192516>

Hurley, E. A., Harvey, S. A., Winch, P. J., Keita, M., Roter, D. L., Doumbia, S., Diarra, N. H., & Kennedy, C. E. (2018). The Role of Patient-Provider Communication in Engagement and Re-engagement in HIV Treatment in Bamako, Mali: A Qualitative Study. *Journal of Health Communication, 23*(2), 129-143.

<https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1417513>

International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*.
www.InTestCom.org

Janssen, S., Wieten, R. W., Stolp, S., Cremers, A. L., Rossatanga, E. G., Klipstein-Grobusch, K., Belard, S., & Grobusch, M. P. (2015). Factors Associated with Retention to Care in an HIV Clinic in Gabon, Central Africa. *PLoS One, 10*(10), e0140746.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140746>

Jiang, H., Zhou, Y., & Tang, W. (2020). Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. HIV, 7*(5), e308-e309. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30105-3)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2018). *UNAIDS DATA 2018*.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2020). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*.

<https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Kagee, A., Saal, W., Villiers, L. D., Sefatsa, M., & Bantjes, J. (2017). *The prevalence of common mental disorders among South Africans seeking HIV testing*. 14.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.

Kalichman, S. C., Eaton, L. A., Berman, M., Kalichman, M. O., Katner, H., Sam, S. S., & Caliendo, A. M. (2020). Intersecting Pandemics: Impact of SARS-CoV-2 (COVID-19) Protective Behaviors on People Living With HIV, Atlanta, Georgia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 85(1), 66-72. PubMed.

<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002414>

Kiene, S. M., Bateganya, M. H., Lule, H., & Wanyenze, R. K. (2016). The effect of motivational interviewing-based counseling during outpatient provider initiated HIV testing on high-risk sexual behavior in rural Uganda. *AIDS and Behavior*, 20(9), 1928-1936.

<https://doi.org/10.1007/s10461-016-1377-y>

Kranzer, K., Govindasamy, D., Ford, N., Johnston, V., & Lawn, S. D. (2012). Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), 17383-17383. PubMed. <https://doi.org/10.7448/IAS.15.2.17383>

Kuznetsova, A. V., Meylaks, A. Y., Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., Yakovlev, A. A., Musatov, V. B., & Amirkhanian, A. G. (2016). Barriers and Facilitators of HIV Care Engagement: Results of a Qualitative Study in St. Petersburg, Russia. *AIDS and Behavior*, 20(10), 2433-2443. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1282-9>

Lankowski, A. J., Siedner, M. J., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2014). Impact of Geographic and Transportation-Related Barriers on HIV Outcomes in Sub-Saharan Africa: A Systematic

Review. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1199-1223. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0729-8>

Lavezzo, E., Franchin, E., Ciavarella, C., Cuomo-Dannenburg, G., Barzon, L., Del Vecchio, C., Rossi, L., Manganelli, R., Loregian, A., Navarin, N., Abate, D., Sciro, M., Merigliano, S., De Canale, E., Vanuzzo, M. C., Besutti, V., Saluzzo, F., Onelia, F., Pacenti, M., ... Crisanti, A. (2020). Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. *Nature*, 584(7821), 425-429. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2488-1>

Layer, E. H., Brahmbhatt, H., Beckham, S. W., Ntogwisangu, J., Mwampashi, A., Davis, W. W., Kerrigan, D. L., & Kennedy, C. E. (2014). «I pray that they accept me without scolding:» experiences with disengagement and re-engagement in HIV care and treatment services in Tanzania. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(9), 483-488. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0077>

Lee, Kang, W. S., Cho, A.-R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>

Lee, S., Lee, S. H., Lee, S. J., Kim, K.-H., Lee, J. E., Cho, H., Lee, S. G., Chen, D. H., Chung, J. S., & Kwak, I. S. (2016). Predictors of Poor Retention in Care of HIV-infected Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Korea: Five-Year Hospital-based Retrospective Cohort Study. *Journal of Korean Medical Science*, 31(3), 376-381. <https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.3.376>

Lee, Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W., & Chua, S. E. (2007). Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>

- Lifson, A. R., Demissie, W., Tadesse, A., Ketema, K., May, R., Yakob, B., Metekia, M., Slater, L., & Shenie, T. (2012). Barriers to retention in care as perceived by persons living with HIV in rural ethiopia: Focus Group results and recommended Strategies. *Journal of International Association of Providers of AIDS Care*, *12*(1), 32-38.
- Little, S. J., Holte, S., Routy, J.-P., Daar, E. S., Markowitz, M., Collier, A. C., Koup, R. A., Mellors, J. W., Connick, E., Conway, B., Kilby, M., Wang, L., Whitcomb, J. M., Hellmann, N. S., & Richman, D. D. (2002). Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. *The New England Journal of Medicine*, *347*(6), 385-394.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa013552>
- Liu, X., & Zhang, S. (2020). COVID-19: Face masks and human-to-human transmission. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, *14*(4), 472-473. <https://doi.org/10.1111/irv.12740>
- López-Jaramillo, A. M., Zúñiga-Denuncio, M. L., Rangel-Gómez, M. G., & Fuentes-Flores, C. M. (2015). Relación entre adherencia a citas médicas de pacientes VIH+ y la accesibilidad geográfica a servicios de salud entre quienes acuden al CAPASITS de Tijuana. *Población y Salud en Mesoamérica*, *12*, 126-141.
- Lovejoy, T. I. (2012). Telephone-delivered motivational interviewing targeting sexual risk behavior reduces depression, anxiety, and stress in HIV-positive older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, *44*(3), 416-421. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9401-6>
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, *31*(4), 318-326.
PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001>
- Mallinson, R. K., Rajabiun, S., & Coleman, S. (2007). The Provider Role in Client Engagement in HIV Care. *AIDS Patient Care and STDs*, *21*(s1), S-77.
<https://doi.org/10.1089/apc.2007.9984>

- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, *20*(1), 54-60. PubMed. <https://doi.org/10.1136/emj.20.1.54>
- Mao, Y., Li, X., Qiao, S., Zhao, Q., Zhou, Y., & Shen, Z. (2018). Social support, stigma, and HIV disclosure among parents living with HIV in Guangxi, China. *AIDS Care*, *30*(2), 168-172. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1387639>
- Marcellin, F., Boyer, S., Protopopescu, C., Dia, A., Ongolo-Zogo, P., Koulla-Shiro, S., & Carrieri, M. P. (2008). Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Yaoundé, Cameroon (EVAL survey, ANRS 12-116). *Tropical Medicine and International Health*, *13*(12), 9.
- Martínez Basurto, A. E., Sánchez Román, S., Aguilar Villalobos, E. J., Rodríguez Pérez, V., & Riveros Rosas, A. (2014). Adaptación y validación del cuestionario MOS de apoyo social en pacientes mexicanos VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, *4*(2), 93-101.
- Maskew, M., MacPhail, P., Menezes, C., & Rubel, D. (2007). Lost to follow up: Contributing factors and challenges in South African patients on antiretroviral therapy. *S Afr Med J*, *97*(9), 853-857.
- Mayston, R., Kinyanda, E., Chishinga, N., Prince, M., & Patel, V. (2012a). *Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: A systematic review*. 19.
- Mayston, R., Kinyanda, E., Chishinga, N., Prince, M., & Patel, V. (2012b). Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: A systematic review. *AIDS*, *26*, S117-S135. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835bde0f>

- McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., Chua, S. E., & Wong, J. G. (2007). Immediate and Sustained Psychological Impact of an Emerging Infectious Disease Outbreak on Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(4), 241-247. <https://doi.org/10.1177/070674370705200406>
- McLinden, T., Stover, S., & Hogg, R. S. (2020). HIV and Food Insecurity: A Syndemic Amid the COVID-19 Pandemic. *AIDS and Behavior, 24*(10), 2766-2769. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02904-3>
- Mehta, K. G., Baxi, R., Patel, S., & Parmar, M. (2016). Drug adherence rate and loss to follow-up among people living with HIV/AIDS attending an ART Centre in a Tertiary Government Hospital in Western India. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 5*(2), 266-269. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192325>
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas* (Paidós).
- Moctezuma Navarro, D., Narro Robles, J., & Orozco Hernández, L. (2014). La mujer en México: Inequidad, pobreza y violencia. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, 59*(220), 117-146.
- Mohammed, A. H., Blebil, A., Dujaili, J., & Rasool-Hassan, B. A. (2020). The Risk and Impact of COVID-19 Pandemic on Immunosuppressed Patients: Cancer, HIV, and Solid Organ Transplant Recipients. *AIDS Reviews, 22*(3), 151-157. <https://doi.org/10.24875/AIDSRev.20000052>
- Moitra, E., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care, 23*(12), 1660-1667. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.579945>

- Molina-Vélez, D., Montes-Alvarado, J., García-Fuentes, N. B., Hernández-Ávila, J. E., Carrillo-Quiroz, B. A., & Palacio-Mejía, L. S. (2018). Evaluación del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) en el estado de Morelos, México. *Salud Pública de México*, *60*, 491-492.
- Molla, A. A., Gelagay, A. A., Mekonnen, H. S., & Teshome, D. F. (2018). Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among HIV positive adults attending care and treatment in University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Infectious Diseases*, *18*(1), 266. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3176-8>
- Mugavero, M. J., Davila, J. A., Nevin, C. R., & Giordano, T. P. (2010). From Access to Engagement: Measuring Retention in Outpatient HIV Clinical Care. *AIDS Patient Care and STDs*, *24*(10), 607-613. <https://doi.org/10.1089/apc.2010.0086>
- Munson, A. J., Davis, D. A., & Barrington, C. (2021). 'There are no other options for us because of who we are': Employment and retention in care among gay and bisexual men and transgender women living with HIV in Guatemala. *Culture, Health & Sexuality*, *23*(5), 608-623. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1718212>
- Naar-King, S., Parsons, J. T., & Johnson, A. M. (2012). Motivational Interviewing Targeting Risk Reduction for People with HIV: A Systematic Review. *Current HIV/AIDS Reports*, *9*(4), 335-343. <https://doi.org/10.1007/s11904-012-0132-x>
- Naar-King, S., & Safren, S. A. (2017). *Motivational Interviewing and CBT Combining Strategies for Maximum Effectiveness*. Guilford Press.
- Nakimuli-Mpungu, E., Bass, J. K., Alexandre, P., Mills, E. J., Musisi, S., Ram, M., Katabira, E., & Nachega, J. B. (2012). Depression, Alcohol Use and Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, *16*(8), 2101-2118. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0087-8>

- Nakiwogga-Muwanga, A., Alamo-Talisuna, S., Musaazi, J., Kambugu, A., Ssekawungu, P., Katabira, E., & Colebunders, R. (2014). Inadequate Monitoring in Advanced Stages of Disease with Lack of Supportive Counseling Increases Attrition among Patients on Antiretroviral Treatment at a Large Urban Clinic in Uganda. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 13(6), 547-554.
<https://doi.org/10.1177/2325957413501719>
- Noguera-Orozco, M. J., Fresán-Orellana, A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Sosa, J. J., Sierra-Madero, J. G., & Robles-García, R. (2016). Escala de apreciación cognitiva del VIH/SIDA: adaptación y evaluación psicométrica en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 7.
- Nordentoft, P. B., Engell-Sørensen, T., Jespersen, S., Correia, F. G., Medina, C., da Silva Té, D., Østergaard, L., Laursen, A. L., Wejse, C., Hønge, B. L., & Bissau HIV Cohort study group. (2017). Assessing factors for loss to follow-up of HIV infected patients in Guinea-Bissau. *Infection*, 45(2), 187-197. <https://doi.org/10.1007/s15010-016-0949-0>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Nyoni, T., & Okumu, M. (2020). COVID-19-Compliant Strategies for Supporting Treatment Adherence Among People Living with HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS and Behavior*, 24(9), 2473-2476. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02888-0>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Experiencias exitosas en el manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. OPS.
- Overstreet, N. M., Earnshaw, V. A., Kalichman, S. C., & Quinn, D. M. (2013). Internalized stigma and HIV status disclosure among HIV-positive black men who have sex with men. *AIDS Care*, 25(4), 466-471. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.720362>

- Pakenham, K., & Rinaldis, M. (2002). Development of the HIV/AIDS stress scale. *Psychology & Health, 17*. <https://doi.org/10.1080/08870440290013680>
- Palar, K. (2018). Food Insecurity, Internalized Stigma, and Depressive Symptoms Among Women Living with HIV in the United States. *AIDS and Behavior, 10*.
- Park, L. S., Rentsch, C. T., Sigel, K., Rodriguez-Barradas, M., & Brown, S. T. (2020). *COVID-19 in the largest US HIV cohort*. 23rd International AIDS Conference, Virtual. https://www.natap.org/2020/IAC/IAC_115.htm#:~:text=Over%20a%2078-day%20period,CI%3A%200.85-1.26
- Pellowski, J. A., Price, D. M., Allen, A. M., Eaton, L. A., & Kalichman, S. C. (2017). The differences between medical trust and mistrust and their respective influences on medication beliefs and ART adherence among African-Americans living with HIV. *Psychology & Health, 32*(9), 1127-1139. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1324969>
- Piette, J. D., Heisler, M., Krein, S., & Kerr, E. A. (2005). The Role of Patient-Physician Trust in Moderating Medication Nonadherence Due to Cost Pressures. *JAMA Internal Medicine, 165*(15), 1749-1755. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.15.1749>
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly, 21*(4), 471-486.
- Raberahona, M., Lidamahasolo, Z., Andriamamonjisoa, J., Andriananja, V., Andrianasolo, R. L., Rakotoarivelo, R. A., & Randria, M. J. de D. (2019). Knowledge, attitudes, perception and practices regarding antiretroviral therapy among HIV-infected adults in Antananarivo, Madagascar: A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research, 19*(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4173-3>

- Rachlis, B., Cole, D. C., van Lettow, M., & Escobar, M. (2016). Survival functions for defining a clinical management Lost To Follow-Up (LTFU) cut-off in Antiretroviral Therapy (ART) program in Zomba, Malawi. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *16*, 52-52. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0290-7>
- Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Simoni, J. M., Kitahata, M. M., & Crane, H. M. (2012). A Structural Equation Model of HIV-Related Stigma, Depressive Symptoms, and Medication Adherence. *AIDS and Behavior*, *16*(3), 711-716. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9915-0>
- Rao, Kekwaletswe, T. C., Hosek, S., Martinez, J., & Rodriguez, F. (2007). Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*, *19*(1), 28-33. <https://doi.org/10.1080/09540120600652303>
- Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Skeer, M., Perkovich, B., Johnson, C. V., & Safren, S. A. (2009). A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. *Topics in HIV Medicine : A Publication of the International AIDS Society, USA*, *17*(1), 14-25. PubMed.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, *30*(3), 143-148. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2)
- Reyes Lagunes, I., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En *Psicología Social en México XII* (p. 9).
- Rice, W. S., Crockett, K. B., Mugavero, M. J., Raper, J. L., Atkins, G. C., & Turan, B. (2017). Association Between Internalized HIV-Related Stigma and HIV Care Visit Adherence: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *76*(5), 482-487. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001543>

- Ridgway, J. P., Schmitt, J., Friedman, E., Taylor, M., Devlin, S., McNulty, M., & Pitrak, D. (2020). HIV Care Continuum and COVID-19 Outcomes Among People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic, Chicago, IL. *AIDS and Behavior*, *24*(10), 2770-2772. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02905-2>
- Robles-García, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista mexicana de Psicología*, *18*(2), 211-218.
- Roca, X., Tejero, A., Trujols, J., Soler, Q., Cid, J., Campins, M. J., & Pinet, C. (1999). Variables psicológicas y seropositividad al VIH: Aplicación de la medicina conductual en el análisis empírico de una interrelación. *Adicciones*, *11*(4), 323. <https://doi.org/10.20882/adicciones.611>
- Rockwell, K. L., & Gilroy, A. S. (2020). Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *The American Journal of Managed Care*, *26*(4), 147-148. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42784>
- Rojas, A. C. N., & Tobón, S. (2006). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutico en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, *13*, 12.
- Rollnick, S., Miller, W., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care*. Guilford.
- Rouhani, S. A., O'Laughlin, K. N., Faustin, Z. M., Tsai, A. C., Kasozi, J., & Ware, N. C. (2017). The role of social support on HIV testing and treatment adherence: A qualitative study of HIV-infected refugees in southwestern Uganda. *Global Public Health*, *12*(8), 1051-1064. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1132472>
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, *368*, m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>

- Santamaria, C. L., & Uribe, A. F. (2017). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH+ y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *I+D REVISTA DE INVESTIGACIONES*, *10*(2), 89-101. <https://doi.org/10.33304/revinv.v10n2-2017008>
- Santos, G.-M., Ackerman, B., Rao, A., Wallach, S., Ayala, G., Lamontage, E., Garner, A., Holloway, I. W., Arreola, S., Silenzio, V., Strömdahl, S., Yu, L., Strong, C., Adamson, T., Yakusik, A., Doan, T. T., Huang, P., Cerasuolo, D., Bishop, A., ... Howell, S. (2021). Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, *25*(2), 311-321. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02969-0>
- Secretaria de Salud. (2010). *Reglamento interior de la secretaria de salud. Art.46*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/ARTICULO46_REG_INT_vigente2014.pdf
- Secretaria de Salud. (2020). *Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH. Informe histórico VIH 3er trimestre 2020*.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., & Sosa-Manzano, C. L. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: Magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, *47*. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* (1982), *32*(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Shiau, S., Krause, K. D., Valera, P., Swaminathan, S., & Halkitis, P. N. (2020). The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective. *AIDS and Behavior*, *24*(8), 2244-2249. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9>

- Shubber, Z., Mills, E. J., Nachega, J. B., Vreeman, R., Freitas, M., Bock, P., Nsanzimana, S., Penazzato, M., Appolo, T., Doherty, M., & Ford, N. (2016). Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, *13*(11), e1002183. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002183>
- Simoni, J. M., Frick, P. A., & Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *25*(1), 74-81. PubMed. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.74>
- Skarbinski, J., Rosenberg, E., Paz-Bailey, G., Hall, H. I., Rose, C. E., Viall, A. H., Fagan, J. L., Lansky, A., & Mermin, J. H. (2015). Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. *JAMA Internal Medicine*, *175*(4), 588-596. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8180>
- Soler Claudín, C. (2009). Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: Resultados a seis años. *Salud Pública de México*, *51*(1). <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000100007>
- Stricker, S. M., Fox, K. A., Baggaley, R., Negussie, E., de Pee, S., Grede, N., & Bloem, M. W. (2014). Retention in care and adherence to ART are critical elements of HIV care interventions. *AIDS and Behavior*, *18 Suppl 5*, S465-475. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0598-6>
- Sullivan, L. E., Goulet, J. L., Justice, A. C., & Fiellin, D. A. (2011). Alcohol consumption and depressive symptoms over time: A longitudinal study of patients with and without HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, *117*(2-3), 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.01.014>

- Sweeney, S. M., & Venable, P. A. (2016). The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS and Behavior, 20*(1), 29-50. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1>
- Támara-Ramírez, J. R., Álvarez, C. A., & Rodríguez, J. (2016). Pérdida de seguimiento y factores asociados en pacientes inscritos en el programa de HIV/sida del Hospital Universitario San Ignacio, Colombia, 2012-2013. *Biomédica, 36*(2), 265. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2939>
- Teeter, B. S., & Kavookjian, J. (2014). Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: A systematic review. *Translational Behavioral Medicine, 4*(4), 372-381. <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0270-3>
- Tesoriero, J. M., Swain, C.-A. E., Pierce, J. L., Zamboni, L., Wu, M., Holtgrave, D. R., Gonzalez, C. J., Udo, T., Morne, J. E., Hart-Malloy, R., Rajulu, D. T., Leung, S.-Y. J., & Rosenberg, E. S. (2021). COVID-19 Outcomes Among Persons Living With or Without Diagnosed HIV Infection in New York State. *JAMA Network Open, 4*(2), e2037069-e2037069. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37069>
- Teva, I., Paz Bermúdez, M. de la, Hernández-Quero, J., Buéla-Casal, G., Teva, I., Paz Bermúdez, M. de la, Hernández-Quero, J., & Buéla-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud mental, 28*(5), 40-49.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Medical care, 37*(5), 510-517.
- Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera Rey, G., Martínez Velez, N. A., Carreno García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking,

- and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, 28(1), 19-27. <https://doi.org/10.20882/adicciones.786>
- Tobón, S. (2003). *Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida*. 13, 14.
- Torres, J. M. R. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 25-31.
- Traeger, L., O'Cleirigh, C., Skeer, M. R., Mayer, K. H., & Safren, S. A. (2012). Risk factors for missed HIV primary care visits among men who have sex with men. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 548-556. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9383-z>
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Research*, 289, 113098. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- Turan, B., Smith, W., Cohen, M. H., Wilson, T. E., Adimora, A. A., Wentz, E. L., Foster, A. G., Metsch, L., Tien, P. C., & Weiser, S. D. (2016). Mechanisms for the Negative Effects of Internalized HIV-Related Stigma on Antiretroviral Therapy Adherence in Women: The Mediating Roles of Social Isolation and Depression. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72(2), 8.

Udeagu, C.-C. N., Webster, T. R., Bocour, A., Michel, P., & Shepard, C. W. (2013). Lost or just not following up: Public health effort to re-engage HIV-infected persons lost to follow-up into HIV medical care. *AIDS (London, England)*, *27*(14), 2271-2279.

<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328362fdde>

UNAIDS. (2015). *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida.*

Vagenas, P., Azar, M. M., Copenhaver, M. M., Springer, S. A., Molina, P. E., & Altice, F. L.

(2016). *The Impact of Alcohol Use and Related Disorders on the HIV Continuum of Care: A Systematic Review: 25.*

Valle-Soto, H., Robles-Montijo, S., Wiebe, J. S., & Sánchez-Sosa, J. J. (2019). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: Efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*, *29*(1), 139-153. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2575>

Valverde, E., Rodriguez, A., White, B., Guo, Y., & Waldrop-Valverde, D. (2019). *Understanding the Association of Internalized HIV Stigma with Retention in HIV Care.* 15.

Verma, D., & Chhonkar, S. (2020). *An assessment of mental health and its associated factors in Indian population during COVID-19 crisis: A cross sectional study.*

<https://doi.org/10.2196/preprints.22123>

Vervoort, S. C. J. M., Grypdonck, M. H. F., de Grauwe, A., Hoepelman, A. I. M., & Borleffs, J. C.

C. (2009). Adherence to HAART: Processes explaining adherence behavior in acceptors and non-acceptors. *AIDS Care*, *21*(4), 431-438.

<https://doi.org/10.1080/09540120802290381>

Vibha, Prabhu, A. N., Kamath, G. B., & Pai, D. V. (2020). Keeping the country positive during the COVID 19 pandemic: Evidence from India. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, 102118.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102118>

- Wang, R., Pan, M., Zhang, X., Han, M., Fan, X., Zhao, F., Miao, M., Xu, J., Guan, M., Deng, X., Chen, X., & Shen, L. (2020). Epidemiological and clinical features of 125 Hospitalized Patients with COVID-19 in Fuyang, Anhui, China. *International Journal of Infectious Diseases : IJID : Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 95, 421-428. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.070>
- Weiss, L., French, T., Finkelstein, R., Waters, M., Mukherjee, R., & Agins, B. (2003). HIV-related knowledge and adherence to HAART. *AIDS Care*, 15(5), 673-679. <https://doi.org/10.1080/09540120310001595159>
- Westergaard, R. P., Hess, T., Astemborski, J., Mehta, S. H., & Kirk, G. D. (2013). Longitudinal changes in engagement in care and viral suppression for HIV-infected injection drug users. *AIDS (London, England)*, 27(16), 2559-2566. PubMed. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328363bff2>
- WHO. (2021a, abril 21). *COVID-19 vaccines*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>
- WHO. (2021b, abril 21). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- Williams, E. C., Hahn, J. A., Saitz, R., Bryant, K., Lira, M. C., & Samet, J. H. (2017). *Alcohol Use and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Current Knowledge, Implications, and Future Directions*. 29.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
- Wohl, A. R., Galvan, F. H., Myers, H. F., Garland, W., George, S., Witt, M., Cadden, J., Operskalski, E., Jordan, W., Carpio, F., & Lee, M. L. (2011). Do Social Support, Stress,

- Disclosure and Stigma Influence Retention in HIV Care for Latino and African American Men Who Have Sex with Men and Women? *AIDS and Behavior*, 15(6), 1098-1110.
<https://doi.org/10.1007/s10461-010-9833-6>
- Wolitski, R. J., Pals, S. L., Kidder, D. P., Courtenay-Quirk, C., & Holtgrave, D. R. (2009). The Effects of HIV Stigma on Health, Disclosure of HIV Status, and Risk Behavior of Homeless and Unstably Housed Persons Living with HIV. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1222-1232. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9455-4>
- Wootton, A. R., McCuistian, C., Legnitto Packard, D. A., Gruber, V. A., & Saberi, P. (2020). Overcoming Technological Challenges: Lessons Learned from a Telehealth Counseling Study. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 26(10), 1278-1283. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0191>
- World Health Organization. (2011). *Retention in HIV Programmes: Defining the challenges and identifying solutions (Meeting report)*.
- World Health Organization. (2018). *HIV/AIDS*. <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
- World Health Organization. (2021). *La OMS y el Fondo Mundial advierten de que las desigualdades frenan los avances para poner fin al sida, la tuberculosis y la malaria*. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2021-who-and-global-fund-warn-inequalities-block-progress-towards-ending-aids-tb-and-malaria>
- Yang, Z., Huang, X., Liu, X., Hou, J., Wu, W., Song, A., Meyers, K., Zhang, T., Chen, H., & Wu, H. (2019). Psychometric Properties and Factor Structure of the Chinese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in People Living With HIV. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 346. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00346>

Yehia, B. R., Stewart, L., Momplaisir, F., Mody, A., Holtzman, C. W., Jacobs, L. M., Hines, J., Mounzer, K., Glanz, K., Metlay, J. P., & Shea, J. A. (2015). Barriers and facilitators to patient retention in HIV care. *BMC Infectious Diseases*, *15*(1), 246.
<https://doi.org/10.1186/s12879-015-0990-0>

Yu, Y., Luo, D., Chen, X., Huang, Z., Wang, M., & Xiao, S. (2018). Medication adherence to antiretroviral therapy among newly treated people living with HIV. *BMC Public Health*, *18*(1), 825. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5731-z>

Zhao, Q., Meng, M., Kumar, R., Wu, Y., Huang, J., Lian, N., Deng, Y., & Lin, S. (2020). The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, *92*(10), 1915-1921.
<https://doi.org/10.1002/jmv.25889>

Anexo 1: Entrevista protocolo C02-20 Pérdida de seguimiento

Fecha: ____ / ____ / ____ PS (TAR) (TM) (AMBOS) En seguimiento () Folio: _____

Expediente INER: _____ ID LDV _____ ID Salvar _____

Nombres(s)	Apellido paterno	Apellido Materno

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad (años cumplidos):	Género: () Masculino () Femenino () Transgénero
Escolaridad: () No sabe leer ni escribir () No escolarizado, sabe leer y escribir () Primaria () Secundaria () Preparatoria/Carrera Técnica () Licenciatura () Posgrado	Estado civil: () Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Separado/Divorciado () Viudo/a	

VARIABLES CLÍNICAS

Fecha del diagnóstico: ____ / ____ / ____ Meses: ____ Fecha pérdida: ____ / ____ / ____ Meses: ____ Duración: ____

Fecha último estudio LDV: ____ / ____ / ____ Carga viral: _____ Células T-CD4: _____

¿Tuvo efectos adversos por tomar el tratamiento antirretroviral actual / que tomaba cuando se perdió del seguimiento?:

() Sí () No ¿Cuántos?: _____

VARIABLES CONTEXTUALES

Nivel socioeconómico: () 1x () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 Distancia a la clínica: _____ km Tiempo traslado: _____ min

Dirección: _____ n°: _____ Colonia: _____

Delegación: _____ Estado: _____ C.P: _____

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN

¿Su médico es el mismo en cada consulta?: () Sí () No Puntuación escala confianza en el médico: _____ (7-35)

VARIABLES CONDUCTUALES

Cuándo abandonó el seguimiento (si lo abandonó), había revelado su diagnóstico a alguien?: () Sí () No

¿A quién/es le/les ha/había revelado su diagnóstico?: () Pareja () Familia () Amigos () Otros

¿Ha abandonado el seguimiento médico en otras ocasiones?: () Sí () No ¿Cuántas veces?: _____

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Ansiedad	Mínima (0-9)	Leve (10-16)	Moderada (19-29)	Severa (30-63)
Depresión	Mínima (0-5)	Leve (6-15)	Moderada (16-30)	Severa (31-63)

Uso de sustancias	Riesgo Bajo		Riesgo Moderado		Riesgo Alto	
Alcohol	0-10	11-26	27+			
Otras sustancias						
	0-3	4-26	27+			
	0-3	4-26	27+			
	0-3	4-26	27+			

Estigma	F1. Estigma personalizado	F2. Preocupaciones asociadas a la revelación	F3. Autoimagen negativa	F4. Preocupaciones acerca de las actitudes de la gente acerca del VIH	T _____ x100/80=	_____
					F1 _____ x100/16=	_____
					F2 _____ x100/20=	_____
					F3 _____ x100/24=	_____
					F4 _____ x100/20=	_____

CC-VIH	Correctas		%	Incorrectas		%	No sé		%
---------------	-----------	--	---	-------------	--	---	-------	--	---

Apoyo social	F1. Emocional/Informativo (12-60)	F2. Tangible (4-20)
---------------------	-----------------------------------	---------------------

Creencias sobre TAR	F1. Necesidad (5-25)
----------------------------	----------------------

Evaluación cognitiva	F1. Amenaza (5-30)	F2. Desafío (3-15)	F3. Control (2-10)
-----------------------------	--------------------	--------------------	--------------------

¿Cuántas dosis toma al día?: _____ ¿Cuántas dosis ha dejado de tomar el último mes (30 días)?: _____ %: _____

¿Cuáles son los motivos por los que dejó de asistir a su cita? / ¿Cuáles son los motivos por los que mantiene un adecuado seguimiento médico?:

¿Qué impacto ha tenido la pandemia en su seguimiento médico? ¿Este ha sido más fácil, más difícil o se ha mantenido sin cambios?:

Categorías PS:

Sociales	Económicos	Barreras estructurales	Dificultad de transporte	
	Violencia		Distancia a la clínica	
	Estigma y discriminación		Trabajo/Estudios	
	Revelación del diagnóstico		Salud	Mejora de la salud
	Falta apoyo social			Problemas de salud
Servicios de salud	Descontento con los servicios/tiempos de espera	Psicológicos / Creencias:	Emocionales	
	Trámites		Uso de sustancias	
	Relación con el médico		No creer que el VIH exista	
Otros	Olvido de cita	Falta de información	Sobre VIH	
	Otro/os:		Sobre TAR	
			Sobre procedimiento de atención	

Categorías continuar el seguimiento:

Sociales	Por cuidar hija/o/as/os	Salud	Tener buena salud
	Por la pareja		Evitar enfermedades
	Por la familia		No desarrollar sida
	Poder tener una vida normal		No tener sida de nuevo
Servicios de salud	Para evitar ser regañado por el médico	Otros	No querer morir
	Para no dejar de recibir el TAR		Ser capaz de trabajar/estudiar
	Por haber recibido un buen trato del médico		Otro/s:
	Para seguir atendándose en el CIENI		

Anexo 2: Escala de confianza en el médico

En la siguiente tabla se presentan varias frases que hacen referencia a su infectólogo. Por favor, indique marcando en la casilla correspondiente qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con lo que dice cada una de estas frases. Las respuestas van desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 _(F1) . Mi médico normalmente considera mis necesidades y las pone en primer lugar	1	2	3	4	5
2 _(F1) . Confío tanto en mi médico que siempre trato de seguir sus recomendaciones	1	2	3	4	5
3 _(F1) . Si mi médico me dice que algo es de una manera, debe de ser verdad	1	2	3	4	5
4 _(F1) . Confío en el juicio de mi médico acerca de mi atención médica	1	2	3	4	5
5 _(F1) . Confío en que mi médico pone mis necesidades médicas sobre otras consideraciones cuando trata mis problemas médicos	1	2	3	4	5
6 _(F1) . Mi médico es un verdadero/a experto/a en tratar problemas médicos como el mío	1	2	3	4	5
7 _(F1) . Confío en que mi médico me diga si se cometió un error en mi tratamiento	1	2	3	4	5
	+	+	+	+	
Total					

Anexo 3: Inventario de ansiedad de Beck

Abajo se muestra una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
Entumecimiento, hormigueo	0	1	2	3
Sentir oleadas de calor (bochorno)	0	1	2	3
Debilitamiento de las piernas	0	1	2	3
Dificultad para relajarse	0	1	2	3
Miedo a que pase lo peor	0	1	2	3
Sensación de mareo	0	1	2	3
Opresión en el pecho o latidos acelerados	0	1	2	3
Inseguridad	0	1	2	3
Terror	0	1	2	3
Nerviosismo	0	1	2	3
Sensación de ahogo	0	1	2	3
Manos temblorosas	0	1	2	3
Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
Miedo a perder el control	0	1	2	3
Dificultad para respirar	0	1	2	3
Miedo a morir	0	1	2	3
Asustado	0	1	2	3
Indigestión o malestar estomacal	0	1	2	3
Debilidad	0	1	2	3
Ruborizarse o sonrojarse	0	1	2	3
Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3
	+	+	+	
Total				

Anexo 4: Inventario de depresión de Beck – II

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentre junto al enunciado que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

- | | | |
|------|---|---|
| 1.- | 0 | No me siento triste. |
| | 1 | Me siento triste. |
| | 2 | Me siento triste todo el tiempo. |
| | 3 | Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo. |
| 2.- | 0 | No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro. |
| | 1 | Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro. |
| | 2 | No espero que las cosas me resulten bien. |
| | 3 | Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando. |
| 3.- | 0 | No me siento como un fracasado. |
| | 1 | Siento que he fracasado más de lo que debería. |
| | 2 | Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos. |
| | 3 | Siento que como persona soy un fracaso total. |
| 4.- | 0 | Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan. |
| | 1 | No disfruto tanto de las cosas como antes. |
| | 2 | Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. |
| | 3 | Estoy insatisfecho y molesto con todo. |
| 5.- | 0 | No me siento particularmente culpable. |
| | 1 | Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer. |
| | 2 | Me siento bastante culpable casi todo el tiempo. |
| | 3 | Me siento culpable todo el tiempo. |
| 6.- | 0 | No siento que esté siendo castigado. |
| | 1 | Siento que tal vez seré castigado. |
| | 2 | Espero ser castigado. |
| | 3 | Siento que estoy siendo castigado. |
| 7.- | 0 | Me siento igual que siempre acerca de mi mismo. |
| | 1 | He perdido confianza en mi mismo. |
| | 2 | Estoy desilusionado de mi. |
| | 3 | No me agrado. |
| 8.- | 0 | No me critico ni me culpo más de lo usual. |
| | 1 | Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser. |
| | 2 | Me critico por todas mis fallas y errores. |
| | 3 | Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| 9.- | 0 | No tengo ningún pensamiento acerca de matarme. |
| | 1 | Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo. |
| | 2 | Me gustaría matarme. |
| | 3 | Me mataría si tuviera la oportunidad. |
| 10.- | 0 | No lloro más de lo usual. |
| | 1 | Ahora lloro más que antes. |
| | 2 | Ahora lloro por cualquier cosa. |
| | 3 | Siento ganas de llorar pero no puedo. |
| 11.- | 0 | No me siento más tenso que lo usual. |
| | 1 | Me siento más inquieto o tenso que lo usual. |

	2	Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.
	3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.
12.-	0	No he perdido interés en otras personas o actividades.
	1	Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades.
	2	He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.
	3	Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
13.-	0	Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.
	1	Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.
	2	Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.
	3	Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.
14.-	0	No me siento devaluado.
	1	No me siento tan valioso o útil como antes.
	2	Me siento menos valioso comparado con otros.
	3	Me siento francamente devaluado.
15.-	0	Tengo tanta energía como siempre.
	1	Tengo menos energía de la que solía tener.
	2	No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
	3	No tengo suficiente energía para hacer nada.
16.-	0	No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
	1a	Duermo más de lo usual.
	1b	Duermo menos de lo usual.
	2a	Duermo mucho más de lo usual.
	2b	Duermo mucho menos de lo usual.
	3a	Duermo la mayor parte del día.
	3b	Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.
17.-	0	No estoy más irritable de lo usual.
	1	Estoy más irritable de lo usual.
	2	Estoy mucho más irritable de lo usual.
	3	Estoy irritable todo el tiempo.
18.-	0	No he sentido ningún cambio en mi apetito.
	1a	Mi apetito es menor que lo usual.
	1b	Mi apetito es mayor que lo usual.
	2a	Mi apetito es mucho menor que antes.
	2b	Mi apetito es mucho mayor que antes.
	3a	No tengo nada de apetito.
	3b	Tengo ganas de comer todo el tiempo.
19.-	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
	1	No puedo concentrarme tan bien como siempre.
	2	Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.
	3	No puedo concentrarme en nada.
20.-	0	No estoy más cansado o fatigado que lo usual.
	1	Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
	2	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.
	3	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.
21.-	0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.
	1	Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.
	2	Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.
	3	He perdido completamente el interés en el sexo.

Total _____

Anexo 5: Cuestionario de uso de sustancias OMS - ASSIST

Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo.

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas	0	3
f. Inhalables	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros – especifique:	0	3

2. ¿Con qué frecuencia ha consumido... (las sustancias que mencionó) en los últimos tres meses, (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en P1)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros – especifique:	0	2	3	4	6

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en P2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros – especifique:	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en P2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros – especifique:	0	4	5	6	7

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería de haber hecho debido a su consumo de (primera droga, segunda droga, etc)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros – especifique:	0	4	5	6	7

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (primera droga, segunda droga, etc)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros – especifique:	0	6	3

7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, etc) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros – especifique:	0	6	3

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
8. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna droga? (ÚNICAMENTE PARA USO NO MÉDICO)	0	2	1

Anexo 6: Escala de estigma asociado al VIH

En la siguiente tabla se presentan varias frases que hacen referencia a situaciones que ha podido vivir debido a su diagnóstico de VIH. Por favor, indique marcando la casilla correspondiente qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con lo que dice cada una de estas frases. Las respuestas van desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 _(F3) . Me siento culpable porque tengo VIH	1	2	3	4
2 _(F2) . Decirle a alguien que tengo VIH es arriesgado	1	2	3	4
3 _(F2) . Me esfuerzo por mantener en secreto que tengo VIH	1	2	3	4
4 _(F3) . Siento que no soy tan bueno como los demás porque tengo VIH	1	2	3	4
5 _(F4) . Las personas con VIH son tratadas como rechazados	1	2	3	4
6 _(F4) . La mayoría de las personas creen que una persona que tiene VIH es sucia	1	2	3	4
7 _(F3) . Tener VIH hace que me sienta sucio	1	2	3	4
8 _(F1) . Me siento apartado, aislado del resto del mundo por tener VIH	1	2	3	4
9 _(F4) . La mayoría de las personas piensan que una persona con VIH es repugnante	1	2	3	4
10 _(F3) . Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona	1	2	3	4
11 _(F4) . La mayoría de las personas con VIH son rechazadas cuando otras personas se enteran de su enfermedad	1	2	3	4
12 _(F2) . Soy muy cuidadoso(a) con quien comparto que tengo VIH	1	2	3	4
13 _(F1) . Algunas personas que saben que tengo VIH se han vuelto más distantes	1	2	3	4
14 _(F4) . La mayoría de las personas se sienten incomodas cuando están con alguien que tiene VIH	1	2	3	4
15 _(F2) . Me preocupa que la gente pueda juzgarme cuando se entere de que tengo VIH	1	2	3	4
16 _(F3) . Tener VIH en mi cuerpo me resulta repugnante	1	2	3	4
17 _(F2) . Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH se lo digan a otros	1	2	3	4
18 _(F1) . Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo VIH	1	2	3	4
19 _(F1) . Normalmente, decirles a otros que tengo VIH ha sido un error	1	2	3	4
20 _(F1) . Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH	1	2	3	4
		+	+	+
F1:	F2:	F3:	F4:	Total

Anexo 7: Cuestionario de conocimiento CC-VIH

Este cuestionario tiene la finalidad de saber con cuánta información cuentan los usuarios sobre el VIH/sida y el tratamiento antirretroviral. A continuación, encontrará un listado de preguntas de opción múltiple y preguntas para completar espacios, por favor seleccione el inciso que responde o completa adecuadamente cada pregunta marcándola con una **X**. Si no conoce la respuesta de alguna pregunta seleccione la opción "d)" (no sé) y siga adelante con el cuestionario. *(Los reactivos con * fueron eliminados)*

***1. El momento más adecuado para iniciar el tratamiento antirretroviral es:**

- a) cuando la persona tiene menos de 200 células T CD4
- b) cuando existen enfermedades oportunistas
- c) lo antes posible, después del diagnóstico de VIH
- d) no sé

***2. Una persona que vive con VIH, que además adquiere infecciones de transmisión sexual, como hepatitis B o hepatitis C puede aumentar el:**

- a) riesgo de resistencia al tratamiento antirretroviral
- b) avance de la infección por VIH y sus complicaciones
- c) riesgo de tener infecciones oportunistas asociadas al VIH
- d) no sé

3. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Generalmente, en una persona que vive con VIH, salvo en algunas excepciones, cuanto más alta es la cantidad de _____, menor es la cantidad de _____:

- a) carga viral - células T CD4
- b) células T CD4 - defensas
- c) plaquetas - células T CD4
- d) no sé

***4. Una forma efectiva de prevenir la superinfección, así como la adquisición de otras infecciones de transmisión sexual, es:**

- a) usar condón en todas las relaciones sexuales
- b) tener relaciones sexuales con personas conocidas
- c) tener una sola pareja sexual estable
- d) no sé

***5. ¿Qué estudios de seguimiento debe hacerse regularmente una persona que vive con VIH para monitorear la infección por VIH?:**

- a) Hepatitis B, sífilis y gonorrea
- b) Carga viral, hepatitis C y B
- c) Carga viral y conteo de células T CD4
- d) No sé

***6. Las personas que viven con VIH deberían evitar tomar alcohol o tomarlo moderadamente porque puede aumentar:**

- a) el tiempo que dura la resaca (cruda)
- b) las conductas sexuales de riesgo
- c) la dependencia al alcohol
- d) no sé

***7. Aunque una persona tenga carga viral indetectable y la infección esté controlada, el VIH permanece dentro de las células y tejidos, así que la persona:**

- a) debe tomar el tratamiento antirretroviral indefinidamente
- b) puede dejar por completo el tratamiento antirretroviral
- c) puede suspender el tratamiento antirretroviral y retomarlo después
- d) no sé

***8. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) ocurre cuando una persona que vive con VIH tiene:**

- a) síntomas parecidos a la gripa o influenza, porque acaba de adquirir la infección por VIH
- b) infecciones oportunista o un sistema de defensas muy debilitado (200 T CD4 o menos)
- c) problemas de salud que ya no son tratables, porque llegó a la fase terminal de la infección por VIH
- d) no sé

9. Algunas consecuencias posibles de la superinfección por VIH son aumentar el riesgo de:

- a) toxicidad del tratamiento antirretroviral y aumentar la frecuencia de las revisiones médicas durante el año
- b) padecer efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y disminuir el número de células T CD4
- c) crear resistencia al tratamiento antirretroviral, aumentar la carga viral y la probabilidad de avanzar de VIH a SIDA
- d) no sé

***10. ¿Cuáles de las siguientes son formas a través de las que se transmite el VIH?:**

- a) Por contacto sexual sin condón y de una mujer embarazada con VIH a su bebé
- b) Por contacto piel con piel y por intercambio de saliva en los besos
- c) Por compartir rastrillos o cepillos dentales y por usar el mismo baño
- d) no sé

11. De los siguientes tipos de células, ¿cuáles son las que se afectan por el VIH?:

- a) Células T CD4
- b) Células madre
- c) Plaquetas
- d) No sé

***12. Una recomendación para que el tratamiento antirretroviral funcione eficazmente para controlar el VIH es:**

- a) tomar medicamentos naturistas, suplementos o vitaminas que eleven las defensas del cuerpo
- b) evitar auto-meducarse e informar al médico sobre cualquier medicamento o suplemento que piense tomar
- c) tomar suplementos o vitaminas para complementar la alimentación, pero evitar los medicamentos naturistas
- d) no sé

***13. El consumo adecuado del tratamiento antirretroviral puede traer los siguientes beneficios, EXCEPTO:**

- a) erradicar o curar la infección por VIH
- b) evitar las enfermedades oportunistas
- c) controlar el avance del VIH a fase de SIDA
- d) no sé

***14. Si una persona olvida tomar una o más dosis del tratamiento antirretroviral o lo cambia de horario frecuentemente, el tratamiento antirretroviral podría:**

- a) perder su efectividad, lo que limita las opciones de tratamiento en un futuro
- b) funcionar adecuadamente si la persona lo toma en cuanto lo recuerda y asiste a sus citas médicas
- c) mantener su efecto si se acompaña de una buena alimentación, actividad física y control del estrés
- d) no sé

***15. El VIH es una enfermedad que se controla cuando la persona toma adecuadamente el tratamiento antirretroviral, pero puede avanzar cuando:**

- a) se ha adquirido un tipo de VIH muy agresivo
- b) se es diagnosticado en fase de SIDA
- c) se olvida o abandona el tratamiento antirretroviral
- d) no sé

16. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Iniciar el tratamiento antirretroviral tan pronto como se _____ permite _____.

- a) diagnostica el VIH – curar la infección por SIDA
- b) llega a etapa de SIDA – eliminar el virus del VIH
- c) diagnostica el VIH – evitar llegar a la fase de SIDA
- d) no sé

***17. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. La carga viral es el estudio que ayuda a identificar _____, por lo que esta debe ser _____.**

- a) la cantidad de virus en la sangre – indetectable
- b) la cantidad de células T CD4 - lo más alta posible
- c) las defensas en nuestro organismo – detectable
- d) no sé

***18. Un requisito indispensable para que las personas que viven con VIH puedan recuperar y mantener su salud es:**

- a) tomar vitaminas y alejarse permanentemente de posibles focos de infección
- b) realizarse revisiones médicas generales y exámenes de sangre anualmente
- c) apegarse al cien por ciento a su tratamiento antirretroviral sin suspenderlo
- d) no sé

***19. Una persona que vive con VIH que usa condón y lubricantes sexuales consistentemente en sus encuentros sexuales:**

- a) debe además solicitar pruebas para infecciones de transmisión sexual
- b) tiene menor probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual
- c) NO tiene ningún riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual
- d) no sé

***20. Uno de los fluidos por los que se transmite el VIH es:**

- a) saliva
- b) orina
- c) leche materna
- d) no sé

21 Cuando dos diferentes tipos de virus de VIH infectan la misma célula se le llama:

- a) infección por VIH
- b) fase de SIDA
- c) superinfección
- d) no sé

***22. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Si una persona que vive con VIH _____, puede ocasionar que el virus se multiplique y la infección avance.**

- a) falta a sus consultas médicas de infectología
- b) falta a sus estudios de laboratorio
- c) consume mal o NO toma el tratamiento antirretroviral
- d) no sé

***23. El estudio para medir la carga viral en personas que viven con VIH ayuda a evaluar:**

- a) el buen funcionamiento del tratamiento antirretroviral
- b) la cantidad de tratamiento antirretroviral en la sangre
- c) el estado en que se encuentra el sistema de defensas
- d) no sé

***24. En personas que viven con VIH es importante realizar estudios para medir la cantidad de células T CD4, porque estos ayudan a evaluar:**

- a) la cantidad de VIH en sangre y la resistencia al tratamiento antirretroviral
- b) la etapa de la infección por VIH y el estado del sistema de defensas
- c) el nivel de tratamiento antirretroviral en la sangre y la toma adecuada del mismo
- d) no sé

***25. El tratamiento antirretroviral podría suspenderse sólo si:**

- a) hay efectos secundarios intensos y constantes
- b) el médico (infectólogo) así lo indica
- c) la persona alcanza carga viral indetectable
- d) no sé

26. Los efectos secundarios que una persona podría presentar cuando ha tomado el tratamiento antirretroviral durante mucho tiempo pueden ser prevenidos o tratados a tiempo si la persona:

- a) toma el tratamiento antirretroviral con alimentos y se hace exámenes de rutina
- b) suspende temporalmente el tratamiento antirretroviral y mantiene una vida saludable
- c) lleva una dieta saludable, hace ejercicio y se mantiene en seguimiento médico
- d) no sé

27. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Cuando la cantidad de células T CD4 _____, la probabilidad de adquirir otras enfermedades _____:

- a) aumenta - disminuye
- b) aumenta - aumenta
- c) disminuye – disminuye
- d) no sé

***28. Después de muchos años de tomar el tratamiento antirretroviral algunas personas pueden presentar efectos secundarios como:**

- a) pérdida de peso, presión alta, infecciones urinarias frecuentes y problemas en los riñones
- b) problemas en los riñones, hígado y corazón, diabetes o niveles elevados de grasas en sangre

- c) manchas violetas en la piel, resequedad en los ojos, tuberculosis o neumonía
- d) no sé

***29. ¿Qué debe hacer una persona que vive con VIH cuando presenta efectos secundarios asociados al tratamiento antirretroviral?**

- a) Si los efectos son muy intensos debe suspenderlo
- b) NO suspenderlo y asistir al médico lo antes posible
- c) Bajar la dosis o tomarlo un día sí y un día no
- d) No sé

30. Un beneficio de asistir al laboratorio para realizarse los estudios de seguimiento es:

- a) evaluar la eficacia del tratamiento antirretroviral
- b) disminuir la cantidad de virus en sangre
- c) mejorar la relación entre el médico y el paciente
- d) no sé

31. El VIH puede avanzar a etapa de SIDA cuando la persona que vive con VIH tiene una inadecuada:

- a) asistencia a citas médicas y exámenes de laboratorio
- b) alimentación y lleva una vida bastante sedentaria
- c) toma del tratamiento antirretroviral o deja de tomarlo
- d) no sé

***32. El tratamiento antirretroviral es la combinación de varios medicamentos que se usan para:**

- a) erradicar el VIH y curar el SIDA
- b) disminuir los síntomas del VIH
- c) controlar el avance de la infección por VIH
- d) no sé

33. Cuando la persona disminuye la dosis del tratamiento antirretroviral recetado u olvida tomarlo frecuentemente, con el tiempo los antirretrovirales pueden:

- a) generar resistencia y dejar de funcionar
- b) ser menos efectivos y requerir dosis más altas
- c) necesitar más tomas y no tener el mismo efecto
- d) no sé

34. Tomar adecuadamente el tratamiento antirretroviral (buena adherencia) incluye tomarlo diariamente:

- a) por la noche hasta sentirse mejor o hasta que el médico lo indique
- b) hasta que los síntomas desaparezcan y se recupere el peso normal
- c) a la misma hora, siguiendo las indicaciones de consumo de alimentos
- d) no sé

***35. El tratamiento antirretroviral, como cualquier medicamento, tiene efectos secundarios que varían dependiendo del paciente y del tipo de tratamiento, muchos de estos efectos secundarios generalmente:**

- a) se mantienen sin cambios a lo largo del tiempo
- b) aparecen y desaparecen intermitentemente
- c) desaparecen por sí mismos después de un tiempo
- d) no sé

***36. Las principales células del sistema de defensas afectadas por el VIH son:**

- a) Linfocitos T CD3
- b) Linfocitos T CD8
- c) Linfocitos T CD4
- d) no sé

***37. Las personas que viven con VIH deben realizarse estudios de laboratorio cuando:**

- a) se sientan mal de salud
- b) olviden tomar su medicamento
- c) su médico lo indique
- d) no sé

***38. La resistencia al tratamiento antirretroviral conocida como resistencia primaria o transmitida ocurre cuando una persona:**

- a) tiene un virus muy fuerte por lo que no puede eliminarse del cuerpo fácilmente
- b) adquirió un virus en el que algunos tipos de tratamiento antirretroviral no funcionan
- c) estuvo mucho tiempo sin tomar tratamiento antirretroviral porque no sabía que tenía VIH
- d) no sé

39. Para que el tratamiento antirretroviral funcione correctamente es recomendable tomarlo:

- a) con alimentos , pero limitando el consumo de líquidos
- b) en ayunas, pero acompañado de muchos líquidos
- c) siguiendo las indicaciones de consumo de alimentos y líquidos
- d) no sé

40. ¿Cuál es el principal problema que causa la infección por VIH?:

- a) Causa problemas estomacales y diarreas
- b) Causa baja de peso y manchas violetas en la piel
- c) Debilita el sistema de defensas de la persona
- d) No sé

41. El avance de la infección por VIH puede evitarse si la persona:

- a) realiza estudios de carga viral y células T CD4 periódicamente

- b) toma vitaminas y complementos alimenticios regularmente
- c) toma tratamiento antirretroviral diaria y correctamente
- d) no sé

42. Cuando una persona que vive con VIH tiene carga viral indetectable y practica sexo sin condón puede:

- a) disminuir la cantidad de células T CD4 en la sangre y afectar su sistema de defensas
- b) adquirir otras infecciones de transmisión sexual o una variedad diferente de VIH
- c) transmitir el VIH a la persona con la que tuvo relaciones sexuales sin condón
- d) no sé

***43 Cuando una persona que vive con VIH piensa consumir un medicamento naturista, anticonceptivo, vitamina o suplemento alimenticio debería:**

- a) consultarlo con su médico para evitar interacciones con el tratamiento antirretroviral
- b) consumirlo siguiendo las indicaciones del empaque para evitar efectos secundarios
- c) consumir una dosis menor a la recomendada por el fabricante para evitar efectos secundarios
- d) no sé

***44. Los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral pueden aparecer o reaparecer cuando:**

- a) se inicia, se cambia o se combina el tratamiento antirretroviral con algunos alimentos o medicamentos
- b) se modifica la dosis del tratamiento antirretroviral o se combina con bebidas alcohólicas o drogas
- c) se toma un tratamiento antirretroviral muy potente o la persona adquiere otras enfermedades
- d) no sé

***45. Una persona que vive con VIH puede llegar a fase de SIDA cuando:**

- a) tiene la infección por diez años, no importa si toma tratamiento antirretroviral
- b) toma inadecuadamente o deja de tomar el tratamiento antirretroviral
- c) toma el mismo antirretroviral por mucho tiempo y este reduce su efecto
- d) no sé

46. ¿Qué término se usa cuando la concentración de VIH en la sangre es muy baja para ser medida (menor a 40 ó 50 copias por mililitro) con una prueba de la carga viral?:

- a) Control de la infección
- b) Carga viral indetectable
- c) Carga viral detectable
- d) no sé

***47. En personas que viven con VIH es importante prevenir otras infecciones de transmisión sexual o tratarlas lo más pronto posible ya que:**

- a) al tener estas infecciones, la persona debe suspender el tratamiento antirretroviral
- b) estas infecciones pueden tener interacción con el tratamiento antirretroviral
- c) se disminuye el riesgo de tener algunos tipos de cáncer, complicaciones en ojos, hígado, corazón o cerebro
- d) no sé

48. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Algunas vitaminas, suplementos alimenticios o medicamentos naturistas (herbolaria) pueden _____ el tratamiento antirretroviral, eso significa que _____.

- a) remplazar - pueden tomarse en lugar del tratamiento antirretroviral
- b) aumentar el efecto de - aceleran la recuperación de la personas que viven con VIH
- c) causar interacciones con - modifican su efecto y/o provocan efectos adversos
- d) no sé

***49. ¿Qué bebidas deben evitarse para consumir medicamentos antirretrovirales?:**

- a) Bebidas con cafeína y refresco de cola
- b) Alcohol y bebidas con jugo de toronja
- c) Alcohol y bebidas muy azucaradas
- d) no sé

50. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Cuando una persona toma tratamiento antirretroviral y tiene _____ puede presentar efectos secundarios a largo plazo como: niveles elevados de grasas en sangre, osteoporosis, problemas en riñones, hígado y corazón.

- a) una deficiencia de vitaminas
- b) un peso demasiado bajo
- c) un estilo de vida poco saludable
- d) no sé

51. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Las personas que viven con VIH deben evitar _____ y _____, porque esto puede afectar la efectividad del tratamiento.

- a) retomar su vida sexual - comer comida chatarra
- b) hacer ejercicio intenso - tener actividades estresantes
- c) cambiar el horario - reducir la dosis del antirretroviral
- d) no sé

52. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. La infección producida por el VIH es _____. Si se atiende a tiempo podemos evitar que aparezcan _____.

- a) mortal - síntomas secundarios
- b) controlable - infecciones oportunistas
- c) crónica - malestares estomacales
- d) no sé

53. Algunos beneficios de tomar adecuadamente el tratamiento antirretroviral son: restaurar el sistema de defensas, disminuir el riesgo de transmisión del VIH y:

- a) evitar la superinfección o reinfección por VIH
- b) prevenir otras infecciones de transmisión sexual
- c) disminuir el riesgo de tener infecciones oportunistas
- d) no sé

***54. Seleccione el inciso que considere completa correctamente el enunciado. La resistencia _____ ocurre en personas en las que el tratamiento antirretroviral ya no disminuye la producción del VIH debido a que han tomado los antirretrovirales inadecuadamente.**

- a) terciaria o secuencial
- b) secundaria o adquirida
- c) primaria o transmitida
- d) no sé

55. La mayoría de las infecciones oportunistas ocurren cuando la persona que vive con VIH tiene un conteo de T CD4:

- a) mayor a 700 y se expone a virus o cambios de clima
- b) mayor a 500 y está cerca de otras personas enfermas
- c) menor a 200 o NO toman tratamiento antirretroviral
- d) no sé

56. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. El tratamiento antirretroviral es muy efectivo si se toma adecuadamente, pero como cualquier tratamiento, la persona podría _____, por lo que es recomendable consultar con el médico _____:

- a) olvidarlo en alguna ocasión – qué hacer en caso de olvidar tomar alguna dosis
- b) sentirse cansada de tomarlo – cuánto tiempo puede suspenderlo y cuándo retomarlo
- c) tener la mejoría física deseada - cuándo ya NO es necesario seguir tomándolo
- d) no sé

57. Se considera que el VIH ha hecho resistencia al tratamiento antirretroviral cuando tiene cambios (mutaciones) en su estructura que permiten que el VIH se:

- a) vuelva más agresivo, causando tumores o cáncer
- b) multiplique a pesar de estar tomando el tratamiento
- c) transmita más fácilmente a otras personas
- d) no sé

***58. El uso frecuente de drogas en personas que toman tratamiento antirretroviral aumenta la probabilidad de tener:**

- a) problemas de cicatrización lenta, dolor en huesos y daño en las rodillas
- b) olvidos, efectos secundarios del tratamiento antirretroviral o enfermedades del corazón y cerebro
- c) intoxicación o sobredosis por la interacción entre el tratamiento antirretroviral y las drogas
- d) no sé

59. Tomar el tratamiento antirretroviral diaria y adecuadamente:

- a) evita adquirir otras infecciones de transmisión sexual
- b) cura el VIH después de un tiempo muy prolongado
- c) disminuye la carga viral y evita llegar a etapa de SIDA
- d) no sé

***60. Cuando una persona que vive con VIH tiene carga viral indetectable significa que el VIH está:**

- a) descontrolado
- b) controlado
- c) curado
- d) no sé

61. Saber si el tratamiento antirretroviral debe consumirse con o sin alimentos es importante para evitar:

- a) los problemas nutricionales y falta de vitaminas
- b) el mal funcionamiento del tratamiento antirretroviral
- c) la pérdida de peso, el sobrepeso y la obesidad
- d) no sé

***62. El tipo de resistencia que ocurre en personas que nunca han tomado tratamiento antirretroviral se llama:**

- a) primaria o transmitida
- b) terciaria o secuencial
- c) secundaria o adquirida
- d) no sé

***63. ¿Qué es lo que se debe hacer cuando se olvida alguna dosis del tratamiento antirretroviral?:**

- a) Tomar el doble de la dosis cuando llegue el siguiente horario de toma del tratamiento antirretroviral
- b) Preguntar al médico, porque las indicaciones cambian según el tipo de tratamiento antirretroviral

c) Omitir tomar la dosis olvidada y esperar a la siguiente toma del tratamiento antirretroviral

d) No sé

***64. Uno de los riesgos más comunes de tomar alcohol cuando se está bajo tratamiento antirretroviral es:**

- a) tener congestión alcohólica
- b) olvidar tomar el tratamiento antirretroviral
- c) intoxicación severa por combinarlos
- d) no sé

65. Seleccione el inciso que considere completa correctamente el enunciado. El uso constante de drogas _____ y _____ incrementan el riesgo de presentar hepatitis C.

- a) inyectables - las relaciones sexuales sin condón
- b) inhaladas - hacerse múltiples tatuajes
- c) tomadas - el uso constante de baños públicos
- d) no sé

66. Seleccione el inciso que considere completa correctamente el enunciado. El control de la infección por VIH (control virológico) ocurre cuando se alcanza y mantiene _____, lo que generalmente ocurre entre _____ después de iniciar y tomar adecuadamente el tratamiento antirretroviral.

- a) carga viral indetectable - 3 y 6 meses
- b) carga viral detectable - 3 y 6 meses
- c) carga viral indetectable - 3 y 6 semanas
- d) no sé

***67. Las personas que toman tratamiento antirretroviral y usan drogas frecuentemente tienen más probabilidad de:**

- a) piedras o cálculos en la vesícula por la acumulación del tratamiento antirretroviral
- b) sobredosis por la interacción entre el tratamiento antirretroviral y las drogas
- c) conductas sexuales de riesgo y olvidos en la toma del tratamiento antirretroviral
- d) no sé

68. Al iniciar el tratamiento antirretroviral se pueden presentar efectos secundarios que usualmente:

- a) duran algunos días y se quitan
- b) duran años y después se quitan
- c) son para toda la vida
- d) no sé

69. El estudio de _____ es un indicador de cómo se encuentra el sistema de defensas.

- a) carga viral
- b) conteo de células T CD4
- c) genotipo viral
- d) no sé

70. Las infecciones oportunistas se presentan cuando:

- a) las defensas están bajas (menos de 200 T CD4)
- b) la carga viral es baja (menos de 40 copias del virus)
- c) la carga viral y las defensas están muy elevadas
- d) no sé

71. Tomar adecuadamente el tratamiento antirretroviral alarga el tiempo de vida, disminuye el riesgo de adquirir infecciones oportunistas y:

- a) evita otras infecciones de transmisión sexual
- b) reduce el riesgo de transmisión del VIH
- c) cura la infección por VIH a largo plazo
- d) no sé

72. El tratamiento antirretroviral combina varios medicamentos o sustancias activas, si la persona lo toma inadecuadamente:

- a) la efectividad del tratamiento antirretroviral se mantiene debido a que algunas de las sustancias activas siguen funcionando
- b) se puede perder la efectividad de una o varias sustancias activas del tratamiento antirretroviral y hay que cambiarlo
- c) se puede perder la efectividad de una o varias sustancias activas y se requiere un aumento en la dosis
- d) no sé

***73. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Algunos tratamientos antirretrovirales deben consumirse _____, otros con _____, por lo tanto, es importante preguntar al médico cómo tomarlos porque eso afecta su efectividad.**

- a) limitando los líquidos – mucha agua
- b) en ayunas – alimentos
- c) con pocos líquidos – poco alimento
- d) no sé

74. La toma inadecuada del tratamiento antirretroviral puede ocasionar que:

- a) la cantidad de virus aumente, facilitando la transmisión sexual
- b) los medicamentos funcionen lentamente, alargando la recuperación
- c) la carga viral disminuya, haciendo que la persona tarde en sanar
- d) no sé

75. La resistencia al tratamiento antirretroviral dificulta el control del VIH porque hace que el tratamiento que antes era efectivo:

- a) deje de funcionar, por lo que debe cambiarse
- b) disminuya su potencia y deba aumentarse la dosis
- c) aumente su toxicidad y cause más efectos secundarios
- d) no sé

76. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. Es posible saber que una persona está en etapa de SIDA porque _____ y tiene _____.

- a) fue diagnosticada recientemente con VIH - carga viral indetectable
- b) su sistema de defensas está muy debilitado - enfermedades oportunistas
- c) ha convivido con personas que viven con VIH - cansancio y ha bajado de peso
- d) no sé

77. Podría definirse a los linfocitos T CD4 como las células que:

- a) aparecen y se reproducen después de que una persona adquirió el VIH
- b) atacan al sistema de defensas de una persona que vive con VIH
- c) son parte del sistema de defensas y que el VIH usa para reproducirse
- d) no sé

78. Seleccione el inciso que considere que completa correctamente el enunciado. El estudio de carga viral mide la cantidad de _____ que se encuentran en un mililitro de sangre.

- a) células del sistema de defensas
- b) copias del VIH
- c) tratamiento antirretroviral
- d) no sé

79. Una persona toma inadecuadamente su tratamiento antirretroviral (adherencia inadecuada) cuando lo suspende definitivamente o cuando lo toma:

- a) treinta minutos después del horario regular o en ayunas
- b) quince minutos después del horario regular y junto con la comida
- c) a una hora diferente cada día o cuando olvida tomarlo
- d) no sé

80. Lo que deben evitar las personas que viven con VIH para mantener la efectividad del tratamiento antirretroviral es:

- a) cambiar de médico constantemente
- b) olvidar tomar su medicamento
- c) hacer esfuerzo físico intenso
- d) no sé

81. En una persona que vive con VIH y que tiene una cuenta de células T CD4 alta (entre 700 y 1100 T CD4 por microlitro de sangre) el riesgo de adquirir infecciones oportunistas es:

- a) alto o muy alto
- b) riesgo medio
- c) poco o ninguno
- d) no sé

82. El tratamiento antirretroviral ayuda a controlar la infección por VIH debido a que:

- a) aumenta la carga viral y esto disminuye los T CD4
- b) reduce la carga viral y esto aumenta las células T CD4
- c) mantiene la carga viral y las células T CD4 sin cambios
- d) no sé

83. Si después de iniciar el tratamiento antirretroviral, este se toma constante y adecuadamente, de tres a seis meses después se espera que la carga viral:

- a) disminuya hasta ser indetectable
- b) se mantenga y sea detectable
- c) aumente hasta ser detectable
- d) no sé

84. ¿Qué efectos secundarios del tratamiento antirretroviral debe reportar el paciente a su médico tratante?:

- a) Cualquier efecto secundario que se presente
- b) Sólo los más graves o los más intensos
- c) Los que NO se quiten en algunas semanas
- d) No sé

85. Cuando una persona que vive con VIH toma adecuadamente el tratamiento antirretroviral puede:

- a) curarse del VIH después de mucho tiempo y volver a tener relaciones sexuales sin condón
- b) disminuir el riesgo de adquirir otras infecciones oportunistas así como el riesgo de transmitir el VIH
- c) controlar el VIH después de mucho tiempo y poder dejar el tratamiento antirretroviral
- d) no sé

86. Cuando un tratamiento antirretroviral, que antes funcionaba bien, pierde su eficacia, generalmente se debe a que la persona toma el tratamiento antirretroviral:

- a) con bebidas muy azucaradas que impiden que el tratamiento antirretroviral se absorba adecuadamente
- b) por demasiado tiempo y esto permite que el cuerpo se vuelva menos sensible a este
- c) inadecuadamente o consume otros medicamentos o sustancias que interfieren con su acción
- d) no sé

87. Los estudios para medir la carga viral y las células T CD4 ayudan a saber si está funcionando el tratamiento antirretroviral, por lo que deben realizarse:

- a) anualmente y cada vez que haya cambios en la salud
- b) regularmente y cuando el médico lo indique
- c) trimestralmente y cada vez que se olvide una dosis
- d) no sé

88. Algunas causas que pueden hacer que la infección por VIH avance a la etapa de SIDA son:

- a) ser diagnosticado con VIH y NO tomar o tomar mal el tratamiento antirretroviral
- b) tener muchas parejas sexuales o haber tenido transfusiones sanguíneas
- c) hacerse tatuajes y tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo
- d) no sé

89. La diarrea, el dolor de cabeza o el cansancio son algunos ejemplos de efectos secundarios comunes del tratamiento antirretroviral, estos efectos secundarios generalmente son:

- a) variables dependiendo del paciente y del tipo de tratamiento antirretroviral
- b) iguales independientemente del tipo de tratamiento antirretroviral
- c) variables dependiendo de la potencia del tratamiento antirretroviral
- d) no sé

90. Si una persona NO usa condón o lo usa irregularmente y presenta molestias para orinar, lesiones en ano, pene y/o vagina, debería acudir de inmediato al:

- a) médico para que éste le revise y solicite los estudios adecuados
- b) laboratorio para pedir pruebas de infecciones de transmisión sexual
- c) médico si las molestias no desaparecen solas después de unos días
- d) no sé

***91. El consumo frecuente de drogas en personas que toman tratamiento antirretroviral puede incrementar la probabilidad de tener:**

- a) intoxicaciones y mareos constantes
- b) dolor o ardor en las piernas y brazos
- c) deterioro cognitivo o demencia por VIH
- d) no sé

Anexo 8: Escala de apoyo social

Las siguientes afirmaciones se refieren al apoyo o ayuda con el que usted cuenta. ¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque la casilla correspondiente. Las respuestas van desde “nunca” hasta “siempre”.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1 _(F2) . Alguien que le ayude cuando tenga que estar enfermo en la cama	1	2	3	4	5
2 _(F2) . Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3 _(F1) . Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
4 _(F1) . Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
5 _(F1) . Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
6 _(F1) . Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
7 _(F1) . Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
8 _(F2) . Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
9 _(F1) . Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
10 _(F1) . Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
11 _(F2) . Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
12 _(F1) . Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
13 _(F1) . Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
14 _(F1) . Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
15 _(F1) . Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
16 _(F1) . Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5
		+	+	+	+
F1:	F2:	Total			

Anexo 9. Cuestionario de creencias sobre el tratamiento

A continuación, aparece una lista de afirmaciones sobre su tratamiento antirretroviral para el VIH. Por favor, indique marcando la casilla correspondiente qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con lo que dice cada una de estas frases. Las respuestas van desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 _(F1) . Mi salud, actualmente, depende de mi tratamiento antirretroviral	1	2	3	4	5
2 _(F1) . Mi vida sería imposible sin mi tratamiento antirretroviral	1	2	3	4	5
3 _(F1) . Sin mi tratamiento antirretroviral estaría muy enfermo/a	1	2	3	4	5
4 _(F1) . Mi salud, en el futuro, dependerá de mi tratamiento antirretroviral	1	2	3	4	5
5 _(F1) . Mi tratamiento antirretroviral me protege de enfermarme	1	2	3	4	5
	+	+	+	+	
Total					

Anexo 10: Escala de Apreciación Cognitiva en VIH/SIDA

A continuación, encontrará una serie de frases a las que deberá responder tomando en cuenta qué tanto daño considera que le ha causado el VIH/SIDA en diferentes áreas de su vida. Por favor, lea cuidadosamente y elija el número del 1 al 5 que mejor describa su respuesta.

En qué medida el VIH <u>le ha causado daño</u> en:	Nada de		Algo de		Mucho
	daño		daño		daño
1 _(F1) . Sus metas en la vida	1	2	3	4	5
2 _(F1) . Su relación con los demás	1	2	3	4	5
3 _(F1) . Su bienestar físico	1	2	3	4	5
4 _(F1) . Su bienestar emocional	1	2	3	4	5
5 _(F1) . El respeto a sí mismo	1	2	3	4	5
6 _(F1) . El bienestar de sus seres queridos	1	2	3	4	5

En qué medida el VIH <u>le ha beneficiado</u> en:	Nada		Algo		Mucho
7 _(F2) . Su crecimiento personal	1	2	3	4	5
8 _(F2) . Sus retos personales	1	2	3	4	5
9 _(F2) . Fortalecimiento de una relación	1	2	3	4	5

En qué medida el VIH es algo que:	De ninguna		Comple-		
	manera		tamente		
10 _(F3) . Puede cambiar o hacer algo al respecto	1	2	3	4	5
11 _(F3) . Debe aceptar o acostumbrarse a ello	1	2	3	4	5

Anexo 11. Consentimiento informado

Variables relacionadas con la pérdida de seguimiento en personas que viven con VIH

Investigador principal: Dr. Santiago Ávila Ríos

Patrocinador: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Sitio de Investigación: Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)

Investigadores participantes:

Dra. en Psic. Nancy Caballero Suárez

Mtra. en Psic. Ester Gutiérrez Velilla

Dirección: Calzada de Tlalpan #4502, Col, Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, CP 14080, CDMX Tel: 56 66 79 85

Correo electrónico: santiago.avila@cieni.org.mx; nancy.caballero@cieni.org.mx; ester.gutierrez@cieni.org.mx

INTRODUCCIÓN

Por favor pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios que este implica, con el fin de tomar una decisión informada. Esta carta de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con algún miembro del equipo de investigadores. Al final, bajo ninguna presión o intimidación, se le preguntará si desea formar parte del proyecto y se le enviará este documento por correo.

INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado Sr.(a), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Identificar qué variables (sociodemográficas, clínicas, contextuales, conductuales, psicológicas y relacionadas con el servicio) se relacionan con la pérdida de seguimiento en personas que viven con VIH.

Usted fue invitado al proyecto debido a que posee las características necesarias para participar en el estudio, es adulto y vive con la infección por VIH.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Su contribución en el estudio consistirá en participar en una entrevista acerca de algunas características de su persona, de su historia con el diagnóstico de VIH y el tratamiento antirretroviral, de su experiencia como paciente en el Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas y, exponer las razones por las que acude a sus citas médicas o por las que ha dejado de asistir a estas. A continuación, se le pedirá contestar 6 cuestionarios breves sobre algunas variables psicológicas. En caso de que necesite ayuda del aplicador, éste podrá brindarle su apoyo para contestar los cuestionarios. Su responsabilidad consiste en proporcionar información completa y verídica. Finalmente, se recabarán de su expediente, datos de carga viral y células T-CD4, y las puntuaciones obtenidas en otros instrumentos psicométricos contestados en evaluaciones previas si usted fue atendido en el servicio de Salud Mental

RIESGOS E INCONVENIENTES

Los cuestionarios incluyen preguntas personales que podrían generar diversas reacciones emocionales en alusión a ciertos temas. Algunas de estas reacciones pueden incluir estrés psicológico, que será atendido en caso de presentarse.

Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento, como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos clínicos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad, la cual será protegida mediante la codificación de su información.

BENEFICIOS POTENCIALES

En primer lugar, la entrevista y respuesta de cuestionarios de variables psicológicas puede permitir detectar de forma oportuna aquellos inconvenientes que pueda enfrentar para tener una adecuada toma del tratamiento y un adecuado seguimiento clínico, y podrá ser referido a los servicios de salud mental que fueran necesarios. Por otro lado, la búsqueda de información que pretende el estudio, permitirá desarrollar intervenciones psicológicas que contemplen las principales problemáticas que enfrentan las personas que viven con VIH para tener un adecuado seguimiento médico. Además, gracias a su participación altruista, su comunidad se puede beneficiar significativamente al encontrar nuevas y mejores formas de atender a las personas que viven con VIH.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

COMPENSACIÓN

Si sufre reacciones emocionales displacenteras como resultado de su participación en este estudio se le podrá proporcionar el apoyo psicológico necesario al momento o referirlo a consulta externa de salud mental y/o psicología. El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias/CIENI no le brindará ningún tipo adicional de compensación.

ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO

Los resultados de los cuestionarios serán propiedad del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Usted puede solicitar las conclusiones del estudio a la Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez (psicóloga del CIENI) o a la Mtra. en Psic. Ester Gutiérrez Velilla (psicóloga del CIENI) al teléfono 56667985 ext.169. La investigación es un proceso largo y complejo, obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO

Su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) ni con el Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y en el Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado sin su permiso. Los códigos que identifican sus cuestionarios estarán únicamente disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados, por Ley, a no divulgar su identidad. Estos códigos y todas las hojas de recolección de datos serán guardados en un archivero. Su confidencialidad será

protegida como lo marca la ley. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

-Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o -Es solicitado por la ley.

El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) aprobó la realización de este estudio. Dicho Comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el INER. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con el Comité de Ética que supervisa este estudio para que decidamos la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice recontactarlo y revisar su expediente, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted lo solicita, su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si no ha sido suficiente la información que se le ha dado hasta el momento al respecto del estudio, puede preguntar de manera directa a la persona que le ha invitado a participar en el estudio o puede contactarnos al siguiente teléfono y extensión con la Dra. en Psic. Nancy Patricia Caballero Suárez o con la Mtra. en Psic. Ester Gutiérrez Velilla al Tel: 6667985 Ext.: 169.

DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EXPERIMENTACIÓN

Los derechos que enseguida se describen son los que tienen todas las personas a quienes se les solicita participar en un estudio de investigación. Por tanto, como un individuo en experimentación, usted tiene los siguientes derechos:

1. Que le expliquen de qué se trata el estudio y qué están tratando de encontrar. Es decir, saber con todos los detalles los objetivos de investigación.
2. Que le digan exactamente qué le sucederá si participa en un estudio de investigación.
3. Que le expliquen si alguno de los procedimientos, medicamentos o dispositivos que se emplearán en la investigación son diferentes de los que se usan en la práctica médica rutinaria. Si son diferentes, debe saber con exactitud en qué consisten las diferencias.
4. Que le describan con precisión, y de manera que lo entienda bien, la frecuencia y la importancia de los riesgos a los que será sometido y de los efectos adversos o molestias de las cosas que le ocurrirán por los propósitos de investigación.
5. Que le digan si puede esperar algún beneficio de su participación y, si así fuera, cuál sería el beneficio.
6. Que le expliquen otras opciones que tenga y cómo esas opciones pueden ser mejores, iguales o peores que las de este estudio.
7. Que le permitan hacer cualquier pregunta que se le ocurra respecto al estudio antes de dar su consentimiento para participar y durante el curso del estudio (si decide participar).

8. Que le digan qué tipos de tratamientos están disponibles para usted, en el caso de presentarse alguna complicación.

9. Puede negarme a participar en todo o, si decide participar, puede cambiar su decisión acerca de su participación después de que haya comenzado el estudio. Esta decisión no afectará sus derechos para recibir la atención médica que recibiría si no estuviera en el estudio.

10. Debe recibir una copia del documento o de la forma escrita de mi consentimiento para participar en esta investigación.

10. Nadie puede ni debe presionarle cuando esté considerando tomar la decisión de participar o no en el estudio.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha escuchado con cuidado este consentimiento informado, ha hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, está de acuerdo con todos los siguientes puntos:

- Está de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes le han sido explicados a su entera satisfacción.
- Está de acuerdo en que se utilice su información personal y médica en este estudio.
- Está de acuerdo, en caso de ser necesario, que se le contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional o si encuentran información relevante para su salud.

CONSENTIMIENTO:

Usted, _____ declara que es su decisión participar en este estudio. Su participación es voluntaria. Ha sido informado de que puede negarse a participar o terminar su participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspende su participación, recibirá el tratamiento médico habitual al que tiene derecho en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y no sufrirá perjuicio en su atención médica o en futuros estudios de investigación. Puede solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de su participación en el estudio. Puede obtener los resultados de sus cuestionarios si los solicita.

Si en cualquier momento usted tiene dudas o comentarios respecto a su participación, sobre el estudio mismo, o en relación con sus derechos puede consultar en todo momento a los responsables de este proyecto: Dra. en Psic. Nancy Patricia Caballero Suárez (Psicóloga del CIENI) o con la Mtra. en Psic. Ester Gutiérrez Velilla (Psicóloga del CIENI al Tel: 56 66 79 85 ext. 169. En caso de tener dudas con respecto a sus derechos como participante de este proyecto de investigación puede comunicarse con la Presidente del mismo: Lic. Adriana Espinosa Jove, al tel. 54871700 ext. 5254.

Ha leído y entendido toda la información sobre su participación en el estudio. Ha tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a su satisfacción. Acepto que me envíen este documento por correo.